

República dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

RESPUESTA TERAPEUTICA EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS. TERAPIA FARMACOLOGICA VS TERAPIA COMBINADA EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DOCTOR SALVADOR B. GAUTIER SEPTIEMBRE 2017- FEBRERO 2018.



Trabajo de grado presentado por Bertys Vanessa Gómez Báez.

Para optar por el título de: **Doctor en Medicina**

Santo Domingo, D.N

CONTENIDO

Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	9
I.1. Antecedentes	10
I.2. Justificación	13
II. Planteamiento del problema	15
III. Objetivos	16
III.1. General	
III.2. Específicos	
IV. Marco Teórico	17
IV.1. Demencia	17
IV.1.1. Historia	17
IV. 1.2. Definición	17
IV.1.3. Etiología	18
IV.1.4. Clasificación	19
IV.1.5. Fisiopatología	20
IV.1.6. Epidemiología	21

IV.1.7. Diagnostico	22
IV.1.7.1. Clínico	23
IV.1.7.2. Laboratorio	23
IV.1.7.3. Imagenes	24
IV.1.8. Diagnostico diferencial	25
IV.1.9. Tratamiento	26
IV.1.10. Complicaciones	31
IV.1.11. Pronostico y evolución	31
IV.1.12. Prevención	32
V. Operacionalizacion de las variables	34
VI. Material y métodos	36
VI.1. Tipo de estudio	36
VI.2. Área de estudio	36
VI.3. Universo	36
VI.4. Muestra	36
VI.5. Criterio	37
VI.5.1. De inclusión	37
VI.5.2. De exclusión	37
VI.6. Instrumento de recolección de datos	37
VI.7. Procedimiento	37

VI.8. Tabulación	38
VI.9. Análisis	38
VI.10. Consideraciones éticas	38
VII. Resultados	39
VIII. Discusión	44
IX. Conclusiones	45
X. Recomendaciones	46
XI. Referencias	47
XII. Anexos	51
XII.1. Cronograma	51
XII.2. Instrumento de recolección de datos	52
XII.3. Costos y recursos	56
XII.4. Evaluación	57

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por su infinita gracia sobre mí, y darme la oportunidad de ver uno de mis sueños más grandes verse realidad, porque me dio las fuerzas para cada día luchar por esto. Gracias señor por escuchar mis oraciones, todos mis anhelos son de ti, y para ti no hay nada imposible. Gracias infinitas Dios!

A mi familia

Papi, mami! Esto es para ustedes, gracias por apostar a mí. Papi tus consejos no fueron en vano y tu constante lucha por verme realizada valieron la pena te amo. Mami, tu que con tus manos suaves me ayudabas a seguir cuando el camino se ponía difícil y orabas por mí para que pasara todos mis exámenes hoy ya tu hija es Doctora te amo. Mis hermanos Randy y Luis que siempre me pasaban la mano cuando me veían a altas horas estudiando en el comedor, los amo con locura, todos ustedes son mi bastón. Mi tío Fabricio, usted es parte fundamental de este sueño hoy realizado, gracias por siempre estar dispuesto para mí, tía Bertys en la distancia siempre dándome apoyo. Mi prima Orlen y por ser mi soporte en todo momento.

A mis asesores

Al Dr. Jaime Yepes, por decir que si desde el primer momento y estar dispuesto siempre a colaborarame.

A mis amigos

Paola, gracias hermana por ser la persona que Dios puso en mi vida para que este camino no fuera tan aburrido y pesado, te debo mucho amiga y todavía nos queda mucho por vivir, Edwin desde el primer día de universidad y hasta el día hoy, ha llovido mucho, pero seguiremos haciendo historia. Gente bonita y maravillosa que se agregaron en el camino, Gheysi, Laura Rodríguez, Laura Ogando tienen un lugar especial en mi corazón y aunque en el día de mañana no nos encontremos en el mismo país siempre nos mandaremos mensajes para saber la una de la otra. Tiffany, Génesis, Teresa, son especiales para mí.

DEDICATORIAS

A Dios por ser fiel en todo momento, por no dejarme caer aun en los momentos más difíciles, porque nada es imposible para él. A mis padres que se fajaron junto conmigo desde el primer día y hasta verme culminar este sueño, ahora me toca a mí devolverles un poco de lo mucho que me han dado, no ha sido en vano el esfuerzo ni los consejos, mi gratitud hacia ustedes cada día aumenta más.

A personas que fueron canal de bendición en mi vida, y si me pongo a mencionarlos no termino hoy, quiero que sepan que les agradezco mucho su presencia en mi vida.

A mi alma mater la UNPHU por la excelente formación académica y hacer que los estudiantes de medicina alcancen la excelencia. Al Dr. José Asilis Zaiter por su entrega total para la escuela de medicina y a cada uno de los estudiantes de la facultad, por escuchar y buscar soluciones a beneficio de todos.

Para todos aquellos que creen, no se desanimen, luchen, confíen, vayan por mas, la medicina es el regalo más bonito que le puede pasar al que tenga la convicción de lo que quiere, mis compañeros todo es posible, tengan fe, porque cosas buenas le pasan a los que confían y recuerden que Dios es bueno todo el tiempo. Y yo lo logre!

Con amor,

Bertys Vanessa Gómez Báez

RESUMEN

La esquizofrenia es probablemente el trastorno mental más desafiante para la comprensión humana y la explicación científica. En cuanto a la repercusión que tiene la esquizofrenia se interpreta como una enfermedad en la que se padecen delirios y alucinaciones, afectando a un gran número de personas hoy en día y no tiene distinción social, esta enfermedad va mucho más allá; los enfermos de esquizofrenia se encuentran en una situación social grave; la exclusión social a la que están sometidos por el supuesto peligro que representan. El propósito de este estudio fue comparar la respuesta terapéutica en pacientes esquizofrénicos terapia farmacológica Vs. Terapia Combinada en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier en el periodo Septiembre 2017 – Febrero 2018.

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal con recolección de datos prospectivo, en el cual usamos como instrumento de recolección de datos un cuestionario, dirigido a los pacientes con esquizofrenia. En este estudio escogimos 60 pacientes con esquizofrenia, divididos en dos grupos, uno con terapia combinada y otro con terapia farmacológico solo.

El 56.7 por ciento de los pacientes con esquizofrenia fueron femeninos. Dentro de los criterios de ingreso el 36.7 por ciento de los pacientes corresponde a los que tuvieron intentos suicidas. El 56.6 por ciento de los pacientes corresponde a los que se les administro olanzapina.

El 100 por ciento de los pacientes de la terapia farmacológica sola se les administro tratamiento diario. La remisión de la enfermedad en ambos grupos de estudio fue de 100 por ciento.

Palabras clave: esquizofrenia, tratamiento, terapia combinada, terapia farmacológica.

ABSTRACT

Schizophrenia is probably the most challenging mental disorder for human understanding and scientific explanation. Regarding the impact that schizophrenia has, it is interpreted as a disease in which you suffer delusions and hallucinations, affecting a large number of people today and has no social distinction, this disease goes much further; patients with schizophrenia are in a serious social situation; the social exclusion to which they are subjected due to the supposed danger that they represent. The purpose of this study was to compare the therapeutic response in schizophrenic patients with pharmacological therapy vs. Combined Therapy at the Dr. Salvador B. Gautier Hospital in the period September 2017 - February 2018.

An observational, descriptive and cross-sectional study with prospective data collection was carried out, in which we used as a data collection instrument a questionnaire aimed at patients with schizophrenia. In this study we chose 60 patients with schizophrenia, divided into two groups, one with combination therapy and the other with pharmacological therapy alone.

56.7 percent of the patients with schizophrenia were female. Among the criteria for admission, 36.7 percent of patients corresponded to those who had attempted suicide. 56.6 percent of patients correspond to those who were given olanzapine.

The 100 percent of patients on drug therapy alone were administered daily treatment. The remission of the disease in both study groups was 100 percent.

Key words: schizophrenia, treatment, combination therapy, pharmacological therapy,

I. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es probablemente el trastorno mental más desafiante para la comprensión humana y la explicación científica.¹ Podemos definir la misma como una enfermedad crónica y deteriorante que dificulta diferenciar lo que es real de lo que no lo es, dificulta pensar en forma creativa, tener respuestas emocionales claras, actuar de manera normal en situaciones sociales, utilizar el lenguaje y expresar ideas, o para experimentar una variedad de emociones.²

En cuanto a la repercusión que tiene la esquizofrenia se interpreta como una enfermedad en la que se padecen delirios y alucinaciones, afectando a un gran número de personas hoy en día y no tiene distinción social, esta enfermedad va mucho más allá; los enfermos de esquizofrenia se encuentran en una situación social grave; la exclusión social a la que están sometidos por el supuesto peligro que representan. Además de sobrellevar su enfermedad, tienen que enfrentarse a un mundo hostil que les rechaza. La problemática es que la esquizofrenia no se considera una dolencia dentro del abanico de las enfermedades existentes, sino que pasa a definir al individuo que se ve desprovisto de su propia personalidad y que se convierte en un estereotipo que condiciona su existencia.

Los síntomas generalmente se van presentando lentamente a lo largo de meses o años, abarcando necesariamente un periodo psicótico, que se caracteriza por trastornos del contenido del pensamiento, senso-perceptuales, de la afectividad y la expresión desorganizada de la conducta, acompañados de la ruptura con la realidad, así como una clara repercusión del trastorno en el funcionamiento social, académico o laboral del paciente, dificultad para conservar amigos, también pueden tener problemas de ansiedad, depresión y pensamientos o comportamientos suicidas.³

Como problemática que representa la esquizofrenia se buscan medidas que puedan ayudar a disminuir esos problemas perjudiciales dentro del entorno del paciente esquizofrénico, los delirios, alucinaciones, la agresividad, la pérdida del contacto con la realidad, aquellos que actúan distinto a los actos que la sociedad considera normales.

La importancia de esta entidad es compleja, la esquizofrenia puede dañar a los pacientes y a terceros, por eso es necesaria esta investigación, los daños que provoca, porque es un problema grave que existe en la vida de los pacientes y que es urgente solucionar ya que si el problema avanza puede

llegar a ser difícil solucionarlo, al unísono con la mejoría de la convivencia a parte de lo que es la respuesta al tratamiento que es base fundamental de esta investigación.⁴

Estudios realizados indican que el 1 por ciento de la población mundial puede llegar a padecer esquizofrenia, la probabilidad en los adultos de padecerla oscila entre 0.5 y 1.5 por ciento, por no ser atendidos mueren alrededor de 1-15 años antes que la población general. El conocimiento de los factores que causan estas variaciones en la presentación de la esquizofrenia es uno de los retos para futuras investigaciones.⁵

I. 1. Antecedentes

En estos casi 80 años de historia de la terapia electroconvulsiva son muchas las alternativas terapéuticas que se han comparado con esta técnica sin que la terapia electroconvulsiva haya perdido vigencia. Este tipo de terapia se compara con otras terapias físicas como la estimulación magnética transcraneal y con novedosos tratamientos farmacológicos como la administración repetida de infusiones endovenosas de clorhidrato de ketamina. La estimulación magnética transcraneal precisa de más estudios para su incorporación a la práctica clínica.⁶

En un estudio titulado Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores realizado en Chile (2012) Se describe la percepción de apoyo y el funcionamiento social de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores principales, y su relación con la calidad de vida. Participaron 45 pacientes y 45 familiares atendidos por los Servicios de Salud Mental de Arica, Chile. Tanto los pacientes como los cuidadores presentan una percepción pobre de apoyo social por parte de personas extra-familiares, así como una escasa integración social. No obstante, los pacientes muestran adecuadas capacidades para desenvolverse dentro de su ambiente familiar inmediato.

A diferencia de lo encontrado en países desarrollados, estos pacientes muestran niveles moderados de calidad de vida, con una fuerte relación con la percepción de apoyo social y con la capacidad de establecer y mantener contactos sociales. Tanto los pacientes como sus cuidadores atribuyen a las personas con esquizofrenia un nivel de funcionamiento social global medio.

Asimismo, tanto unos como otros perciben a los pacientes como más competentes en sus interacciones sociales intrafamiliares que en las relaciones sociales que establecen con personas ajenas al entorno familiar. En cuanto al apoyo social, las personas con esquizofrenia perciben que éste les viene dado principalmente por su familia.⁷

Manuel Camacho *et al* (2013) en un estudio titulado <<La falta de Empatía ¿Un síntoma específico de la esquizofrenia?>> definida como la capacidad del individuo para reaccionar ante las experiencias de los otros. La investigación sobre empatía en la enfermedad mental es limitada. El autismo y las psicopatías clásicas han sido los más estudiados. Los objetivos fueron dos: analizar la empatía en pacientes diagnosticados de esquizofrenia (ESQ) y compararlos con pacientes diagnosticados de trastorno límite de personalidad (TLP). Se estudian 90 sujetos (30 ESQ, 30 TLP y 30 controles sanos) mediante el Índice de Reactividad Interpersonal. Los resultados ponen de manifiesto que los ESQ y los TLP tienen menor nivel de empatía que los controles sanos, sin diferencias entre ambos grupos de pacientes. El déficit empático se debe al componente cognitivo de la empatía, mientras el componente emocional no se modifica. Dicho déficit no permite diferenciar entre Esquizofrenia y Trastorno Límite de Personalidad, lo que apoyaría la hipótesis de que los TLP serían formas mitigadas de esquizofrenia.⁸

En un estudio llamado <<Caracterización del reconocimiento emocional con caras dinámicas como posible marcador de susceptibilidad en la esquizofrenia>> por Raúl Mendoza Quiñones *et al* (2014) han demostrado que las alteraciones en el reconocimiento emocional son heredables y constituyen marcadores endofenotípicos para la esquizofrenia, sin embargo estos estudios se han realizado con caras estáticas. Con empleo de caras dinámicas se ha reportado mayor activación de los circuitos neurales involucrados en el reconocimiento emocional, Se realizó un estudio transversal. La muestra estuvo constituida por 96 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según los criterios del DSM-IV. Se evaluaron además 192 familiares de primer grado de los pacientes y 107 sujetos sanos como controles, para la evaluación clínica se aplicaron escalas clinimétricas y el test de reconocimiento emocional a partir de expresiones faciales dinámicas. A pesar de las evidencias de asociación familiar previamente reportadas, los valores de heredabilidad para las 6

emociones exploradas fueron bajas. La baja heredabilidad indica mayor efecto de los factores ambientales que los genéticos para el reconocimiento emocional con caras dinámicas. Por tanto, no hay evidencias suficientes de que sea un endofenotipo para la enfermedad.⁹

En un estudio realizado en México por María Luisa Rascón *et al* (2014) cuyo propósito era identificar y analizar las principales situaciones de crisis que enfrentan los familiares de pacientes con esquizofrenia, sobre la relación entre la persona con esquizofrenia y sus familiares, sostienen que tanto éstos como el paciente están involucrados en el cuidado y en la evolución de la enfermedad. En virtud de que la esquizofrenia es una enfermedad procesal, esto es, que constituye una forma de ser, se requiere de una visión holística para comprender el impacto de la condición, en este estudio se entrevistan a los familiares con el fin de investigar la frecuencia con que se presentan estas situaciones. Los familiares destacaron tres principales situaciones de crisis: 1. La crisis psicótica; 2. La crisis familiar ante el diagnóstico y en el proceso de aceptación de la enfermedad; 3. La crisis ante las recaídas subsecuentes.

Desde la narrativa de los familiares se puede destacar la experiencia de una falta de información, tanto a familiares y a pacientes, como a la población en general, para que se conozcan los principales rasgos y síntomas que caracterizan a la esquizofrenia, para lograr con ello una detección temprana que facilite el tratamiento y la prevención de crisis posteriores.¹⁰

En 2013 en un estudio realizado por Mercedes Febles X. *et al*, el cual trataba sobre la situación de los enfermos mentales crónicos de la República Dominicana, en donde el objetivo principal de este estudio fue identificar las condiciones sociales y económicas en que se desenvuelven los presuntos enfermos mentales crónicos de estas comunidades. Se realizó una investigación de tipo descriptiva y de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por todas aquellas personas que presuntamente fueran enfermos mentales crónicos, adultos, cualquier nacionalidad y que fueran residentes de las comunidades implicadas. Se procedió a investigar a través de familiares y personas de la comunidad aplicando un protocolo de investigación, en cuanto a la situación o estado de los pacientes, se tomaron en cuenta los que estuvieran deambulando, los que dependían económicamente de sus familiares, y aquellos que subsistían con limosnas. También se valoró la

conducta, aquellos que eran agresivos, pasivos y desinhibidos, el 52 por ciento del total de los casos estudiados correspondieron al sexo masculino. Se encontró que el 67 por ciento de los enfermos mentales de las comunidades estudiadas dependían económicamente de sus familias. El 52 por ciento de los pacientes investigados vestían de manera inadecuada y el 67 por ciento tenían una conducta pasiva. Se observó que el 67 por ciento de los pacientes no recibía tratamiento debiéndose esto al alto costo del acceso a los servicios de salud mental.¹¹

A nivel general, la población de la República Dominicana supera los 10 millones de habitantes. Aunque no hay registros certeros sobre la cantidad que presenta problemas de salud mental, el doctor Vicente Vargas, estima que entre 30 por ciento y 40 por ciento de la población necesita atención psiquiátrica. Para llegar a esa aproximación Vargas explica que se toma en cuenta cómo la gente puede quedar afectada por los altos índices de violencia, muertes en accidentes de tránsito, homicidios, divorcios, ansiedad, estrés, adicciones, feminicidios y otras problemáticas existentes en la sociedad dominicana que convierten a una persona en víctima o la hace pasar por periodos de duelo. El protocolo del Ministerio de Salud Pública destaca que en las últimas décadas, el suicidio y las conductas asociadas a él se han convertido en una de las razones crecientes de demanda de asistencia sanitaria en los servicios de urgencias. Es una de las tres causas más importantes de muerte entre los 15 y los 44 años, en uno y otro sexo.¹²

I.2. Justificación

Sabiendo que la esquizofrenia es una enfermedad crónica y deteriorante que se caracteriza por alteraciones del pensamiento, de la conducta y del lenguaje, es de suma importancia conocer el manejo adecuado para los pacientes que sufren de esta patología.

Con la realización de este estudio de investigación pretendemos conocer lo importante de explorar la respuesta que tienen estos en los pacientes con la terapia farmacológica y la terapia electroconvulsiva, ante un trastorno mental tan complejo que afecta varias facetas de la salud y la vida del sujeto que la padece, los estudios sobre este tema todavía son escasos y la aplicación

dentro de nuestro mismo país y en diferentes partes del mundo, es desigual. se considera que estas personas deben recibir un manejo integral de su patología.

Dado que la esquizofrenia es un problema de salud pública real, que aunque alcanza aproximadamente al 1 por ciento de la población general, sus efectos devastadores alcanzan también a disfuncionar a toda la familia. Se contempló esta propuesta en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier, con el fin de conocer el tratamiento apropiado, cual es el más utilizado, así poder aportar una información actualizada y certera de los casos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Históricamente la enfermedad mental ha sido abordada por muchas teorías, así en sus inicios de ser considerada como una posesión demoniaca, brujería o alienación del enfermo mental, en el renacimiento pasó a ser definida como una deficiente utilización de la razón, actualmente es considerada como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en la que se ve afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el lenguaje, etc., lo cual dificulta a la persona en su adaptación en el entorno cultural y social.¹³

Al respecto datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud, señalan que <<en el mundo cada año son reportados cerca de 700 millones de enfermedades relacionadas con el sistema nervioso central y el cerebro. Encontrándose a la depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el abuso de alcohol y el trastorno compulsivo, las primeras 10 causas de enfermedades mentales que producen mayor discapacidad crónica>>.¹³

Es una preocupación latente en la sociedad dominicana el trato que se les dan a los enfermos mentales, los cuales ocupan el 50 por ciento de las camas de los hospitales psiquiátricos de nuestro país. De los pacientes diagnosticados con esta patología recibe una o más intervenciones psicosociales, ausencia de supervisión y de medicamentos que provoca una degeneración y un profundo deterioro que trunca vidas productivas, puesto que la patología se manifiesta entre los 20 y los 30 años, e incluso, en la adolescencia.

En el año 2010, aproximadamente el nueve por ciento de la población de Europa padeció algún tipo de enfermedad mental y se estima que el 15 por ciento lo padecerá a lo largo de su vida. Siendo más comunes aquellos relacionados con el estado de ánimo, se encuentran la depresión, o problemas de la ansiedad, como pánico, fobias o estrés postraumático y trastornos mentales graves mayoritariamente esquizofrenia y el trastorno bipolar.¹⁴

Y es por lo antes planteado que nos hacemos la siguiente interrogante:
¿Cuál es la Respuesta Terapéutica en pacientes esquizofrénicos. Terapia farmacológica Vs. Terapia Combinada en el área de Salud Mental del Hospital Dr. Salvador B. Gautier. Septiembre 2017 – Febrero 2018?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Comparar la respuesta terapéutica en pacientes esquizofrénicos terapia farmacológica Vs. Terapia Combinada en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier en el periodo Septiembre 2017 – Febrero 2018.

III.2. Específicos.

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes con esquizofrenia.
2. Identificar el tipo de esquizofrenia que padece el paciente.
3. Identificar qué tipo de terapia recibe el paciente.
4. Describir que tiempo durara el paciente con el tratamiento.
5. Describir la evolución del paciente luego del tratamiento.

IV. MARCO TEORICO:

IV.1. Esquizofrenia

IV.1.1 Historia

El concepto de locura ha existido desde tiempos antiguos. Los primeros datos que pueden tener relación con síntomas psicóticos datan del 2000 a. C. en el *Libro de los corazones*, parte del antiguo *Papiro de Ebers*. Sin embargo, una reciente revisión de la literatura de la Antigua Grecia y Roma comprobó que, mientras la población general probablemente tenía conocimiento de los trastornos psicóticos, no había en aquellas comunidades ningún cuadro definido que fuese equiparable a los criterios modernos de diagnóstico de esquizofrenia.

En 1908 el psicólogo suizo Eugen Bleuler sugirió que el nombre de <<demencia precoz>> era inadecuado, porque el trastorno no llevaba necesariamente un deterioro de funciones mentales como en la demencia senil tipo enfermedad Alzheimer; Bleuler sugirió la palabra «esquizofrenia» para referirse a una escisión de los procesos psíquicos consistente en la pérdida de correspondencia entre el proceso de formación de ideas . Hizo hincapié en que el trastorno fundamental era el deterioro cognitivo y lo conceptualizó como una división o «escisión» en la capacidad mental y propuso entonces el nombre con el que se conoce el trastorno hasta hoy.¹⁵

Otros científicos y los médicos también están estudiando muy de cerca la esquizofrenia. Kurt Schneider dividió los síntomas en <<de primer rango los síntomas primarios y de segundo rango los síntomas secundarios en el año 1959>>. El paciente era diagnosticado que sufría de esquizofrenia, si alguno de los síntomas principales estaban presentes. Si no había síntomas principales que equivalieran presentes, pero si había más síntomas secundarios presentes, entonces se le diagnosticaba esquizofrenia.¹⁶

IV.1.2. Definición

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que supone la alteración de la percepción, el pensamiento, los afectos y la conducta.¹⁷

También podemos llamar esquizofrenia un trastorno del cuerpo y de la mente que se presenta de manera crónica y lleva consigo un cambio

cualitativo en el desarrollo adecuado, implicando así una variedad de disfunciones emocionales, cognitivas y comportamentales.¹⁸

IV.1.3. Etiología

Los estudios epidemiológicos han establecido que numerosos factores confieren riesgo de esquizofrenia. Muchos de estos actúan durante el período temprano del desarrollo cerebral, pero otros son más comunes durante la adolescencia y la edad adulta como, por ejemplo, el abuso de la marihuana.¹⁹

Los estudios sobre la etiología de la esquizofrenia (Obiols y Villalona, 2003) indican que existen factores biológicos (predisposición genética, anomalías neuropsicológicas y neuroanatómicas, etc.) pero también se requiere de situaciones estresantes que desencadenen la sintomatología.²⁰

Factores genéticos

Respecto al papel de los factores genéticos en la etiología de la esquizofrenia, a pesar de que numerosos datos sugieren la importancia de este hecho, aún genera controversia, debido a la existencia de una discordancia sustancial de su frecuencia en gemelos monocigóticos, lo que también indica la importancia de los factores ambientales a que se hace referencia.

La existencia de múltiples loci asociados con la vulnerabilidad de la esquizofrenia sugiere que esta enfermedad es causada por la interacción entre diferentes componentes genéticos y factores ambientales.

Factores ambientales

Existen factores que incrementan el riesgo para padecer dicho trastorno. Entre los posibles factores externos se incluyen:

Condiciones infecciosas en el embarazo tales como virus herpes simple tipo 2, gripe, rubéola, toxoplasmosis, infecciones virales del sistema nervioso central, niveles de vitamina D, y desnutrición.

Las complicaciones perinatales y alteraciones intrauterinas pueden potencialmente desordenar la organización neuronal.

Complicaciones durante el parto como incompatibilidad de Rh que actuaría como un cofactor etiológico del trastorno, debido a la lesión cerebral secundaria

a hiperbilirrubinemia que podrían detonar una serie de reacciones que culminen con la manifestación del padecimiento en la edad adulta.

Otras complicaciones con un factor de riesgo etiológico serían, hipoxia, hemorragia previa o durante el parto, pre-eclampsia, estrés durante el primer trimestre del embarazo y la deficiencia materna de hierro.

Factores familiares y sociales

Los factores familiares y sociales pueden alterar el curso de la enfermedad, pero no hay evidencia de que la originen. La historia familiar de esquizofrenia es el factor de riesgo individual más grande (hermano con esquizofrenia, padre, madre, o los dos con esquizofrenia).

Algunos factores asociados a la estructura familiar se han sugerido como de riesgo para la esquizofrenia, tales como la edad de la madre en el momento del embarazo.²¹

IV.1.4. Clasificación

A pesar de ser un término muy conocido en el lenguaje coloquial, la gente no familiarizada con la psicopatología no es capaz de dar unas características que lo definan. En diversos manuales de salud, se recogen las características principales del trastorno. A continuación se presenta la clasificación que el DSM-V establece sobre los diversos tipos de esquizofrenia que hay:

a) Paranoide: Hay abundancia de ideas delirantes y/o alucinaciones auditivas. El resto de sintomatología no es tan abundante.

b) Catatónica: Bastante sintomatología negativa (catalepsia, negativismo, mutismo) u otros como ecolalia o ecopraxia.²²

c) Desorganizada: Predomina un repertorio de conductas caóticas y una afectividad plana. No sabe cómo actuar de forma adecuada en el mundo que le rodea.

d) Indiferenciada: <<Cajón de sastre>> reservado para aquellas esquizofrenias que no entran en ninguna de las tres categorías mencionadas anteriormente.

e) Residual: Ausencia de sintomatología de las esquizofrenias descritas antes, o su aparición es de forma tenue.²³

IV.1.5. Fisiopatología

Anormalidades en el sistema anatómico, inmune y en los neurotransmisores se ven implicadas en la fisiopatología de la esquizofrenia.

Anormalidades anatómicas

Estudios de neuroimagen muestran diferencias entre el cerebro de quienes presentan esquizofrenia y quienes no. Por ejemplo, los ventrículos son más grandes, hay una disminución del volumen cerebral en las áreas temporal – medial y se observan cambios en el hipocampo.

El interés también se ha centrado en las diversas conexiones dentro del cerebro en lugar de en la localización en una sola parte del cerebro. Los estudios de resonancia magnética (MRI) muestran anomalías anatómicas en una red de regiones neocorticales y límbicas e interconectan tramas de materia blanca.²⁴

Anormalidades en el sistema de neurotransmisor

Se cree que las anomalías del sistema dopaminérgico existen en la esquizofrenia. Los primeros fármacos antipsicóticos claramente eficaces, la clorpromazina y la reserpina, eran estructuralmente diferentes entre sí, pero compartían propiedades antidopaminérgicas.²⁵ Estudios recientes en los que se ha utilizado Tomografía por Emisión de Positrones (PET), no han podido demostrar cambios en las densidades de los D2 en el estriado de pacientes con esquizofrenia, lo que sugiere que otros receptores pueden estar involucrados en la fisiopatología.

Anormalidades del sistema inmune

La función inmune se altera en la esquizofrenia. La sobreactivación del sistema inmunológico (por ejemplo, de la infección prenatal o del estrés postnatal) puede resultar en sobreexpresión de citoquinas inflamatorias y posterior alteración de la estructura y función cerebral. Por ejemplo, los pacientes esquizofrénicos tienen niveles elevados de citoquinas pro inflamatorias que activan la vía de la cinurenina.

La resistencia a la insulina y las alteraciones metabólicas, que son comunes en la población esquizofrénica, también se han relacionado con la inflamación.

Por lo tanto, la inflamación podría estar relacionada tanto con la psicopatología de la esquizofrenia como con los trastornos metabólicos observados en pacientes con esquizofrenia.²⁶

IV.1.6. Epidemiología

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo.

La esquizofrenia se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son el hecho de oír voces y los delirios.

En todo el mundo, la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral, esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas.²⁷

Los esquizofrénicos suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos. La esquizofrenia es tratable, la farmacoterapia y el apoyo psicosocial son eficaces, las ayudas para la inserción laboral son medidas eficaces de apoyo a las personas que padecen esquizofrenia (Organización Mundial de la Salud 2017)

En la primera mitad del siglo XX la investigación epidemiológica de las psicosis tomó dos caminos relativamente distintos, mientras en Europa la investigación se enfocaba primariamente sobre los factores genéticos, en los Estados Unidos de Norteamérica había un mayor interés sobre la ecología social de la enfermedad mental.²⁸

Muchos de los resultados de esos estudios conservan su valor hoy en día. De hecho, ninguna de las contribuciones más recientes de la investigación epidemiológica ha cambiado sustancialmente las conclusiones de aquellos que se refieren a la incidencia y prevalencia en la población, por otro lado, los hallazgos de una incidencia similar de esquizofrenia en diversas poblaciones y a través del tiempo son inusuales para una enfermedad multifactorial, y son compatibles con al menos dos interpretaciones alternativas que tienen diferentes implicaciones para la investigación de las causas genéticas y ambientales del trastorno.

Se deben conocer los aspectos relacionados con la epidemiología, como las circunstancias personales, sociales y demográficas que han sido identificadas como factores de riesgo, todo lo cual se presenta a continuación.

Prevalencia: Existen discrepancias sobre la prevalencia de la esquizofrenia en los diferentes estudios porque se han empleado metodologías diferentes (ej., medio rural versus medio urbano, población general versus población hospitalaria) y por las diferentes definiciones de la misma.

Incidencia: La esquizofrenia tiene una incidencia relativamente baja. Puesto que tiende a ser crónica, las tasas de incidencia son considerablemente inferiores a las tasas de prevalencia, y se estiman en aproximadamente 20-40/100,000 al año, aunque el rango puede ser tan amplio como entre 7.7 y 43x100,000.

Edad: El principal grupo de edad en riesgo de padecer esquizofrenia es de 15-35 años. Es todavía incierto si la esquizofrenia, como las psicosis de inicio tardío, después de los 60 años podría ser clasificada como tal tanto etiológica como psicopatológicamente. Cuando el inicio es a muy temprana edad esta se asocia a una evolución lenta de los síntomas, con predominio de los llamados síntomas negativos y alteraciones neuropsicológicas, aunado a una mayor disfunción en las actividades de la vida cotidiana y el establecimiento de relaciones interpersonales.²⁹

IV.1.7. Diagnóstico

Para diagnosticar una psicosis como esquizofrenia, la mayoría de las guías recomiendan que los síntomas deben ser continuos durante al menos seis meses y haberse producido varios episodios con ciertas características específicas.

En cualquier caso, su psiquiatra podrá utilizar diferentes criterios de diagnóstico y le podrá informar de los motivos de su decisión diagnóstica.

IV.1.7.1. Clínico

Debemos saber que el hecho de que una persona presente un primer episodio psicótico no significa que luego sea diagnosticado de esquizofrenia ya que en otros trastornos psicóticos los síntomas pueden ser los mismos.³⁰

El diagnóstico de la esquizofrenia se realiza a través de la historia clínica del paciente, donde se reflejan tanto los antecedentes familiares como los acontecimientos sufridos por el paciente y los tratamientos prescritos, así como una entrevista a las personas que forman parte del entorno del paciente.

El diagnóstico de la esquizofrenia se basa en criterios clínicos reforzados por pruebas psicométricas, neuropsicológicas y, en determinados casos y como complemento al diagnóstico, se emplean pruebas de neuroimagen. Se requieren, por tanto y en base a las clasificaciones actuales, la presencia de:

- Síntomas positivos (delirios, alucinaciones).
- Síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia-apatía, afectación de la atención).
- Desorganización del pensamiento, de la conducta y del lenguaje.

Estos síntomas deben existir durante al menos 6 meses, y no deberse a otras situaciones psicopatológicas o tóxicas.³¹

No existen pruebas específicas para diagnosticar la esquizofrenia. Por eso, primero el médico debe descartar otras enfermedades que podrían explicar también los síntomas del paciente. Entre ellas:

- Psicosis orgánicas: como, por ejemplo, tumores cerebrales, inflamación o intoxicación cerebral o conmociones cerebrales.
- Trastornos de la personalidad: como el trastorno límite de personalidad o el trastorno de personalidad paranoide entre otros.
- Trastornos afectivos: también debido a una depresión pueden aparecer delirios o alucinaciones.³²

IV.1.7.2. Laboratorio

Científicos europeos han desarrollado una prueba de sangre simple y barata que ayudaría a establecer este tipo de diagnósticos. Expertos de la Universidad de Cambridge llevan trabajando años en esa prueba de sangre pero los primeros intentos realizados resultaron ser demasiado caros.

Ahora han desarrollado una nueva versión que, aseguran, es más barata y ofrece información más detallada, la prueba se concentra en localizar algunas proteínas en las muestras de sangre de los pacientes para determinar qué tipo de enfermedad padecen. Los científicos aseguran que esta nueva prueba permite diagnosticar la esquizofrenia con un 83 por ciento de fiabilidad y la depresión con una tasa de un 90 por ciento.

<<En este momento el problema con las enfermedades mentales es que se cree que el origen está solo en la cabeza, que es algo abstracto, pero si se puede localizar alguna anomalía en la sangre del paciente, entonces se puede establecer una relación>>, asegura Sabine Bahn, de la Universidad de Cambridge.³³

IV.1.7.3 Imágenes

Las técnicas de imagenología cerebral desarrolladas se han convertido en una de las avenidas científicas más importantes en el estudio de la esquizofrenia. Éstas incluyen técnicas de medicina nuclear que permiten medir el metabolismo y el flujo sanguíneo cerebral (por ejemplo PET y SPECT) y las técnicas de resonancia magnética nuclear que hacen posible la medición de:

- La actividad cerebral relacionada a eventos cognoscitivos, emocionales y conductuales (resonancia magnética funcional).
- La concentración de metabolitos cerebrales (espectroscopía por resonancia magnética).

La integridad de la sustancia blanca cerebral (imagenología mediante la técnica conocida como tensor de difusión), por citar las más frecuentemente empleadas y las que cuentan con mayor validez científica.³⁴

Tomografía Axial Computarizada (TAC): Esta técnica fue desarrollada en 1970, y fue utilizada para los estudios sobre la esquizofrenia. Algunas de las alteraciones que ha podido observarse gracias al TAC han sido:

- Dilatación ventricular (tercer ventrículo y ventrículos laterales).
- Reducciones globales del volumen de sustancia gris cerebral.
- Atrofia cerebral.
- Asimetrías hemisféricas (reducción sustancia gris en ambos lóbulos temporales y del lóbulo frontal izquierdo).
- Disminución de radiodensidad del tejido en diversas zonas.

Resonancia Magnética Nuclear (RM): Esta técnica supuso un gran avance respecto a la Tomografía Axial Computarizada, puesto que tiene una mejor resolución y no expone al paciente a radiaciones, entre otros. Las nuevas aportaciones que ha permitido la Resonancia Magnética sobre la esquizofrenia han sido:

- Nuevos hallazgos sobre la dilatación que se produce a nivel ventricular, donde se ha encontrado una pérdida significativa de la sustancia gris.

- La correlación de tales alteraciones con algunos síntomas, en concreto con los negativos, sigue siendo estudiado.

- Se sigue estudiando si los cambios estructurales que se han encontrado en la esquizofrenia son específicos de dicha enfermedad o si formarían parte de los todos los trastornos mentales graves.

- Se pone mucha más atención a aquellos estudios que enfatizan sobre los primeros episodios y de inicio en edad temprana, y la evolución de la enfermedad.³⁵

IV.1.8. Diagnóstico diferencial

Se consideran los siguientes aspectos del diagnóstico diferencial:

Se debe realizar un diagnóstico diferencial de la esquizofrenia con otros cuadros psíquicos, con cuadros orgánicos, así como con cuadros tóxicos.

En cuanto a los cuadros psíquicos, debería diferenciarse entre trastorno esquizoafectivo; trastorno afectivo con rasgos psicóticos; trastorno esquizofreniforme; trastorno psicótico breve; trastorno delirante; trastorno profundo del desarrollo; trastorno de la personalidad esquizotípico, esquizoide o paranoide; trastornos *borderline*; psicosis histérica disociativa, y psicosis puerperales.³⁶

El diagnóstico diferencial referido a cuadros orgánicos debería llevarse a cabo con tumores cerebrales (frontales, temporales); enfermedad del lóbulo temporal; epilepsia; encefalopatía vírica-encefalitis; abscesos cerebrales; postencefalitis; tirotoxicosis; porfiria aguda intermitente; y trastorno psicótico debido a delirio o demencia.

Finalmente, en cuanto a cuadros tóxicos, deberían tenerse en cuenta los siguientes: consumo crónico de cannabis, anfetaminas, LSD, digital, esteroides, alucinosis alcohólica, u otros.³⁷

Para hacer un diagnóstico diferencial de la esquizofrenia, los criterios del DSM-IV-TR para este trastorno, se nos presentan como los más indicados, por su ubicuidad en la literatura y porque nos presenta una categorización bastante completa, si bien un tanto somera por manualizada y suscita.

Lo primero es la presencia de dos o más de los siguientes síntomas:

- Ideas delirantes;
- Alucinaciones;
- Comportamiento gravemente desorganizado o catatónico;
- Lenguaje desorganizado,
- Síntomas <<negativos>> de la esquizofrenia.

Los diagnósticos diferenciales más importantes, es decir, las categorías diagnósticas con las que más puede confundirse y que, por tanto, es esencial comprobar la diferencia substancial, son:

- Trastorno esquizofreniforme y Trastorno psicótico breve
- Trastorno delirante
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico
- Psicosis por enfermedad física no-psiquiátrica, o por sustancias.³⁸

IV.1.9. Tratamiento

La esquizofrenia no afecta del mismo modo en todos los sujetos. El cómo haya sido su historia de vida, cómo sea su estilo cognitivo, cómo sea el brote específico en cuestión y cómo se lleve a cabo el tratamiento influirá en la evolución de dicho sujeto. Aquí se puede aplicar la famosa frase de <<no hay enfermedades sino enfermos>>. ³⁹

Los antipsicóticos son los medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la esquizofrenia, reciben también el nombre de neurolépticos o tranquilizantes mayores. Estos fármacos se emplean para el tratamiento de los trastornos psicóticos, sobre todo de la esquizofrenia, pudiendo usarse también en todas aquellas enfermedades en las que aparezcan síntomas psicóticos.³⁹

Actualmente, existe una amplia variedad de antipsicóticos y el objetivo es conseguir la dosis óptima de un medicamento que produzca una mayor mejoría clínica con los menores efectos secundarios.

Dentro de los antipsicóticos se dispone de dos grandes grupos: antipsicóticos atípicos (nuevos) y antipsicóticos convencionales. Los tratamientos antipsicóticos han permitido que, en la mayor parte de los casos, el paciente con esquizofrenia pueda vivir en comunidad. Es extraordinariamente importante aprovechar esta posibilidad y combinar el tratamiento farmacológico con una serie de medidas destinadas a que el paciente esté ocupado y activo.³⁹

Dentro del grupo de los antipsicóticos podemos mencionar los más comúnmente usados, los fármacos de primera generación como el haloperidol, clorpromazina, clotiapina y el sulpiride. Los que son de segunda generación o los llamados atípicos son la clozapina, olanzapina, risperidona, quetiapina, estos son los más usados.

Los antipsicóticos bloquean a nivel central los receptores dopaminérgicos D2. En concentraciones terapéuticas bloquean también los receptores de serotonina 5-HT2 y, con diferente sensibilidad, algunos otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos. Por tanto, además de la acción antipsicótica, poseen otras acciones farmacológicas.³⁹

Clozapina: Debe usarse exclusivamente en pacientes que no respondan o no toleren otros antipsicóticos. Es el único fármaco que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la esquizofrenia resistente a otros neurolépticos (responden el 30-50% de los pacientes), y el que mejor respuesta ha tenido en el tratamiento de los síntomas negativos o deficitarios de la esquizofrenia.

Risperidona: Único antipsicótico autorizado para las alteraciones del comportamiento asociadas a la demencia. En dosis altas, parece que el riesgo de efectos extrapiramidales es menor que con otros antipsicóticos atípicos.

Olanzapina: Similar a clozapina tanto en la estructura como en las propiedades farmacológicas, con actividad mixta sobre múltiples receptores.

Quetiapina: Antipsicótico atípico que interacciona con un amplio rango de receptores neurotransmisores. Presenta afinidad por serotonina cerebral y receptores de dopamina, así como también por los receptores alfa 1 adrenérgicos e histaminérgicos, alfa 2 adrenérgicos y 5HT1A de la serotonina.⁴⁰

La principal ventaja de los Antipsicóticos Atípicos frente a los Antipsicóticos Típicos, o convencionales, es la menor incidencia de efectos extrapiramidales y discinesia tardía. Sin embargo, los atípicos no están exentos de efectos adversos y su utilización requiere considerar el riesgo de aumento de peso y la presencia de factores de riesgo, como el antecedente de convulsiones.

La eficacia terapéutica de los distintos Antipsicóticos Típicos es similar, pero la respuesta en cada paciente puede ser diferente según el fármaco utilizado. Esta variabilidad individual no se plasma en diferencias relevantes en los porcentajes globales de respuesta a cada fármaco; sin embargo, sí se observan diferencias en el perfil de reacciones adversas. Las más importantes clínicamente son los síntomas extrapiramidales, la sedación y, en menor medida, los efectos anticolinérgicos y la hipotensión ortostática (éstas adquieren mayor relevancia en pacientes geriátricos).

Haloperidol: Bloquea específicamente los receptores dopaminérgicos cerebrales, neuroléptico antipsicótico, antiemético. Indicado en esquizofrenia crónica sin respuesta a otros antipsicóticos, preferiblemente en pacientes < 40 años; en ataques de psicosis agudas.

Clorpromazina: es un sedante, antipsicótico, antiemético y tranquilizante, indicado en pacientes esquizofrénicos para psicosis aguda, crisis maniaca, acceso delirante, síndrome confusional.

El manejo de los síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con demencia requiere un abordaje global, la evaluación de los factores que pueden desencadenar su aparición, la formación a los cuidadores, tanto familiares como profesionales, un tratamiento farmacológico y no farmacológico.

- La primera opción de tratamiento debe ser el no farmacológico (control de los factores ambientales adaptación social, terapia con animales, escuchar música, etc.), dirigido por personal entrenado, salvo en pacientes psicóticos o peligrosos.

- Se recomienda un período de evaluación de 12 semanas, si tras 4-6 semanas de tratamiento no se observa ninguna mejoría, se recomienda cambiar a otro fármaco.

- Una vez instaurado un tratamiento farmacológico, cada 6 meses como máximo, se debe reevaluar para ajustar la dosis o retirarlo.

- Se recomienda la utilización de dosis bajas (0,5-1 mg/día para risperidona), ya que las altas no han demostrado ser más eficaces.⁴⁰

Otras medidas constituyen lo que se denomina terapia psicosocial y grupal para el conocimiento de la enfermedad (psicoeducación) y el tratamiento de los problemas emocionales que acarrea, así como terapia de familia para el aprendizaje de técnicas de comunicación destinadas a disminuir la emoción expresada. Se ha demostrado un mejor cumplimiento del tratamiento farmacológico y una disminución

del número de recaídas cuando se usan ambos abordajes. Precisa también de mecanismos asistenciales como por ejemplo, talleres ocupacionales, centros de día, centros de salud mental y grupos de autoayuda, suponen uno de los pilares en el tratamiento psicosocial, buscando la integración del paciente a la sociedad y permitiendo evitar la hospitalización prolongada.⁴⁰

La decisión de recomendar el uso de la Terapia Electroconvulsiva se deriva de un análisis del riesgo-beneficio para cada paciente en particular. La derivación para la Terapia Electroconvulsiva se basa en una combinación de factores, que incluyen el diagnóstico del paciente, el tipo y la gravedad de los síntomas, la historia clínica, la consideración de los riesgos y beneficios previstos para la Terapia Electroconvulsiva y para las opciones terapéuticas alternativas y la preferencia del paciente.

La terapia electroconvulsiva es uno de los tratamientos disponibles y usados en psiquiatría en casos muy concretos para tratar las enfermedades mentales graves, ya que consiste en una técnica basada en la inducción de manera controlada una convulsión tónica-clónica generalizada, a través de una estimulación eléctrica, la técnica de la electroterapia ha evolucionado notablemente. Actualmente el tratamiento se realiza bajo anestesia, con miorelajantes, y con el uso de aparatos computarizados de pulso breve que monitorizan la convulsión.⁴⁰

La mejora de la aplicación de la técnica ha ido en paralelo a la selección más precisa de sus indicaciones consiguiendo un aumento de su eficacia, muchos pacientes han mejorado o aliviado su enfermedad o incluso su trastorno ha remitido con este tratamiento así como la reducción drástica de los efectos secundarios, muchos otros, sin embargo, con serias enfermedades mentales refractarias a otros tratamientos no han sido tratados con terapia electroconvulsiva a pesar de su alto grado de seguridad y predictibilidad terapéutica.⁴¹

La terapia electroconvulsiva puede ser bilateral o unilateral según la colocación de los electrodos, parece ser que la forma bilateral es más efectiva pero también tiene más efectos secundarios. La forma más tradicional de colocar los electrodos es de forma bifronto-temporal, sin embargo, algunos psiquiatras comienzan a aplicar inicialmente de forma unilateral y si no se

obtiene respuesta después de seis o más sesiones se pasan a aplicarlos de forma bilateral.⁴²

Para buscar una explicación a la eficacia de la terapia electroconvulsiva, los expertos se basan en que con esta técnica se produce una liberación importante de neurotransmisores, opiáceos endógenos, catecolaminas y cambios en las vías neuroendocrinas, así como una potenciación de las vías monoaminérgicas que van desde las zonas diencefálicas al hipotálamo y regiones límbicas. En general casi todos los sistemas de neurotransmisores se ven afectados por la terapia electroconvulsiva, esto es, los mismos cambios que se suelen apreciar con los tratamientos antidepresivos, debemos destacar un aumento de los receptores de serotonina postsinápticos, además de cambios en el sistema dopaminérgico, muscarínico y colinérgico.

La terapia electroconvulsiva como tratamiento de elección en esquizofrenia, implica el cuidado coordinado entre el anestesiólogo y el psiquiatra, la terapia se utiliza dentro de los tratamientos de apoyo o como último recurso, cuando han fallado otras modalidades terapéuticas. Se dice que hoy por hoy es muy segura y los profesionales de la salud deben informar y aclarar a los pacientes y familiares sobre los beneficios de la técnica, haciendo mucho hincapié en su seguridad clínica y teniendo en cuenta cuáles son sus indicaciones, el curso típico de la terapia electroconvulsiva consiste en 6 a 10 tratamientos programados en intervalos de 2 a 3 veces por semana. El paciente debe experimentar mejoría de los síntomas al segundo o tercer tratamiento, con una respuesta completa del quinto al décimo tratamiento.⁴²

Es importante recordar que hay varias aproximaciones terapéuticas que se complementan: tratamiento farmacológico, tratamiento psicosocial y psicoterapéutico, además de las modalidades de atención. A pesar de que hay evidencia de lo anterior, a la mayoría de los pacientes que reciben tratamiento para la esquizofrenia solo se les ofrece tratamiento psicofarmacológico. Antes de establecer el plan de tratamiento se debe contar con un diagnóstico adecuado y conocer la historia clínica del paciente, tomando en cuenta su respuesta a tratamientos previos, comorbilidades médicas, predominio de síntomas (positivos vs. negativos) o condiciones especiales, como ideación suicida, conducta violenta o síntomas catatónicos.⁴³

La importancia adicional de la valoración del perfil de efectos adversos de los medicamentos lleva a la necesidad de establecer un plan para minimizar su impacto, pues este aspecto constituye un factor de abandono terapéutico. Dentro del abordaje farmacológico el hecho de combinar el tratamiento farmacológico con la terapia electroconvulsiva puede mejorar los desenlaces en algunos dominios sobre la base de un plan terapéutico. Diversas condiciones deben considerarse en el seguimiento clínico a largo plazo, íntimamente relacionadas en un esquema de múltiples episodios; entre dichas condiciones se encuentran frecuentemente la no adherencia al tratamiento farmacológico, el abuso de sustancias psicoactivas, los estresores vitales y la enfermedad resistente, definida como la no demostración de una mejoría significativa de los síntomas a pesar del tratamiento.⁴⁴

IV. 1.10. Complicaciones.

Desarrollar un problema con el alcohol o las drogas, lo cual se denomina problema de abuso de sustancias, aumenta el riesgo de aparición de síntomas que pueden llevar al paciente a sufrir daño mental. El uso prolongado de antipsicóticos también puede provocar síntomas físicos, como tics incontrolables (discinesia tardía).⁴⁵

Las personas con esquizofrenia pueden resultar físicamente enfermos, debido a un estilo de vida inactivo y efectos secundarios de los medicamentos. Una enfermedad física puede que no se detecte debido al poco acceso a la atención médica y a las dificultades para comunicarse con los médicos.

El suicidio también es un componente importante en la complicación de esta enfermedad, ya sea porque no hay una buena respuesta al tratamiento y los pensamientos negativos recurran.⁴⁵

IV.1.11. Pronóstico y evolución

La esquizofrenia es una enfermedad incapacitante en la mayoría de los casos y sigue la regla de los tercios: un tercio de los pacientes tiene un pronóstico relativamente bueno, un tercio tiene un pronóstico intermedio y por lo general necesitan un soporte para su integración social y el tercio restante tienen un muy mal pronóstico precisando recursos residenciales a largo plazo.

El pronóstico depende no de la gravedad de los síntomas si no de la respuesta al fármaco antipsicótico. En ocasiones se presenta una remisión permanente sin recidiva. Alrededor del 10 por ciento de los esquizofrénicos cometen suicidio. Es común la presentación concomitante de toxicomanía.⁴⁶

Lo cierto es que se ha descubierto que existen algunos factores de buen pronóstico en el curso y evolución de la esquizofrenia. ¿Cuáles son?

- Inicio de enfermedad a una edad tardía
- Existencia de factores estresantes como desencadenante
- Inicio agudo
- Buen funcionamiento previo (social, laboral y afectivo)
- Buen apoyo socio-familiar
- Predominio de síntomas positivos (alucinaciones y delirios)
- Conciencia de enfermedad

A pesar del pesimismo establecido entorno a esta enfermedad, podemos concluir que un gran número de personas diagnosticadas de esquizofrenia presentan un buen nivel de recuperación (total o parcial) que les permite un funcionamiento adecuado a nivel familiar, social y académico-laboral.⁴⁷

IV.1.12. Prevención

Es difícil conocer hasta qué punto es posible prevenir la esquizofrenia, ya que mientras que los factores genéticos u otras alteraciones no se pueden evitar, otras causas como el consumo habitual de sustancias tóxicas sí que puede ser evitado por cada persona. Mientras tanto, se continúan estudiando los mecanismos internos que conllevan su desarrollo con el fin de prevenirlas.

Un nuevo estudio ha demostrado que el cerebro de las personas esquizofrénicas o en riesgo de serlo, tienen altos niveles de actividad de las células inmunitarias, este nuevo descubrimiento acerca de cómo los leucocitos contribuyen a la enfermedad podría abrir una puerta al descubrimiento de tratamientos que logre evitar la progresión de la esquizofrenia basados en el control de la actividad de las células microgliales, cuya actividad reparadora del tejido dañado del cerebro podría desencadenar la progresión de la esquizofrenia.⁴⁸

Semejantemente a la investigación para la esquizofrenia, la prevención de la enfermedad plantea un reto porque no podemos determinar exactamente qué individuos son más probables ser afectados.

El abuso de Substancia se conecta fuertemente a la esquizofrenia a los consumidores de droga regulares más que es probable que sufra de la condición y un alto porcentaje de pacientes esquizofrénicos tenga una historia de la tenencia ilícita de drogas. Por este motivo, la evitación de drogas tales como cáñamos, la cocaína y las anfetaminas se recomienda en la prevención de la esquizofrenia.

El soporte Social es también muy importante para que los individuos manejen acciones de vida agotadoras y eviten que los disparadores para el lanzamiento de la esquizofrenia ocurran.⁴⁹

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años cumplidos	Numérica
Sexo	Característica fenotípica y genotípica de un individuo.	Femenino Masculino	Nominal
Tipo de esquizofrenia	Síntomas que predominan en la evaluación del paciente.	Paranoide Catatónica Desorganizada Indiferenciada Residual	Nominal
Tratamiento	Es el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.	Tratamiento farmacológico Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Haloperidol, Clorpromazina. Terapia electroconvulsiva, Tratamiento farmacológico combinado con terapia electroconvulsiva	Nominal
Tiempo con el tratamiento	Periodo mediante el cual una persona tiene con el tratamiento.	3- 5 terapias 6- 12 terapias Mas de 12 terapias 2 semanas con tratamiento farmacológico Más de 3	Intervalo

		semanas con tratamiento farmacológico	
Respuesta al tratamiento	Respuesta que se estima que el tratamiento haga.	Eliminación de síntomas positivos, alucinaciones auditivas, delirios, agresividad que tenga el paciente	Nominal
Evolución del tratamiento	Cambios que ocurren en el paciente luego del tratamiento	Disminución o aumento de los síntomas.	Nominal

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal con recolección de datos prospectivo con el propósito de determinar la respuesta terapéutica en pacientes esquizofrénicos. Terapia farmacológica Vs. Terapia combinada en el área de Salud Mental del Hospital Dr. Salvador B. Gautier Septiembre 2017- Febrero 2018 (ver anexo XII.1. cronograma)

VI.2. Área de estudio

El estudio tuvo lugar en el Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, localizado en la calle Alexander Fleming No.1, Distrito Nacional; Delimitado al norte por la Calle Genard Pérez, al sur por la Calle Alexander Fleming, al este por la Calle 39 y al oeste la Calle Juan 23. (Ver mapa cartográfico y aéreo)



Mapa cartográfico



Mapa aéreo

VI.3. Universo

Todos los pacientes que acudieron al área de Salud Mental del Hospital Dr. Salvador B. Gautier.

VI.4. Muestra

Los 60 pacientes nuevos con diagnóstico de esquizofrenia.

VI.5. Criterio

VI.5.1. De inclusión

1. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia nuevos y los dos tipos de manejo.
2. No se discriminara por edad y sexo.
3. Firma del consentimiento informado.

VI.5.2. De exclusión

1. Negarse a participar en el estudio.
2. Abandono de la terapia.
3. Otras patologías psiquiátricas.

VI.6. Instrumento de recolección de datos

Se diseñó un instrumento de recolección de datos con preguntas abiertas y cerradas relacionadas a la edad, sexo, tipo de esquizofrenia, el tiempo de duración del tratamiento, el tiempo que tiene con dicha patología. (Ver anexo XII.2. instrumento de recolección de datos)

VI.7. Procedimiento

Se procedió a realizar una carta al departamento de enseñanza del Hospital Dr. Salvador B. Gautier tras su revisión y aprobación de la investigación, al tener la autorización, se procedió a identificar a los pacientes con esquizofrenia. Se les puso a firmar un documento de consentimiento informado en el área de Salud Mental donde son ingresados para su participación voluntaria en la investigación previamente elegido por el Dr. (a). A los pacientes que no estaban aptos para firmar dicho documento se le solicitó al familiar que lo hiciera. Para este proceso, los datos fueron recolectados por la sustentante Bertys Vanessa Gómez Báez, cuatro días a la semana en diferentes horarios, a partir de la primera intervención, mediante el uso de unos formularios por medio del instrumento de recolección de datos. Se llevó a cabo en el periodo Septiembre 2017- Febrero 2018. (Ver anexo XII.1. cronograma)

VI.8. Tabulación

Las operaciones de tabulación de la información fueron tabulados a través Microsoft Word y Excel para el diseño y manejo de datos. Dichos resultados fueron presentados en gráficas y tablas de porcentajes.

VI.9. Análisis

Los datos recolectados fueron analizados, utilizando la medida de tendencia central y los resultados fueron presentados en gráficos y tablas para su mayor comprensión.

VI.10. Consideraciones éticas

El estudio fue realizado bajo las normativas éticas internacionales, tomando en cuenta los principios establecidos en la declaración de Helsinki⁵⁰ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁵¹

Todos los datos recuperados en nuestro estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez la identidad de los/as pacientes contenida en los expedientes clínicos fueron protegidos en todo momento, manejándose los datos que potencialmente pudieran identificar a cada paciente de manera desvinculada del resto de la información proporcionada en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente anteproyecto, tomada de otros autores, fueron justificados por su llamada correspondiente.

VII. RESULTADOS

Tabla 1. Respuesta terapéutica de terapia combinada y terapia farmacológica en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier, en el periodo septiembre 2017-febrero 2018:

	Terapia combinada	Terapia farmacológica	(Fi)	%
Efectiva	30	13	43	71.6
No efectiva	0	17	17	28.4
Total	30	30	60	100.0

Fuente: Directa

De los pacientes estudiados en ambos grupos, el 71.6 por ciento corresponde a los que fue efectiva la respuesta, y el 28.4 fue a los que no fue efectiva.

Tabla 2. Sexo más afectado en los pacientes con esquizofrenia en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier en el periodo septiembre 2017- febrero 2018:

Sexo	Pacientes (fi)	%
Masculino	26	43.3
Femenino	34	56.7
Total	60	100.0

Fuente: Directa

Del total de los pacientes, el 56.7 por ciento de los pacientes eran de sexo femenino, y el 43.3 por ciento al sexo masculino.

Tabla 3. Edad más frecuente de los pacientes con esquizofrenia en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier en el periodo septiembre 2017- febrero 2018:

Edad de los paciente	Pacientes (fi)	%
20-24	15	25
25-29	29	48.4
30-34	15	25
35-39	1	1.6
Total	60	100.0

Fuente: Directa

El porcentaje de 25 por ciento corresponde al rango de 20-25 años, seguido del 48.4 por ciento que corresponde al de edades de 25-29 años, el 25 por ciento corresponde al rango de edades de 30-34 años, seguido por el 1.6 por ciento correspondiente al rango de edades de 35-39 años.

Tabla 4. Tipo de esquizofrenia más frecuente en los pacientes del Hospital Dr. Salvador B. Gautier en el periodo septiembre 2017- febrero 2018:

Tipo de Esquizofrenia	Pacientes (fi)	%
Paranoide	42	70
catatónica	14	23.3
Desorganizada	0	0
Indiferenciada	4	6.7
Residual	0	0
Total	60	100.0

Fuente: Directa

Del total de los pacientes el 70 por ciento corresponde a la esquizofrenia paranoide, el 23.3 por ciento corresponde a la esquizofrenia catatónica, el 6.7 por ciento corresponde a la esquizofrenia indiferenciada.

Tabla 5. Tiempo de hospitalización de los pacientes con esquizofrenia en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier en el periodo septiembre 2017- febrero 2018:

Tiempo de hospitalización (días)	Pacientes (fi)	%
7	14	40/23.4
8-14	16	10/26.6
No hospitalizados	30	50/
Total	60	100

Fuente: Directa

De los pacientes que estuvieron hospitalizados, el 40 por ciento corresponde a los que estuvieron por 7 días, y el 10 por ciento a los que tuvieron de 8-14 días de hospitalización, mientras que el 50 por ciento es de los pacientes que no fueron hospitalizados.

Tabla 6. Datos y motivo de terapia combinada y terapia farmacológica sola en los pacientes esquizofrénicos del Hospital Dr. Salvador B. Gautier en el periodo septiembre 2017 – febrero 2018:

Motivo de terapia	Fi	%
Intentos suicidas	22	36.7
Agitación psicomotriz	7	11.7
Negativismo	7	11.7
Alucinaciones auditivas	20	33.3
Agresividad	4	6.6
Total	60	100.0

Fuente: Directa

El 36.7 por ciento de los pacientes son los que tienen datos clínicos de intentos suicidas, el 33.3 por ciento a los pacientes con alucinaciones auditivas, el 11.7 por ciento corresponde a los pacientes con datos de agitación psicomotriz, el 11.7 por ciento a los pacientes con negativismo y el 6.6 por ciento corresponde a los pacientes con datos de agresividad.

Tabla 7. Cantidad de terapia combinada que se le administro a los pacientes con esquizofrenia en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier en el periodo septiembre 2017- febrero 2018:

Terapia combinada	Pacientes (fi)	%
1-4	30	100
4-6	0	0
Total	30	100

Fuente: Directa

El 100 por ciento de los pacientes que se les dio hasta cuatro terapias.

Tabla 8. Medicamentos administrados a los pacientes con esquizofrenia con terapia combinada en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier en el periodo septiembre 2017- febrero 2018:

Medicamentos	Pacientes (fi)	%
Clozapina	6	20
Risperidona	2	6.6
Olanzapina	17	56.6
Quetiapina	5	16.6
Total	30	100.0

Fuente: Directa

El 56.6 por ciento corresponde para los pacientes que se le administro olanzapina, siguiéndole el 20 por ciento de los pacientes que se le administro clozapina, el 16.6 por ciento a los pacientes que se le administro quetiapina y el 6.6 por ciento es correspondiente a los pacientes que se le administro rispeidona.

Tabla 9. Cuantas veces a la semana reciben tratamiento farmacológico solo los pacientes con esquizofrenia en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier, en el periodo septiembre 2017 – febrero 2018:

Terapia farmacológica sola	Pacientes (fi)	%
Diario	30	100
Interdiario	0	0
Semanal	0	0
Total	30	100

Fuente: Directa

El 100 por ciento de los pacientes corresponde a los se le dio tratamiento farmacológico diario durante cuatro semanas.

Tabla 10. Medicamentos administrados a los pacientes con esquizofrenia con terapia farmacológica sola en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier en el periodo septiembre 2017- febrero 2018:

Medicamentos	Pacientes (fi)	%
Clozapina	8	26.7
Risperidona	8	26.7
Olanzapina	14	46.6
Total	30	100.0

Fuente: Directa

El 46.6 por ciento corresponde a los pacientes que se le administro olanzapina, el 26.7 por ciento corresponde a los pacientes que se la administro clozapina. El 26.7 por ciento corresponde a los pacientes que se le administro risperidona.

VIII. DISCUSIÓN

El 71.6 por ciento de la respuesta corresponde a los pacientes que respondieron a las terapias, mientras que el 28.4 por ciento es para los pacientes a los que las terapias no fueron efectivas. De esta comparación se puede ver que los 30 pacientes con terapia combinada fue efectiva, a cambio de solo 13 pacientes de la terapia farmacológica sola. La eficacia de la terapia combinada es superior, esto cumple con los resultados esperados de la investigación, con la mejoría de aplicación de esta técnica la mayoría de los pacientes tienen remisión total o parcial de los síntomas de su enfermedad.

El 56.7 por ciento de los pacientes con esquizofrenia fueron femeninos. De acuerdo con la literatura la presentación de la esquizofrenia se presenta tanto en hombres como mujeres por igual.

El 48.4 por ciento corresponde a los pacientes en el rango de edad de 25-29 años, la edad más frecuente de inicio es la edad temprana, donde se ven más los trastornos en la forma de pensamiento, esto cumple con los resultados esperados de acuerdo con la investigación.

El 70 por ciento de los pacientes tenían esquizofrenia paranoide. Apoyándonos en la literatura la esquizofrenia paranoide es la más frecuente de todas²², donde hay abundancia de ideas delirantes y/o alucinaciones auditivas.

Dentro de los criterios de terapia el 40 por ciento de los pacientes corresponde a los que tuvieron intentos suicidas. El protocolo del Ministerio de Salud Publica destaca que en las últimas décadas, el suicidio y las conductas asociadas a él se han convertido en una de las razones crecientes de los síntomas psicóticos.

El 56.6 por ciento de los pacientes corresponde a los que se les administro olanzapina⁴⁰, con este medicamento se observa una mejoría significativa de los síntomas de esquizofrenia. Como dato novedoso, el 20 por ciento corresponde a los pacientes que se les administro clozapina⁴⁰, este es un antipsicótico atípico que se utiliza exclusivamente en pacientes que no responden o no toleran otros antipsicóticos.

IX. CONCLUSIONES

1. La efectividad de la respuesta terapéutica fue de un 71.6 por ciento.
2. La mayoría de las pacientes eran femeninas, alcanzando un 56.7 por ciento.
3. El rango de edad donde más se vio esquizofrenia fue de 25-29 años.
4. La mayoría de los pacientes tenían esquizofrenia paranoide con un 70 por ciento.
5. Los pacientes no hospitalizados alcanzaron el 50 por ciento.
6. Las ideas o intentos suicidas en los pacientes con esquizofrenia fue el más común con un 36.7 por ciento.
7. El 100 por ciento de los pacientes de la terapia combinada solo se les dio hasta cuatro.
8. El 100 por ciento de los pacientes de la terapia farmacológica sola se les administro tratamiento diario.
9. Dentro de los antipsicóticos el 46.6 por ciento es para la olanzapina.

X. RECOMENDACIONES

Luego de lo discutido y de las conclusiones ofrecidas procedemos a realizar las siguientes recomendaciones:

1. Los pacientes sometidos a Terapia combinada deben seguir recibiendo algún cuidado tras la recuperación durante cierto tiempo de forma proporcional a sus necesidades.
2. Deberían existir opciones de educación continua y formación en Terapia electroconvulsiva para todo el personal de todas las disciplinas clínicas que intervienen en la terapia.
3. Aclarar y recomendar los beneficios de la técnica, como su seguridad clínica y sus indicaciones.
4. Acoger a la familia y atender las situaciones emocionales que se producen en el desarrollo de la enfermedad.

XI. REFERENCIAS

1. Pérez-Álvarez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*, 24(1), 1-9.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013
3. Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 8va ed. Barcelona. Masson, 2015.
4. Diaz Marsa, M (2013). *Afrontando la esquizofrenia. Guia para pacientes y familiares*. Madrid.
5. Muñio A. *Estadísticas sobre la esquizofrenia* (2017)
6. Medeiros LF, de Souza IC, Vidor LP, de Souza A, Deitos A, Volz MS, et al. Neurobiological effects of transcranial direct current stimulation: a review. *Front Psychiatry*. 2012;28:110
7. Bones Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., y Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 2012, 389-395
8. Camacho, M., Casas, N., y Giner, J. Trastornos de personalidad y esquizofrenia: ¿comorbilidad o artificio diagnóstico? *Psiquiatría Biológica*, 12, 225-231
9. Mendoza- Quiñones R, Cabral-Calderin Y, Domínguez M, Garcia A, Borrego M, y cols. Impairment of emotional expression recognition in schizophrenia: a Cuban familial association study. *Psychiatry Res* 2012; 185(1):44-8.
10. Rascón M L, Marcelo Valencia, Tecelli Domínguez et al. Organización Panamericana de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2014. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.
11. Febles X, Judith Aybar, Mella, César. (2013) *Las prácticas en salud: tendencias que se observan y su correspondencia con las necesidades de salud de la población*.
12. Mejía M, Vargas Síntomas de enfermedades mentales identificadas en República Dominicana. (2016)

13. Evans K, McGrath J, Milns R. Universal. Alzheimer la enfermedad del olvido./2012/10/24/700- millones de pacientes al año con enfermedades del snc y el cerebro.
14. Gutiérrez S. tu mejor inversión. Salud mental <http://www.abc.es/salud/noticias/20121010/abcimejor-inversion-salud-mental-2013>
15. Nasser, M. «Psychiatry in Ancient Egypt»(pdf). Bulletin Of The Royal College Of Psychiatrists 2013.
16. Gallego Clau T. INTERVENCIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA. ESQUIZOFRENIA PARANOIDE [Licenciatura]. Universidad de Lleida; 2013.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013
18. .Freudenreich O, Brown HE, Holt DJ. Psychosis and schizophrenia. In: Stern TA, Fava M, Wilens TE, Rosenbaum JF, eds. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016: chap 28
19. Jerman P. Sanders A. La etologia de la esquizofrenia. Medicina. 2012; 72.
20. Costa, Ana, Ética del reconocimiento recíproco en el ámbito de la salud. Dilemata. 2012; 8:99-122.
21. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (2014). 1st ed. Washington: American Psychiatric Publishing.
22. Abeleira Padín G. Esquizofrenia. Cuadernos del Tomás. 2012;4:151-172.
23. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos Relacionados con la Salud (CIE-10)
24. Montoya A, Lepage M, Malla A. Disfunción estructural del lóbulo temporal en pacientes con un primer episodio psicótico de esquizofrenia.
25. Schizophrenia: Practice Essentials, Background, Pathophysiology. Emedicine.medscape.com. 2017
26. Barnes M N. Sistema inmune y esquizofrenia 20:83-91, 2014.
27. Clasificación de trastornos mentales CIE 10. Criterios de la OMS (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud).

28. Schulz SC, Goerke D, O'Sullivan D, Jasberg SG. Early-Stage Schizophrenia. In: Gabbard GO, ed. Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014: chap 8.
29. Travé, J., & Pousa, E. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. Papeles del psicólogo, 33, 48-59.
30. Diagnóstico de los trastornos psicóticos y de la esquizofrenia. | Esquizofrenia24x7
31. Salud al día, esquizofrenia D. Diagnóstico de la esquizofrenia. 2017.
32. Tomas Rodelgo. Pruebas de sangre para diagnosticar la esquizofrenia euronews. 2017
33. Abdul-Rahman MF, Qiu A, Woon PS, Kuswanto C, Collinson SL, Sim K. Arcuate fasciculus abnormalities and their relationship with psychotic symptoms in schizophrenia. PLoS One 2012; 7:e29315. Epub 2012 Jan5.
34. Yılmaz U, Yılmaz TS, Dizdärer G, Akıncı G, Güzel O, Tekgül H. Efficacy and tolerability of the first antiepileptic drug in children with newly diagnosed idiopathic epilepsy. Seizure 2013;
35. Grupo de Trabajo de la Guía de la Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría.2012. UAH/AEN. Num2012
36. Gaebel W. Status of Psychotic Disorders in ICD-11. Schizophr Bull 2012; 38: 895-8.
37. Vincent C, & V. Esquizofrenia: diagnóstico diferencial [Internet]. Psicopatología Clínica. 2017
38. Guía Salud. Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente.2016
39. Bermudez C. Diagnóstico Final. Revista cielo- clínica y salud 2014.
40. Guzmán Y; Tejada P; Romero A. Terapia electroconvulsiva, experiencia en la clínica universitaria teletón; Revista Facultad de Salud; Sabana 2012.
41. Liang CS, Yang FW. Allopurinol may prolong seizure duration on electroconvulsive therapy: a case report. J Neuropsychiatry 2012. (3): 352.

42. Fortes Alvarez JL, Landa Contreras E. Terapia electroconvulsiva ¿Cuándo y cómo se aplica? Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria. 2013
43. Implementation of evidence-based treatment for Schizophrenic. World Psychiatry Jun (2012)
44. Van Sant Sp, Buckley PF. Pharmacotherapy for treatment-refractory Schizophrenia. Expert Opin pharmacother Feb 2012
45. Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S. HARRISON MANUAL DE MEDICINA, 18ª edición. McGraw Hill edición. p. 1315
46. Harold, Sadock J. Benjamin: Esquizofrenia. Sinopsis de Psiquiatría. 8ª edición. 519- 56. ¿Cómo evoluciona la esquizofrenia?
47. Mata L. Revista Esquizofrenia, diagnóstico, aspecto psicológico. 2015
48. Casas G. ¿Se puede prevenir la esquizofrenia? Niveles de prevención y la rehabilitación del enfermo mental. 2012
49. Susan Show. Investigación, Prevención y Administración de la Esquizofrenia 2017.
50. Manzini JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica 2000; VI (2): 321.
51. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2002.

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Actividades	Tiempo: 2017-2018	
Selección del tema	2017	Enero 2017
Búsqueda de referencias		Febrero 2017
Elaboración del anteproyecto		Abril 2017
Sometimiento y aprobación		Mayo 2017
Tabulación y análisis de la información	2018	Septiembre 2017- Febrero 2018
Redacción del informe		Febrero 2018
Revisión del informe		Febrero 2018
Encuadernación		Febrero 2018
Presentación		Febrero 2018

XII.2. Instrumento de recolección de datos

RESPUESTA TERAPEUTICA EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS.TERAPIA FARMACOLOGICA VS TERAPIA COMBINADA EN EL AREA DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DR SALVADOR B. GAUTIER SEPTIEMBRE 2017- FEBRERO 2018.

ID del paciente _____

Sexo _____ Edad _____

Tipo de esquizofrenia:

Paranoide

Catatónica

Desorganizada

Indiferenciada

Residual

Tiempo de hospitalización _____

motivo de recibir tratamiento:

Ideas, gestos, amenazas o intentos suicidas

Agitación Psicomotriz

Negativismo o estupor

Agresividad

Alucinaciones auditivas

Otros _____

Que tipo de tratamiento recibe:

Terapia Combinada

Cuantas terapias recibe _____

Clozapina Risperidona Olanzapina Quetiapina

Haloperidol Difenhidramina

Tratamiento Farmacológico

Cuantas veces a la semana recibe tratamiento farmacológico _____

Cuales tratamientos farmacológicos recibe:

Clozapina Risperidona Olanzapina Quetiapina

Haloperidol Difenhidramina

Respuesta después del tratamiento:

terapia Combinada:

Remision

No respuesta

terapia Farmacologica sola:

Remision

No respuesta

XII.2.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION MÉDICA.

Título del estudio: RESPUESTA TERAPEUTICA EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS. TERAPIA FARMACOLOGICA VS TERAPIA COMBINADA EN EL AREA DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DR SALVADOR B. GAUTIER SEPTIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica.

Antes de decidir su participación o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme el documento.

1. PROPOSITO DEL ESTUDIO. Sabiendo que la esquizofrenia es una enfermedad crónica y deteriorante que se caracteriza por alteraciones del pensamiento, de la conducta y del lenguaje, es de suma importancia conocer el manejo adecuado para los pacientes que sufren esta patología. Este estudio hace mención a los distintos tipos de tratamientos con los que se obtienen una evolución favorable del paciente.
2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO. Comparar la respuesta al tratamiento con terapia electroconvulsiva Vs. el tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier.
3. PROCEDIMIENTO. Se pretende realizar un estudio comparativo acerca del tratamiento farmacológico y la terapia electroconvulsiva, ha sido seleccionado por el Doctor para la terapia electroconvulsiva y para el tratamiento farmacológico donde ambos tratamientos se impartirán en conjunto.
4. RIESGOS. Estancia hospitalaria prolongada, abandono del tratamiento lo que conlleva a un retroceso en la mejoría del paciente.
5. BENEFICIOS. Puede que no haya beneficio para usted, pero es probable que su participación nos ayude a encontrar una respuesta a la pregunta en este estudio de investigación y que ayude a futuras generaciones se puedan beneficiar de este estudio.

6. VOLUNTARIEDAD. Su participación en este estudio de investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuaran todos los servicios que reciba en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier y nada cambiara.

7. CONFIDENCIALIDAD. No se compartirá la identidad de quienes participen en el estudio de investigación. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación se pondrá de forma anónima.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haber terminado la terapia. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a cualquiera de las siguientes personas:

-Dr. Jaime Martínez Yepes

Celular: 829-870-4434

-Bertys Vanessa Gómez Báez

Celular: 809-923-7319

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Acepto voluntariamente participar en este estudio de investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Nombre del paciente _____

Firma del paciente _____

Fecha _____

XII.3. Costos y recursos

XII.3.1. Humanos				
<ul style="list-style-type: none"> • Una sustentante • Dos asesores (metodológico y clínico) • Estadígrafo • Digitador • Médicos generales • Secretaria 				
XII.3.2. Equipos y materiales		Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)		3 resmas	200.00	600.00
Papel Mistique		3 resmas	150.00	450.00
Lápices		2 unidad	15.00	30.00
Borras		2 unidad	10.00	20.00
Bolígrafos		2 Unidad	20.00	40.00
Sacapuntas		1 unidad	12.00	12.00
Computador Hardware:				
Dell Inspiron 700 Mhz; 128 MB RAM;				
20 GB H.D.;CD-ROM 52x				
Impresora Canon MG 3600				
Scanner: Microteck 3700				
Software:				
Microsoft Windows 10				
Microsoft Office 2010				
internet service				
Omnipage Pro 10				
Dragon Naturally Speaking				
Easy CD Creator 2.0				
Presentación:				
Sony SVGA VPL-SC2 Digital		1 unidades	4,500.00	4,500.00
data proyector		2 unidades	1600.00	3,200.00
Cartuchos Epson stylus 440				
XII.3.3. Información				
Adquisición de libros				
Revistas				
Otros documentos				
Referencias				
(ver listado de referencias)				
XII.3.4. Económicos				
Inscripción de tesis			13,500.00	
Papelería(copias)		1000 copias		2,750.00
Encuadernación		8 informes		18,000
Alimentación				800.00
Transporte				6,000.00
Imprevistos				4,000.00
				2,000.00
Total \$ 55,902.00				

XII.4. Evaluación

Sustentante:

Bertys Vanessa Gómez Báez

Asesores:

Rubén Darío Pimentel
(Metodológico)

Dr. Jaime Martínez Yepes
(Clínico)

Jurado:

Autoridades:

Dr. Eduardo García

Dr. William Duke

Director Escuela de Medicina

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Calificación: _____

Fecha: _____