

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

DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON  
TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO QUE ACUDEN A LA CONSULTA DEL  
HOSPITAL DOCTOR SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER. JUNIO, 2022-  
NOVIEMBRE, 2022.



Trabajo de grado para optar por el título de:

**DOCTOR EN MEDICINA**

Presentado por:

Emile Arbaje Piantini

Emmanuel Rosario Espinal

Distrito Nacional: 2023

## CONTENIDO

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
I. Introducción	10
I.1. Antecedentes	11
I.2. Justificación	13
II. Planteamiento del problema	15
III. Objetivos	16
III.1. General	16
III.2. Específicos	16
IV. Marco teórico	17
IV.1. Historia	17
IV.2. Esquizofrenia	19
IV.2.1. Delirios	20
IV.2.2. Diagnóstico	23
IV.2.3. Tratamiento	24
IV.2.4. Medicamentos	24
IV.2.5. Terapia Electroconvulsiva	26
IV.3. Calidad de vida	27
IV.4. Discapacidad	28
V. Operacionalización de las variables	30
VI. Material y métodos	33
VI.1. Tipo de estudio	33
VI.2. Área de estudio	33
VI.3. Universo	33
VI.4. Muestra	33
VI.5. Criterios	34

VI.5.1. De inclusión	34
VI.5.2. De exclusión	34
VI.6. Instrumento de recolección de datos	34
VI.7. Procedimiento	34
VI.8. Tabulación	34
VI.9. Análisis	35
VI.10 Consideraciones éticas	35
VII. Resultados	37
VIII. Discusión	52
IX. Conclusiones	55
X. Recomendaciones	56
XI. Referencias	57
XII. Anexos	60
XII.1. Cronograma	60
XII.2. Instrumento de recolección de datos	61
XII.3. Escala de discapacidad Whodas 2.0	63
XII.4. Escala de calidad de vida Whoqol-Bref	67
XII.5. Consentimiento Informado	70
XII.6. Costos y Recursos	71
XII.7. Evaluación	72

## **AGRADECIMIENTO**

Le doy las gracias a Dios por permitirme terminar esta Hermosa y difícil etapa de mi vida.

A mis padres, mi madre Carol Piantini, por los sacrificios que hizo cuatrimestres tras cuatrimestre, que gracias a ella pude llegar a la meta deseada, poder decir hoy en día que soy médico, mi padre Jose Luis Arbaje por el apoyo constante y preocupación por mí en el transcurso de la carrera en la cual siempre estuvo presente.

A mis familiares que siempre creyeron en mí, hoy soy el doctor que ellos siempre anhelaron, y poder ayudarles en la práctica médica, relacionado a su salud, especialmente a mi madrina Arianne Piantini, gracias infinitas.

A Stephani Ureña por siempre estar presente y ayudarme en los momentos más difíciles de mi carrera, mil gracias te tengo mucho aprecio, a Nancy Abreu y Héctor Ureña por facilitarme las herramientas necesarias para culminar con mi trabajo de grado. A mi compañero Emmanuel Rosario por siempre estar disponible y estar conmigo en esta última etapa de la carrera, muchas gracias.

A mis amigos de la vida Davides González, Cristhian Castillo y Víctor Inoa por siempre confiar en mí.

A mis compañeros Jimmy Saturria, Marcela Rincon, Smirla Beras, Pamela Otaño, Carol Berroa, que estuvieron conmigo en las rotaciones hospitalarias, con ellos esta etapa se me hizo más fácil de sobrellevar.

Finalmente, a mis asesores, el clínico el Dr. Jonathan Bravo y el metodológico la Dra. Claridinia Rodríguez por guiarme en este último paso tan importante de la carrera.

Emile José Arbaje Piantini

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecer a Dios en primer lugar por darme la bendición de tener a mis padres que siempre me apoyaron, gracias por proveer en este hermoso y retador camino, sin ello no hubiera podido llegar hasta este punto.

A las amistades que Dios me mando en este trayecto que cada una de ellas aportaron en el hombre que me he convertido, Alba, Jhennifer, Massiel, Angel, Christian, Diederich, Rickey, Juan Arturo, Vantroi, Clay, Leidy, Madeline, quiero darle las gracias por ser tan empáticos, y mi motor de arranque cuando yo mismo no confiaba en mí.

Agradezco a mi compañero Emile Arbaje y Stephani Ureña, por su empatía, empeño y paciencia para que todo salga en bien.

A esos amigos que conocí en el último trayecto de mi carrera que se convirtieron en familia, Pamela, Carol, Leticia, Emile, gracias por tolerarme y por guiarme cuando me sentía fuera de ritmo.

Por último y no menos importante, a nuestro querido asesor clínico Dr. Jonathan Bravo por toda la ayuda desinteresada y la disposición a querer colaborar. También a la Dra. Claridania Rodríguez por aceptarnos y ayudarnos a poder terminar nuestro trabajo.

Emmanuel R. Rosario Espinal

## **DEDICATORIA**

A mis padres, mi madre Carol Piantini, mi padre José Luis Arbaje, a mi madrina Arianne Piantini, Stephani Ureña, a Nancy Abreu y Héctor Ureña, Emmanuel Rosario, Davides González, Cristhian Castillo, Víctor Inoa, Jimmy Saturria, Marcela Rincon, Smirla Beras, Pamela Otaño y Carol Berroa.

Emile José Arbaje Piantini

## **DEDICATORIA**

Dedicarles este trabajo a mis padres, Guillermo Rosario y Nicolasina Espinal, sin su ayuda, sin su apoyo y sin sus consejos jamás hubiera podido llegar a este punto, los amo.

Emmanuel R. Rosario Espinal

## **RESUMEN**

**Introducción:** En el área sanitaria, la Organización Mundial de la Salud lo describe como «La percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de su cultura y valores, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones».

**Objetivo:** Comprobar la calidad de vida y discapacidad en los últimos 30 días en los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico que acuden a la consulta del hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier Junio-noviembre 2022.

**Material y métodos:** Se desarrolló una investigación descriptiva, observacional, prospectiva y transversal con 50 pacientes en total que estuvieron acordes con los criterios de inclusión. Fue aplicada tres encuestas con los pacientes donde se recopiló las respuestas de los cuestionarios WHODAS 2.0 Auto administrable de 36 preguntas, WHOQOL-BREF, y un cuestionario donde se recopiló información personal como edad, sexo, estado civil, terapéutica, tiempo aproximado del diagnóstico, entre otras informaciones.

**Resultados:** Según las respuestas del cuestionario donde a mayor cantidad de puntos mayor calidad de vida, según el WHOQOL-BREF nos dio como resultado de media un total de 79.8. Y según la escala de WHODAS 2.0 nos dio una media de 69.3-

**Conclusión:** Una vez obtenidos los resultados de nuestra investigación según el WHODAS 2.0 determinamos que el mayor grado de discapacidad entre 51 y 75 fue un 46 por ciento en una muestra de 23 pacientes y el menor grado fue entre 0 a 25 que arrojo un 0 por ciento. Según las respuestas del cuestionario donde a mayor cantidad de puntos, mayor calidad de vida, según el WHOQOL-BREF este va desde 1-130 y nos dio como resultado un total de 79.8 de media, este resultado nos da entender que más de la mitad de los pacientes gozan de una buena calidad de vida.

**Palabras claves:** Discapacidad, Calidad de vida, Esquizofrenia.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** In the health area, the World Health Organization describes it as "The individual's perception of their position in life, in the context of their culture and values, and in relation to their objectives, expectations, standards and concerns".

**Objective:** To verify the quality of life and disability in the last 30 days in patients diagnosed with schizophrenic disorder who attend the consultation of the Dr. Salvador Bienvenido Gautier hospital June-November 2022.

**Material and methods:** A descriptive, observational, prospective, and cross-sectional with 50 patients in total who agreed with the inclusion criteria. Three surveys were applied with the patients were collected responses from the 36-question WHODAS 2.0 self-administered questionnaire, WHOQOL-BREF, and a questionnaire that collected personal information such as age, sex, marital status, therapy, approximate time of diagnosis, among other information.

**Results:** According to the answers to the questionnaire where the greater the number of points, the higher the quality of life, according to the WHOQOL-BREF it ranges from 1-130 and gave us 79.8 as a result. It was obtained as a result that the ages that participated the most in filling out the surveys were from 28 to 35 years of age with 34 percent. Then they follow with a degree of disability between 51 and 75 for 46 percent of 23 patients, followed by 14 patients with a degree of disability between 76 and 100 representing 28 percent.

**Conclusion:** Once the results of our research were obtained according to WHODAS 2.0, we determined that the highest degree of disability between 51 and 75 was 46 percent in a sample of 23 patients and the lowest degree was between 0 to 25, which yielded 0 percent. According to the answers to the questionnaire where the greater the number of points, the greater the quality of life, according to the WHOQOL-BREF this ranges from 1-130 and gave us a total of 79.8 on average, this result gives us to understand that more than half of patients enjoy a good quality of life.

**Keywords:** Disability, Quality of life, Schizophrenia.

## I. INTRODUCCIÓN

Existen numerosas definiciones y teorías acerca del concepto «Calidad de Vida», que varían según los factores que se deseen evaluar y la población que se esté estudiando. En el área sanitaria, la Organización Mundial de la Salud lo describe como «La percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de su cultura y valores, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones».<sup>1</sup>

Mayoría de los investigadores concuerdan en que la evaluación de la Calidad de Vida debiera incluir, al menos, tres tipos de indicadores: nivel de vida o acceso a bienes y recursos considerados básicos, funcionamiento psicosocial o grado en que la persona cumple con las exigencias asignadas a su rol social y satisfacción vital o medida en que la persona se considera conforme con su condición de vida. Este último aspecto, es el resultado de un ajuste continuo entre las expectativas del sujeto y su percepción de logros.<sup>1</sup>

Investigaciones realizadas con personas enfermas de esquizofrenia describen un nivel de vida descendido respecto al resto de la población y a las enfermedades físicas, sin embargo, los indicadores externos u objetivos, con la posible excepción del estado civil y la situación laboral, tienen escasa relación con la satisfacción vital reportada por los propios pacientes.<sup>1</sup>

En cuanto a las variables psicopatológicas de la esquizofrenia, las manifestaciones inespecíficas, como ansiedad y depresión y los efectos adversos de los medicamentos, tendrían un mayor impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, a diferencia de los síntomas psicóticos o deficitarios propios de la enfermedad, que muestran una menor asociación con los resultados de las evaluaciones. Si bien se ha establecido una asociación entre el déficit cognitivo y un empeoramiento del funcionamiento psicosocial, poco se sabe de su relación con el bienestar subjetivo de las personas.<sup>1</sup>

En Estados Unidos, la prevalencia de la esquizofrenia es de alrededor de un 1%, lo cual significa que más o menos 1 de cada 100 personas desarrollará la enfermedad a lo largo de su vida. El estudio Epidemiologic Catchment Area, realizado por el National Institute of Mental Health, indicó que la prevalencia a lo

largo de la vida era de entre un 0,6% y un 1,9%. En Estados Unidos, la población tratada por esquizofrenia en un solo año es aproximadamente del 0,05%, y a pesar de la gravedad del trastorno, únicamente la mitad de los pacientes con esquizofrenia reciben tratamiento.<sup>24</sup>

El objetivo de este estudio es conocer, en nuestra realidad, la percepción subjetiva de discapacidad y calidad de vida, de un grupo de personas con diagnóstico de esquizofrenia, y su relación con variables clínicas y demográficas.

### I.1. Antecedentes

En un estudio prospectivo, transversal y descriptivo realizado por los servicios de salud de Arica, Chile en el año 2013, se describen los niveles de calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia. Participaron 49 pacientes y 70 familiares de pacientes atendidos por los Servicios de Salud Mental de Arica, Chile. En pacientes se utilizó el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida, el Cuestionario de Salud General y el Cuestionario de Función Familiar. Este último fue aplicado también a los cuidadores. A diferencia de lo encontrado en países desarrollados, los pacientes de esta muestra indican niveles adecuados de calidad de vida, con una fuerte relación con la percepción que éstos tienen de la funcionalidad familiar; lo cual confirma la importancia de la familia como red social de apoyo emocional. Sin embargo, la funcionalidad familiar difiere entre lo percibido por el paciente y por el cuidador. Los mejores puntajes fueron obtenidos en cuidadores que habían participado en un programa de intervención familiar psicoeducativa. Se concluye que existen diferencias entre los niveles de calidad de vida percibidos por pacientes de países desarrollados y aquellos en vías de desarrollo, siendo superiores en éstos a pesar de las limitaciones de recursos económicos, sanitarios y comunitarios. Futuras investigaciones deberían estudiar cuáles son las variables que hacen que estos niveles de calidad de vida difieran.<sup>18</sup>

En el Hospital del Salvador, Valparaíso en el 2005. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. Múltiples investigaciones han confirmado la existencia de un importante déficit en el funcionamiento cognitivo de las personas

enfermas de esquizofrenia. Esta alteración provocaría un deterioro en el funcionamiento psicosocial de los pacientes repercutiendo negativamente en su calidad de vida. Objetivos: 1) Determinar la relación entre el funcionamiento cognitivo y el desempeño social y la calidad de vida de personas enfermas de esquizofrenia; 2) Estudiar la relación entre el desempeño cognitivo y las características demográficas de los sujetos; 3) Estudiar la relación entre el desempeño cognitivo y variables asociadas al curso de la esquizofrenia y 4) Investigar la relación entre el funcionamiento cognitivo y los síntomas negativos de la esquizofrenia. Metodología: 50 personas enfermas de esquizofrenia atendidas en forma ambulatoria en el Policlínico del Hospital del Salvador de Valparaíso, fueron evaluadas usando una batería de pruebas neuropsicológicas, la escala de síntomas negativos, SANS y la escala de calidad de vida, QLS. Los resultados fueron analizados estableciendo los coeficientes de correlación entre los puntajes en la evaluación neuropsicológica y las variables de estudio mencionadas. Resultados: Los rendimientos de las Funciones Ejecutiva, Concentración y Memoria Visual se asociaron en forma inversa con los síntomas negativos y en forma directa con el puntaje de la escala de calidad de vida QLS.<sup>20,21</sup>

En España 2011. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. Introducción y objetivos: Pocos son los estudios que evalúan la autopercepción del estigma social en las personas que padecen esquizofrenia. El objetivo del presente estudio consiste en analizar la percepción sobre la esquizofrenia que tienen las personas que la padecen. Material y métodos: Se realizaron dos sesiones en cuatro grupos focales de personas con esquizofrenia que estaban siendo atendidas en servicios de rehabilitación psicosocial del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu. A partir de un guión establecido se valoraron un total de 11 áreas abordadas en los grupos. Resultados: Las áreas de peligrosidad, culpa, pérdida de roles sociales y miedo al rechazo fueron aquellas que más mencionaron y más preocupaban a las personas que participaron en los grupos focales. Conclusión: Intervenciones para reducir el estigma social en la comunidad y en los propios usuarios/as deberían ser tenidas en cuenta, especialmente en estas áreas.<sup>22</sup>

En la Republica Dominicana, año 2019. El presente estudio se realizó con el propósito de evaluar y comparar, el posible estigma que pueda existir entre estas dos poblaciones hacia las personas con esquizofrenia. Fue de tipo transversal y contó con un universo de 521 estudiantes y una muestra de 178. Analizando los resultados se encontró con que la mayoría de los consultados desconocían lo que es la esquizofrenia y las implicaciones de tenerla. El escaso conocimiento o la falta del mismo pueden llevar a las creencias erróneas hacia algo o alguien. Como una herramienta para combatir el estigma hacia estos, se creó el programa «Esquizofrenia Sin Estigmas» (ESE), que tiene como objetivo principal el ofrecer técnicas y herramientas basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso, para así poder reducir el estigma y/o estereotipos que viven día a día las personas con esquizofrenia.<sup>23</sup>

## I.2. Justificación

El presente estudio se hace con la finalidad de dar a conocer la discapacidad y la calidad de vida de un paciente esquizofrénico en el hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier, Junio, 2022 - Noviembre, 2022.

La calidad de vida, junto con la medida del nivel de salud, se está reconociendo como un objetivo central de la asistencia sanitaria. Esta necesidad está justificada por el aumento progresivo de la esperanza de vida de la población y el incremento de las patologías crónicas. El esfuerzo terapéutico en estas últimas debería centrarse en lograr, prioritariamente, una mejoría en la sensación de bienestar y satisfacción del paciente. Todo ello adquiere una especial relevancia en la atención primaria de salud, donde el en este caso, el psiquiatra mejor conocedor del entorno psicosocial del paciente puede implementar este concepto con mayores garantías de viabilidad.<sup>4</sup>

Este trabajo se lleva a cabo una reflexión sobre la calidad de vida en los pacientes psiquiátricos que cursan con el trastorno esquizofrénico y como se les dificulta el día a día, su alrededor, el apoyo de sus familiares.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Las personas con esquizofrenia pueden parecer como si hubieran perdido el contacto con la realidad, lo que puede ser angustiante para ellas, sus familiares y amigos. Es por esto que decidimos investigar cómo es la calidad de vida de estos pacientes.<sup>4</sup>

La esquizofrenia podría ser consecuencia de un problema de comunicación entre las neuronas. De todos los neurotransmisores (los que se encargan de transmitir la información entre las neuronas), se ha visto que la dopamina (neurotransmisor presente en diversas áreas del cerebro y que es especialmente importante para la función motora del organismo) es el que está más alterado. Clásicamente, la hipótesis de que existe un desequilibrio de la función dopaminérgica ha sido la principal hipótesis neuroquímica de la esquizofrenia, postulando que la enfermedad, o al menos los síntomas psicóticos, son el resultado de un exceso de actividad dopaminérgica. La principal baza de esta hipótesis se basa en que los fármacos que disminuyen la dopamina mejoran la psicosis, mientras que los fármacos o drogas que la aumentan pueden desencadenar síntomas de este tipo o agravar la esquizofrenia.<sup>3,4</sup>

Por las características propias de la esquizofrenia (enfermedad mental, sintomatología psicológica, entre otros) puede fomentar conductas estigmatizantes en la sociedad. Se sostiene en la sociedad en general, una imagen estereotipada de las personas con esquizofrenia y existen innumerables preconceptos en torno al tema.<sup>3,4</sup>

Es desconocido por la mayoría que a muchas de las personas que sufren la enfermedad les resulta difícil escapar del estereotipo de su propia condición. Diferentes estudios revelan que las personas con esquizofrenia son tan negativas en sus opiniones como lo es la población general. Este fenómeno tiene importantes consecuencias como:<sup>3,4</sup>

- Sentimiento de vergüenza.
- Propensión al aislamiento social.
- Dificultad para la solicitud de ayuda.

- Incremento del riesgo de recaídas y, según algunos expertos, riesgo de suicidio.

Esto nos ha generado el interés de conocer cómo afecta la siguiente gestión:  
¿Cuáles serían las discapacidades más frecuentes y como es la calidad de vida de un paciente esquizofrénico en el Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier?

### **III. OBJETIVOS**

#### III.1. General

1. Determinar las discapacidades y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico en el Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier Junio, 2022 - Noviembre, 2022.

#### III.2. Específicos:

1. Establecer la edad de los pacientes del estudio a partir de los 13 años.
2. Determinar el sexo de los pacientes estudiados.
3. Definir el tipo de tratamiento utilizado en los pacientes.
4. Establecer si el tratamiento terapéutico le ha ayudado a vivir una vida normal.
5. Establecer a cuál religión pertenecen los pacientes estudiados.
6. Identificar el estado civil de los pacientes estudiados.
7. Identificar si existe historia psiquiátrica familiar.
8. Determinar el tiempo diagnosticado con esquizofrenia según el DMS-5.
9. Determinar el grado de calidad de vida de los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico utilizando la escala de WHOQOL- BREF.
10. Determinar el grado de discapacidad de los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico utilizando la escala de WHODAS 2.0.

## IV. MARCO TEÓRICO

### IV.1. Historia.

Como es sabido, la historia del concepto de esquizofrenia tiene su punto de partida más conocido y definido en la descripción de la llamada «*Dementia praecox*» por parte del psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-1926). Sin embargo, la prioridad de esta descripción ha suscitado alguna controversia historiográfica, pues la aparición del término demencia precoz se remonta al alienismo francés de los años centrales del siglo XIX. En sus *Études cliniques* de 1852-53, Benedict Augustin Morel (1809- 1873) presentó algunos casos de jóvenes alienados a los que diagnosticó de «*démence stupide o stupidité aboutissant à la démence*», y que se caracterizaban por presentar una marcada estereotipia de actitudes, gestos y lenguaje, así como un negativismo muy evidente; dicho cuadro evolucionaba inexorable y rápidamente hacia una pérdida de las facultades mentales y, en definitiva, hacia la demencia (Mahieu, 2004). Pero no fue hasta 1860, en su «*Traité des maladies mentales*» –un intento de aplicación a la práctica psiquiátrica de la teoría de la degeneración–, cuando Morel utilizó por primera vez el término *démence précoce* para referir la siguiente observación:<sup>1</sup>

«Un padre desafortunado me consultó un día sobre el estado mental de su hijo de 13 o 14 años de edad. Una especie de torpeza próxima al embrutecimiento (*hébètement*) había reemplazado su actividad habitual y, cuando lo volví a ver, juzgué que la transición fatal al estado de demencia precoz estaba a punto de operarse. Tal es, en muchos casos, la funesta terminación de la locura hereditaria. Una inmovilización súbita de todas las facultades, una demencia precoz, indican que el joven sujeto ha alcanzado el término de su vida intelectual».<sup>1</sup>

El término moreliano de demencia precoz, por tanto, hay que entenderlo en el marco del más estricto de generacionismo y, de hecho, cuando Morel describía este tipo de pacientes no estaba aislando una entidad nosológica discreta, sino explicando algunas formas características de las locuras hereditarias (Huertas, 1987). En concreto, la *démence précoce* constituía un ejemplo de la tercera clase de alienaciones hereditarias, esto es, de las «locuras hereditarias con una existencia intelectual limitada».<sup>1</sup>

Años más tarde, Kraepelin propuso el término *Dementia praecox* con un horizonte conceptual mucho más ambicioso, al pretender establecer una entidad nosológica diferenciada con respecto a otras enfermedades mentales y a los estados psicopáticos degenerativos.

Aunque la homonimia ha dado lugar a algunas interpretaciones que postulan una relación genealógica más o menos laxa entre Morel y Kraepelin, parece evidente que este último no se limitó a latinizar el término moreliano y que, como bien ha indicado José María Álvarez, no existe una correspondencia clara «entre los apuntes deshilvanados de Morel y la descripción sistemática de Kraepelin». En realidad, a poco que se indague sobre el caudal de influencias que inspiraron la formulación de la *Dementia praecox* resulta fácil descartar una relación lineal y unívoca entre ambos autores, pues, junto al término moreliano, en la obra de Kraepelin cabe advertir también el rastro de la idea de predisposición de Valentin Magnan (1835-1916), de las nociones de endógeno y exógeno de Paul Moebius (1853-1907) o de la afinidad con el método experimental de Wilhelm Wundt (1832-1920).<sup>1</sup>

«Psiquiatría» fue el término escogido por Lacan a la hora de hablar de las relaciones entre el psicoanálisis y la psiquiatría, de este modo seguía la estela de lo que había hecho con la lingüística y la lingüística, marcando así un entrecruzamiento donde advenía un saber que no era ni psicoanálisis ni psiquiatría sino un plus generado por ese encuentro. Varios años antes, en su conferencia XVI para hablar de la relación entre psicoanálisis y psiquiatría, Freud había utilizado una metáfora en referencia a las ramas de la medicina: el psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología es a la anatomía en tanto la anatomía estudia las formas exteriores de los órganos y la histología su constitución a partir de los tejidos y las células, ambos autores coinciden en que entre el psicoanálisis y la psiquiatría habría un punto de entrecruzamiento que arrojaría un saber para el quehacer clínico. Ubicamos en esto una coordenada de gran interés para nuestro proceder: poder leer críticamente a los autores del campo de la psiquiatría, así como también los desarrollos de Freud y Lacan dentro de la teoría analítica en torno del concepto y categoría clínica de la esquizofrenia. Dicha aproximación se encuadra en una investigación que apunta a interrogar el estatuto que han tenido ciertos avances en

materia de neuroimágenes en el abordaje de las alucinaciones auditivas de pacientes con esquizofrenia.<sup>3</sup>

En 1911 Eugene Bleuler, director en Suiza de la prestigiosa clínica Burghölzli durante el período 1898-1927, publicaría Demencia Precoz o el grupo de las esquizofrenias, escrito que marcaría toda una nueva etapa en la clínica de las psicosis. Influenciado por las ideas de Freud, Bleuler cambia el foco evolutivo kraepeliniano por el cuadro de estado, enmarcándose en el paradigma de las hipótesis psicopatológicas.<sup>3</sup>

Al igual que Kraepelin, pero no de manera tan radical, conjeturaba que en la esquizofrenia había una alteración a nivel orgánico. Demarcado el carácter de escisión distintivo al de las neurosis freudianas donde Zerspaltung iría en lugar de Spaltung o Ichspaltung, este autor pre'ere adoptar el nombre de esquizofrenia y critica la denominación del psiquiatra alemán ya que, la demencia precoz no sería una psicosis exclusiva de la gente joven (un poco sabido por Kraepelin, que ya había incluido a la hebefrenia como un tipo clínico dentro de la generalidad de la demencia precoz) ni tampoco todos los cuadros 'analizarían con una demencia. Como veremos más adelante, Bleuler se alejó del grupo de psicoanálisis de Viena en 1910 y la denominación de esquizofrenia fue un foco de discusión con el propio Freud. Para este autor, el blocking o interceptación del pensamiento era la evidencia patognomónica de que estamos ante un paciente esquizofrénico. Bleuler es conocido por clasificar la sintomatología fundamental dentro de sus cuatro A: perturbación de la asociación, trastorno de la afectividad, ambivalencia y autismo.<sup>3</sup>

#### IV.2. Esquizofrenia.

La esquizofrenia produce un deterioro progresivo del paciente, aunque en su evolución suelen aparecer episodios agudos de recrudescimiento de la enfermedad y periodos de mejoría, en los que le paciente puede llegar a darse cuenta de su propia enfermedad. Los síntomas de esta enfermedad se clasifican en positivos y negativos.<sup>10</sup>

Se denominan síntomas positivos a las alteraciones psicopatológicas que en cierta medida suponen una excitación excesiva de ciertas funciones cerebrales (básicamente las alucinaciones y los delirios).<sup>10</sup>

En la esquizofrenia también puede haber síntomas motores como la catatonía que puede cursar con síntomas muy diversos como la agitación psicomotriz, negativismo (hacer lo contrario de lo que se le pide), flexibilidad cética (se deja mover por el examinador sin oponer resistencia y se queda quieto en la postura incómoda que se le dejó), oposicionismo (opone resistencia al movimiento pasivo) y posturas anormales.<sup>10</sup>

Clásicamente se describen varias formas de esquizofrenia:

La esquizofrenia paranoide suele cursar con más síntomas positivos que negativos, suele responder mejor al tratamiento farmacológico que otras formas y deteriorar menos a los pacientes. La paranoia es la convicción de ser perseguido por algo o alguien, de ser vigilado, de que todos conspiran contra ti.

La esquizofrenia hebefrénica suele cursar con menos síntomas positivos y más negativos y responder peor al tratamiento farmacológico.

La esquizofrenia catatónica en la forma cuyos principales síntomas son motores y es hoy una forma pura rara. En la práctica muchas esquizofrenias tienen formas mixtas.<sup>10</sup>

#### IV.2.1. Delirios

Se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos.<sup>2</sup>

Los delirios son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. Su contenido puede incluir varios temas (p. ej., persecutorios, referenciales, somáticos, religiosos, de grandeza). Los delirios persecutorios (es decir, la creencia de que uno va a ser perjudicado, acosado, etc. Por un individuo, organización o grupo) son los más comunes. Los delirios referenciales (es decir, la creencia de que ciertos gestos, comentarios, señales del medio ambiente, etc., se dirigen a uno) también son comunes. También pueden aparecer delirios de grandeza

(es decir, cuando el sujeto cree que él o ella tiene habilidades, riqueza o fama excepcionales) y delirios erotomaníacos (es decir, cuando el individuo cree erróneamente que otra persona está enamorada de él o ella). Los delirios nihilistas suponen la convicción de que sucederá una gran catástrofe, y los delirios somáticos se centran en preocupaciones referentes a la salud y al funcionamiento de los órganos.<sup>2</sup>

### Alucinaciones

Las alucinaciones son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia y en los trastornos relacionados. Las alucinaciones auditivas habitualmente se experimentan en forma de voces, conocidas o desconocidas, que se perciben como diferentes del propio pensamiento. Las alucinaciones deben tener lugar en el contexto de un adecuado nivel de conciencia; aquellas que tienen lugar al quedarse uno dormido (hipnagógicas) o al despertar (hipnopómpicas) se considera que están dentro del rango de las experiencias normales. Las alucinaciones pueden ser una parte normal de la experiencia religiosa en determinados contextos culturales.<sup>2</sup>

### Pensamiento (discurso) desorganizado

El pensamiento desorganizado (trastorno formal del pensamiento) habitualmente se infiere a partir del discurso del individuo. El sujeto puede cambiar de un tema a otro (descarrilamiento o asociaciones laxas).

Sus respuestas a las preguntas pueden estar indirectamente relacionadas o no estarlo en absoluto (tangencialidad). En raras ocasiones, el discurso puede estar tan desorganizado que es prácticamente incomprensible y se asemeja a una afasia sensorial en su desorganización lingüística (incoherencia o ensalada de palabras).

Puesto que los discursos ligeramente desorganizados son frecuentes, el síntoma debe ser lo suficientemente grave como para dificultar la comunicación de manera

sustancial. La gravedad de la disfunción puede ser difícil de valorar si la persona que está haciendo el diagnóstico proviene de un entorno lingüístico diferente del de la persona que está siendo evaluada. Puede producirse una menor gravedad de la desorganización del pensamiento o del discurso durante los períodos prodrómico y residual de la esquizofrenia.<sup>2</sup>

Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía)

El comportamiento motor muy desorganizado o anómalo se puede manifestar de diferentes maneras, desde las «tonterías» infantiloides a la agitación impredecible. Pueden evidenciarse problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo, con las consiguientes dificultades para realizar las actividades cotidianas. El comportamiento catatónico es una disminución marcada de la reactividad al entorno. Oscila entre la resistencia a llevar a cabo instrucciones (negativismo), la adopción mantenida de una postura rígida, inapropiada o extravagante, y la ausencia total de respuestas verbales o motoras (mutismo y estupor). También puede incluir actividad motora sin finalidad, y excesiva sin causa aparente (excitación catatónica).<sup>2</sup>

Otras características son los movimientos estereotipados repetidos, la mirada fija, las muecas, el mutismo y la ecolalia. Aunque la catatonía se ha asociado históricamente con la esquizofrenia, los síntomas catatónicos no son específicos y pueden aparecer en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos bipolares o depresivos con catatonía) y en patologías médicas (trastorno catatónico debido a otra afección médica).<sup>2</sup>

Esta enfermedad acarrea una discapacidad importante en los pacientes, además de discriminación y vulneración de sus derechos.<sup>5</sup>

Este trastorno se caracteriza por la aparición de distorsiones en el pensamiento, la percepción, la conducta, el lenguaje, las emociones y la identidad; además de síntomas negativos como anhedonia y avolición.<sup>5</sup>

Si bien pueden presentarse antecedentes en edades tempranas, el trastorno comienza a hacerse evidente entre los 20 y 30 años para las mujeres, y entre los 15 y 25 años para los hombres. Se presentan ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje y

conductas desorganizadas que, sin tratarse, derivan en la pérdida de independencia y oportunidades de integración social para el paciente.<sup>5</sup>

En este sentido, los pacientes pueden ver disminuida su calidad de vida y la productividad económica de su familia, viéndose forzados a aceptar una posición social diferente. Ello deriva en dificultades económicas, aumento de conflictos interpersonales, pérdida de autoestima y adicciones. Por ejemplo, en Estados Unidos, donde la esquizofrenia es la quinta causa de incapacidad permanente (10% del total de causas), además de absorber hasta el (3%) del gasto social.<sup>5</sup>

Debido a su complejidad, la esquizofrenia es un trastorno ampliamente subdiagnosticado e incomprendido, lo que a su vez abona al estigma social. De acuerdo con datos de la farmacéutica, solo el (32%) de los pacientes mexicanos tiene diagnóstico, mientras que solo (19%) recibe tratamiento.<sup>5</sup>

#### IV.2.2. Diagnóstico

El diagnóstico de la esquizofrenia implica descartar otros trastornos de salud mental y determinar que los síntomas no se deben al abuso de sustancias, medicamentos o afecciones. Para determinar un diagnóstico de esquizofrenia, puede hacerse lo siguiente:

Exploración física. Se puede realizar para descartar otros problemas que podrían estar causando los síntomas y para detectar cualquier complicación relacionada.

Análisis y pruebas de detección. Pueden incluirse pruebas que permitan descartar afecciones con síntomas similares, y para detectar el consumo de alcohol y drogas. El médico también puede indicar estudios por imágenes, como una resonancia magnética o una tomografía computada.<sup>5</sup>

#### Evaluación psiquiátrica

Un médico o profesional en salud mental controla el estado mental por medio de la observación de la apariencia y el comportamiento, y la indagación sobre pensamientos, estados de ánimo, delirios, alucinaciones, consumo de sustancias y posibilidad de violencia o suicidio. También se conversa sobre los antecedentes personales y familiares.<sup>6</sup>

Criterios de diagnóstico para la esquizofrenia. El médico o profesional en salud mental puede aplicar los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), publicado por la American Psychiatric Association (Asociación Estadounidense de Psiquiatría).<sup>6</sup>

#### IV.2.3. Tratamiento

La esquizofrenia requiere un tratamiento de por vida, incluso si los síntomas desaparecen. Los medicamentos y la terapia psicosocial pueden ayudar a controlar la enfermedad. En algunos casos, puede ser necesaria la hospitalización.<sup>6</sup>

El tratamiento suele ser supervisado por un psiquiatra familiarizado con el tratamiento de la esquizofrenia. El equipo de tratamiento también puede incluir un psicólogo, un trabajador social, una enfermera psiquiátrica y posiblemente un administrador de casos para coordinar el tratamiento. Las clínicas con experiencia en el tratamiento de la esquizofrenia pueden tener un equipo completo disponible.<sup>6</sup>

#### IV.2.4. Medicamentos

El tratamiento de la esquizofrenia se basa en medicamentos; los antipsicóticos son los más comúnmente recetados. Estos medicamentos controlan los síntomas al afectar la neurotransmisora dopamina del cerebro.<sup>6</sup>

El objetivo del tratamiento antipsicótico es el control eficaz de los signos y síntomas con la dosis más baja posible. Un psiquiatra puede probar diferentes medicamentos, diferentes dosis o combinaciones a lo largo del tiempo para lograr el resultado deseado. Otros medicamentos, como los antidepresivos y los ansiolíticos, también pueden ayudar. Los síntomas pueden tardar varias semanas en mejorar.<sup>6</sup>

Los pacientes esquizofrénicos pueden negarse a tomar medicamentos para la esquizofrenia porque pueden causar efectos secundarios graves. La voluntad de cooperar con el tratamiento puede afectar la medicación prescrita. Por ejemplo, una persona que se resiste persistentemente a tomar medicamentos puede necesitar inyecciones en lugar de pastillas.<sup>6</sup>

### Antipsicóticos de segunda generación

Estos nuevos medicamentos de segunda generación son generalmente preferidos porque presentan un menor riesgo de efectos secundarios graves que los antipsicóticos de primera generación. Los antipsicóticos de segunda generación incluyen: Aripiprazol (Abilify), Asenapina (Saphris), Brexpiprazol (Rexulti), Cariprazina (Vraylar), Clozapina (Clozaril, Versacloz), lloperidona (Fanapt), Lurasidona (Latuda), Olanzapina (Zyprexa), Paliperidona (Invega), Quetiapina (Seroquel), Risperidona (Risperdal), Ziprasidona (Geodon).<sup>6</sup>

### Antipsicóticos de primera generación

Estos antipsicóticos de primera generación tienen efectos secundarios comunes y potencialmente significativos, incluida la posibilidad de un trastorno del movimiento (discinesia tardía), que puede o no ser reversible. Los antipsicóticos de primera generación incluyen: clorpromazina, flufenazina, haloperidol, perfenazina.<sup>6</sup>

Estos antipsicóticos suelen ser menos costosos que los antipsicóticos de segunda generación, especialmente las versiones genéricas, que pueden ser un factor decisivo importante cuando se necesita una terapia a largo plazo.<sup>6</sup>

Algunos antipsicóticos se pueden administrar por vía intramuscular o subcutánea. Por lo general, se administran cada dos a cuatro semanas, según el medicamento. Pídale a su médico más información acerca de los medicamentos inyectables. Estas pueden ser opciones si alguien quiere tomar menos pastillas y ayudar con el cumplimiento.<sup>6</sup>

Los medicamentos comunes que están disponibles en forma de inyección incluyen: Aripiprazol (Abilify Maintena, Aristada), Decanoato de flufenazina, Decanoato de haloperidol, Paliperidona (Invega Sustenna, Invega Trinza), Risperidona (Risperdal Consta, Perseris).<sup>6</sup>

### Intervenciones psicosociales

Una vez que la psicosis retrocede, además de continuar con los medicamentos, las intervenciones psicológicas y sociales (psicosociales) son importantes. Estas pueden incluir:

Terapia individual.

La psicoterapia puede ayudar a normalizar los patrones de pensamiento. Además, aprender a lidiar con el estrés y reconocer las primeras señales de advertencia de una recaída puede ayudar a las personas con esquizofrenia a controlar su enfermedad.<sup>6</sup>

Capacitación en habilidades sociales.

Se centra en mejorar la comunicación y la interacción social y mejorar la participación en las actividades diarias.<sup>6</sup>

Terapia familiar.

Brinda apoyo y educación a familias que enfrentan esquizofrenia.<sup>6</sup>

Rehabilitación vocacional y apoyo para la colocación laboral que se enfoca en ayudar a las personas con esquizofrenia a prepararse, encontrar y mantener un trabajo.<sup>6</sup>

La mayoría de las personas con esquizofrenia necesitan algún tipo de apoyo en su vida diaria. Muchas comunidades tienen programas para ayudar a las personas con esquizofrenia en el trabajo, en la vivienda, en grupos de autoayuda y en situaciones de crisis. Un administrador de casos o alguien del equipo de atención puede ayudarlo a encontrar recursos. Con el tratamiento adecuado, la mayoría de las personas con esquizofrenia pueden controlar su enfermedad.<sup>6</sup>

Hospitalización

En casos de emergencia o síntomas severos, puede ser necesario hospitalizar al paciente para garantizar la seguridad, la nutrición adecuada, el sueño adecuado y la higiene básica.<sup>6</sup>

IV.2.5. Terapia Electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva se puede considerar en adultos con esquizofrenia que no responden a la medicación.<sup>6</sup>

Este es un procedimiento realizado bajo anestesia general que consiste en pasar pequeñas corrientes eléctricas a través del cerebro para desencadenar deliberadamente una breve convulsión. La terapia electroconvulsiva parece provocar

cambios en la neuroquímica del cerebro que pueden revertir rápidamente los síntomas de algunas enfermedades mentales.<sup>7</sup>

La terapia electroconvulsiva generalmente funciona cuando otros tratamientos han fallado y cuando todos los tratamientos han terminado, pero es posible que no funcione para todos.<sup>7</sup>

Gran parte del estigma que rodea a la TEC se basa en los primeros tratamientos que administraban altas dosis de electricidad sin anestesia, lo que provocaba pérdida de memoria, fracturas de huesos y otros efectos secundarios graves.<sup>7</sup>

La terapia electroconvulsiva es ahora mucho más segura. Si bien la TEC todavía causa algunos efectos secundarios, ahora utiliza corriente eléctrica suministrada en un ambiente controlado para lograr el mayor beneficio con el menor riesgo posible.<sup>7</sup>

#### IV.3. Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto que debe tenerse en cuenta en la evaluación integral del proceso salud-enfermedad en psiquiatría. Objetivos: Evaluar, analizar y comparar la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia en un entorno de rehabilitación y la calidad de vida de pacientes que reciben tratamiento convencional.<sup>8</sup>

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como: percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, valores e intereses. En los últimos años se ha considerado a la calidad de vida como uno de los objetivos más importantes de los servicios de salud mental y ha comenzado a desarrollarse escalas de calidad de vida específicas para los enfermos mentales.<sup>8</sup>

El tratamiento de esta patología ha evolucionado desde el aislamiento en hospitales psiquiátricos hasta el tratamiento ambulatorio, donde el paciente se integra a su comunidad y a sus familiares en el tratamiento y proceso farmacológico.<sup>9</sup>

#### Instrumento de medición de calidad de vida

El WHOQOL-BREF es un instrumento genérico derivado del WHOQOL-100, que consta de 26 puntos, 24 de ellos generan un perfil de calidad de vida en cuatro

dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Evalúa las percepciones del individuo en las dos semanas previas, ha sido traducido a 19 idiomas diferentes, es aplicable a sujetos sanos y enfermos, y su puntaje ha sido utilizado para observar los cambios en la calidad de vida debido a la enfermedad, para establecer valores pronósticos de la enfermedad y para valorar algunas intervenciones. A diferencia de otros instrumentos genéricos de medición de calidad de vida empleados en investigación clínica y epidemiológica como el Medical Outcome Study Short Form (MOSSF-36), el WHOQOL BREF no se centra en aspectos funcionales sino en el grado de satisfacción que el individuo tiene frente a diversas situaciones de su cotidianidad, por lo que es la escala de mayor solidez conceptual y metodológica.<sup>15</sup>

#### IV.4. Discapacidad

Conocer la enfermedad que padece un paciente requiere la aplicación del arte y la ciencia del diagnóstico. Este conocimiento ayuda a guiar las intervenciones terapéuticas y las estrategias de manejo. Además, puede ayudar a predecir el resultado o la predicción hasta cierto punto. A pesar de la importancia del diagnóstico, por sí solo no es suficiente para comprender el panorama general y la experiencia del paciente. El dicho «no existen enfermedades, sino pacientes» aplica en este contexto.<sup>14</sup>

Tan importante como el diagnóstico de la enfermedad es si la persona es capaz de trabajar y realizar las actividades diarias necesarias para cumplir con sus responsabilidades en el hogar, el trabajo, la escuela u otra esfera social. Para resumir la frase: «lo que las personas no pueden hacer cuando están enfermas», este aspecto varía mucho independientemente de la enfermedad involucrada. Los profesionales clínicos y sociales consideran la información sobre el funcionamiento (es decir, el desempeño objetivo en un área particular de la vida) y la discapacidad. Sin embargo, la medición adecuada de la función y la discapacidad ha sufrido durante mucho tiempo la falta de definiciones y herramientas coherentes. Definir la muerte y la enfermedad es fácil, pero definir la medida de la discapacidad es difícil.<sup>14</sup>

La discapacidad es un grave problema de salud. Cuando la carga de enfermedad se evalúa a nivel mundial, más de la mitad de la carga de mortalidad prematura se debe a la discapacidad total. En general, las personas acuden a los servicios de salud porque una enfermedad les dificulta hacer lo que hacían antes (es decir, porque tienen una discapacidad), no porque tengan una enfermedad.<sup>14</sup>

Los proveedores de atención médica consideran que una afección es clínicamente significativa si limita las actividades diarias de una persona y utilizan la información sobre la discapacidad como base para su evaluación y planificación.<sup>14</sup>

Desde una perspectiva de salud pública, la discapacidad se ha vuelto tan importante como la mortalidad. Si bien los avances en el cuidado de la salud han reducido la mortalidad, la longevidad que los acompaña ha aumentado en consecuencia el número de enfermedades crónicas que requieren un tratamiento constante y la aparición de necesidades especiales para el cuidado de los ancianos. La salud pública debe ir más allá de la mortalidad y considerar la discapacidad para establecer prioridades, medir resultados y evaluar la eficacia y eficiencia de los sistemas de salud.<sup>14</sup>

¿Por qué desarrollar un método para evaluar la discapacidad?

La discapacidad es difícil de definir y medir porque se relaciona con muchas áreas de la vida e involucra la interacción entre una persona y su entorno. El Proyecto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la Evaluación y la Clasificación del Funcionamiento Humano, la Discapacidad y la Salud reunió a representantes de más de 100 países, investigadores y usuarios en una colaboración internacional para producir la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) como marco de consenso. La CIF toma cada función de un individuo, a nivel del cuerpo, de la persona o de la sociedad, y establece una definición para su evaluación operacional, y define discapacidad como «una disminución en cada dominio de funcionamiento». Sin embargo, la CIF es impráctica para evaluar y medir la discapacidad en la práctica diaria. Por lo tanto, la OMS desarrolló el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad (WHODAS 2.0) con el objetivo de responder a esta necesidad y brindar una manera estandarizada de medir la salud y la discapacidad entre las culturas.<sup>14</sup>

## V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Esquizofrenia	Trastorno que afecta la capacidad de una persona para pensar, sentir y comportarse de manera lúcida.	Positivo Negativo	Nominal
Discapacidad	Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.	Sí No	Nominal
Calidad de vida	Se define cuando una persona hace referencia al conjunto de condiciones que contribuyen a su bienestar personal y social.	Positivo Negativo	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio.	Años cumplidos	Numérica
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece el individuo.	Masculino Femenino	Nominal
Ocupación	Interés a precisar la ocupación principal a que miembro del núcleo que aporta la mayor parte de ingresos familiares.	Estudiante Ama/o de casa Obrero Otros	Nominal

Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos y de normas morales para la conducta individual, social y rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.	Católica Evangélico Testigo de Jehová Mormón Ateo	Nominal
Estado civil	Condición con la que se encuentra la persona con relación al sexo opuesto.	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Nominal
Historia psiquiátrica familiar	Se define como los antecedentes psiquiátricos conocidos de la familia y trastornos del comportamiento.	Esquizofrenia Bipolar  Depresión Trastorno de la conducta	Nominal
Tiempo diagnosticado	Se caracteriza por pensamientos o experiencias que parecen estar desconectados de la realidad, habla o comportamientos desorganizados.	Sí  No	Numérica
Síntomas	Es la referencia subjetiva u objetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causado por un estado patológico o una enfermedad.	Delirios  Alucinaciones  Trastorno del pensamiento	Nominal

Cumplimiento del tratamiento	Es un concepto amplio que se refiere al grado con que el paciente sigue las indicaciones de su médico.	Sí No	Nominal
WHODAS 2.0	Cuestionario que incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud de cada paciente.	Ninguna Leve moderada Severa extrema	Ordinal
WHOQOL-BREF	Cuestionario que ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente.	Muy Mala  Regular  Normal  Bastante buena Muy buena	Ordinal

## VI. MATERIAL Y MÉTODOS

### VI.1. Tipo de estudio

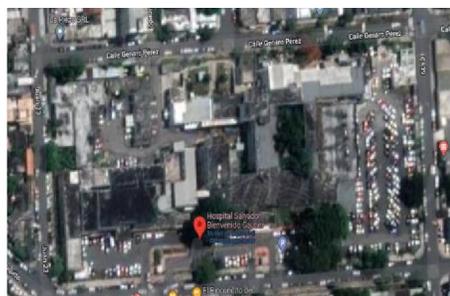
Se realizará un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal con el objetivo de determinar la discapacidad y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con Trastorno esquizofrénico en el Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022 - Noviembre, 2022. (Ver anexo VIII.1. Cronograma).

### VI.2. Área de estudio

El estudio tendrá lugar en el Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier el cual se encuentra ubicado en la calle Alexander Fleming 1, Ensanche la fe, Distrito Nacional, República Dominicana. Está delimitado, al sur, por la calle Alexander Fleming; al norte, por la calle Genaro Pérez; al este, por la calle 39 y al oeste, por la calle Juan 23. (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa cartográfico



Vista Aérea

### VI.3. Universo

El universo estuvo conformado por 1306 pacientes que acudieron a consulta de psiquiatría del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, Junio, 2022 -Noviembre, 2022.

### VI.4. Muestra

La muestra estuvo conformada por 50 pacientes diagnosticados con esquizofrenia que acudieron a consulta en el Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier en Junio, 2022 -Noviembre, 2022.

## VI.5. Criterios

### VI.5.1. De inclusión

1. Edad ( $\geq$  de 10 años).
2. Ambos sexos.
3. Pacientes diagnosticados con Esquizofrenia, según criterios de la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10) (DSM-5).

### VI.5.2. De exclusión

1. Barrera idiomática.
2. Que no quieran participar en el estudio.
3. Pacientes en estado psicótico.
4. Pacientes que no firmen el Consentimiento informado.

## VI.6. Instrumento de recolección de datos

Para recolectar los datos se elaboró un instrumento de recolección de datos sociodemográficos y otras variables de interés; además se utilizó preguntas de las escalas elaboradas por la organización mundial de la salud, (WHODAS 2.0 que recoge datos de medición de discapacidad) y (WHOQOL-BREF que recoge datos de medición de calidad de vida). (Ver anexo VIII.2. Instrumentos de recolección de datos).

## VI.7. Procedimiento

Se sometió el anteproyecto a la unidad de psiquiatría del Hospital Dr. Salvador B Gautier. Para la recolección de datos, en primer lugar, se informó el objetivo del estudio al paciente con trastorno esquizofrénico, mediante un consentimiento informado por escrito, se llevó a cabo las preguntas del (WHODAS 2.0) y (WHOQOL-BREF) dichas preguntas fueron introducidas y organizadas en un formulario físico hecho por los cursantes de manera que los datos de cada paciente quedarán almacenados para una mejor organización e interpretación de los datos. El Instrumento de recolección de datos fue llenado a través de una encuesta-entrevista

(WHODAS 2.0) y (WHOQOL-BREF). Esta fase fue ejecutada por los sustentantes durante Junio, 2022 - Noviembre, 2022 (ver anexo VIII.1 Cronograma).

#### VI.8. Tabulación

Los datos obtenidos fueron tabulados en programas computarizados como Microsoft Excel 2016 y Microsoft Word 2016. Los datos para ser presentados en gráficos en columnas, gráficos de barra y gráficos circulares.

#### VI.9. Análisis

Las informaciones obtenidas fueron analizadas mediante frecuencia simple. Las variables susceptibles de comparación fueron analizadas a través de la prueba de chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), considerándose de significación y estadística, cuando  $P < 0,05$ .

#### VI.10 Consideraciones éticas

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki<sup>11</sup> y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).<sup>12</sup> El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo se sometió a la revisión del Comité de Ética del Hospital Dr. Salvador B Gautier, a través de la Especialidad de Psiquiatría y de la coordinación de la Unidad de Investigación cuya aprobación será el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). Los mismos se manejarán con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por la investigadora.

Todos los datos recopilados en este estudio se manejaron con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos va a ser protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente trabajo de grado fue tomada en otros autores y fue justificada por su llamada correspondiente.

## VII. RESULTADOS

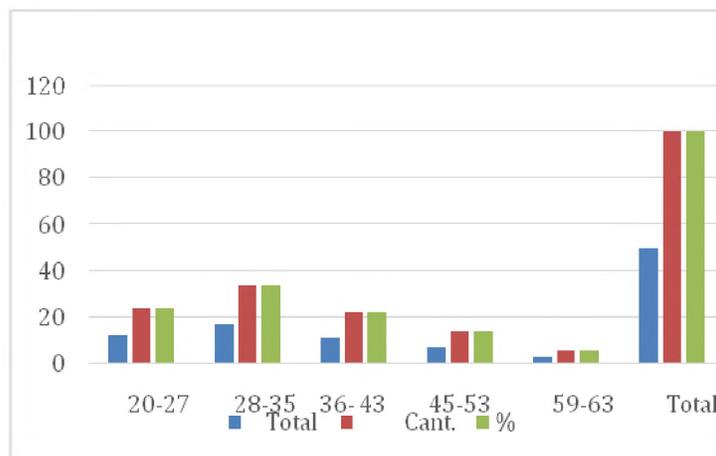
Tabla 1. Establecer la edad de los pacientes del estudio a partir de los 13 años en los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022.

Edad (años)	Frecuencia	%
10-19	0	0.0
20-27	12	24.0
28-35	17	34.0
36- 43	11	22.0
45-53	7	14.0
59-63	3	6.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Se estableció que la mayor frecuencia de pacientes diagnosticados con esquizofrenia que participaron en el estudio fue de 17 pacientes de 28 a 35 años para un 34 por ciento. Luego le sigue den 12 pacientes 20 a 27 años para un 24 por ciento, seguido de 11 pacientes con 36 a 43 años para un 22 por ciento.

Gráfico 1. Establecer la edad de los pacientes del estudio a partir de los 13 años en los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022.



Fuente: Tabla 1.

Tabla 2. Determinar el sexo de los pacientes estudiados, diagnosticados con trastorno esquizofrénico que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	24	48.0
Masculino	26	52.0
Total	50	100.0

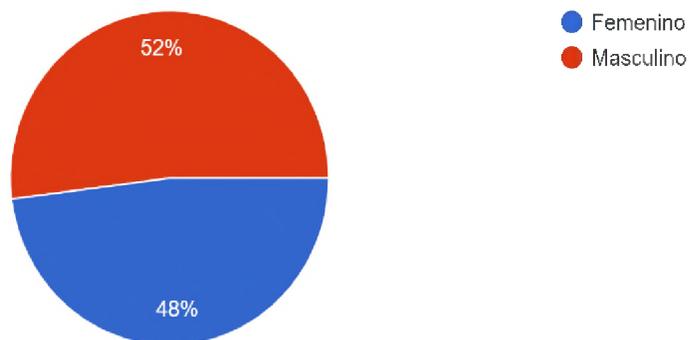
Fuente: instrumento de recolección de datos.

Se determinó que el sexo predominante de los participantes en nuestro estudio fue el masculino para un total de 26 pacientes representado un 52 por ciento, en cambio la frecuencia de pacientes femeninas fue de 24 pacientes para un 48 por ciento.

Grafico 2. Determinar el sexo de los pacientes estudiados, diagnosticados con trastorno esquizofrénico que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022.

Sexo:

50 respuestas



Fuente: Tabla 2.

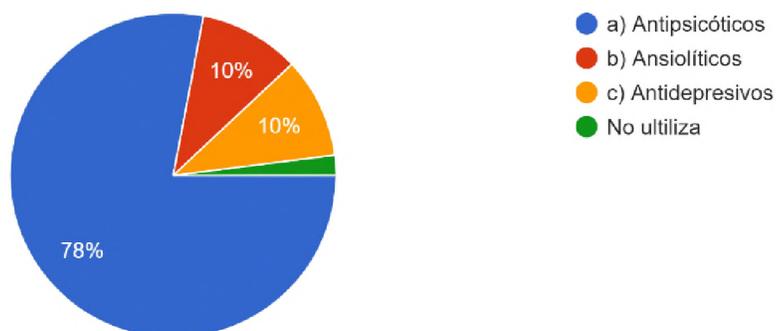
Tabla 3. Establecer el tipo de tratamiento utilizado en los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022.

Tipo de Medicamentos	Frecuencia	%
Antipsicóticos	39	78.0
Ansiolíticos	5	10.0
Antidepresivos	5	10.0
No utiliza	1	2.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Se estableció en nuestro estudio que los pacientes entrevistados tuvieron una frecuencia de 39 pacientes utilizando medicamentos antipsicóticos para un 78 por ciento, los que utilizan ansiolíticos con una frecuencia de 5, fueron de 10 por ciento y antidepresivos con frecuencia de 5, un 10 por ciento.

Gráfico 3. Establecer el tipo de tratamiento utilizado en los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022.



Fuente: Tabla 3.

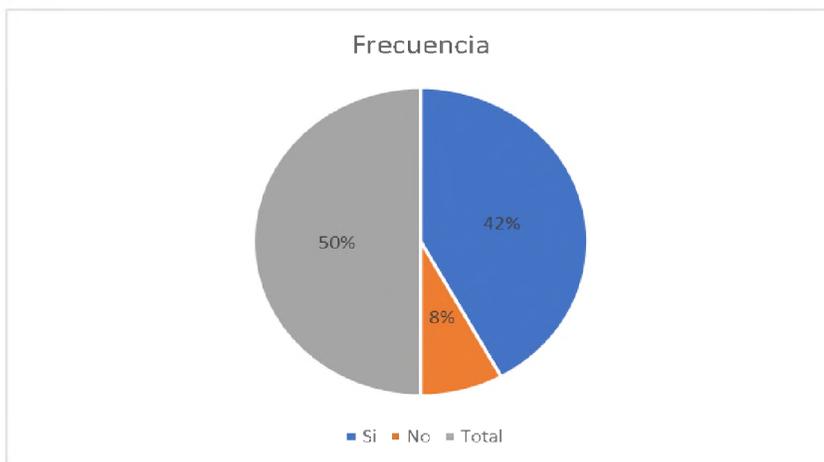
Tabla 4. Establecer si el tratamiento terapéutico le ha ayudado a vivir una vida normal, a los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022.

Ayuda de la Terapia	Frecuencia	%
Si	42	84.0
No	8	16.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Se estableció que 42 pacientes para un 84 por ciento, consideran que su actual medicación le ayuda a vivir una vida normal y 8 pacientes para un 16 por ciento corresponde a los pacientes que consideran que su actual medicación no le ayuda a vivir una vida normal.

Gráfico 4. Establecer si el tratamiento terapéutico le ha ayudado a vivir una vida normal, a los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022.



Fuente: Tabla 4.

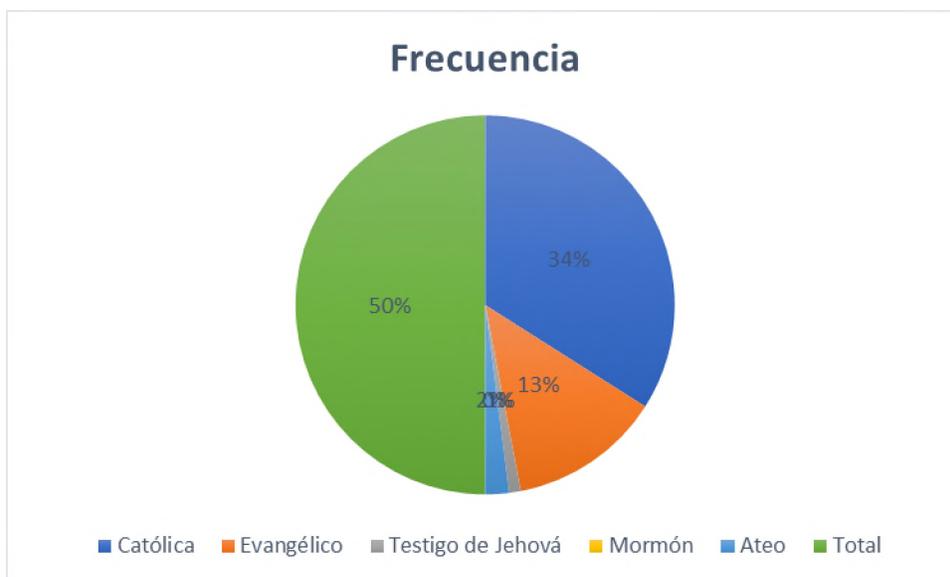
Tabla 5. Representación de las creencias religiosas de los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022.

Religión	Frecuencia	%
Católica	34	68.0
Evangélico	13	26.0
Testigo de Jehová	1	2.0
Mormón	0	0.0
Ateo	2	4.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Se evidencio que 34 pacientes refirieron ser católicos para el 68 por ciento y 13 pacientes refirieron ser evangélicos para el 26 por ciento.

Gráfico 5. Representación de las creencias religiosas de los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022.



Fuente: Tabla 5.

Tabla 6. Identificar el estado civil de los pacientes estudiados diagnosticados con trastorno esquizofrénico que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022.

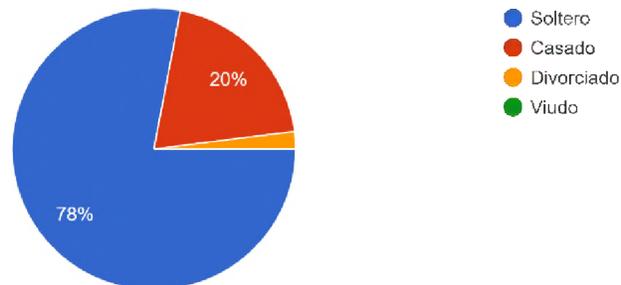
Estado civil	Frecuencia	%
Casado	10	20.0
Soltero	39	78.0
Divorciado	1	2.0
Viuda	0	0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Se evidencio que 39 pacientes estudiados refirieron ser solteros para un 78 por ciento, 10 pacientes refirieron ser casados para un 20.

Gráfico 6. Representación del estado civil de los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022.

Estado Civil:  
50 respuestas



Fuente: Tabla 6.

Tabla 7. Identificar si existe historia psiquiátrica familiar en los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022. ¿Tienes parientes con este trastorno?

Respuestas	Frecuencia	%
Sí	24	47.9
No	26	52.1
Total	50	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se identifico que 26 de los pacientes estudiados refirieron no tener historia psiquiátrica familiar, 24 pacientes refirieron que si tenían historia psiquiátrica familiar para un 47.9 por ciento.

Gráfico 7. Identificar si existe historia psiquiátrica familiar en los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022. ¿Tienes parientes con este trastorno?



Fuente: Tabla 7.

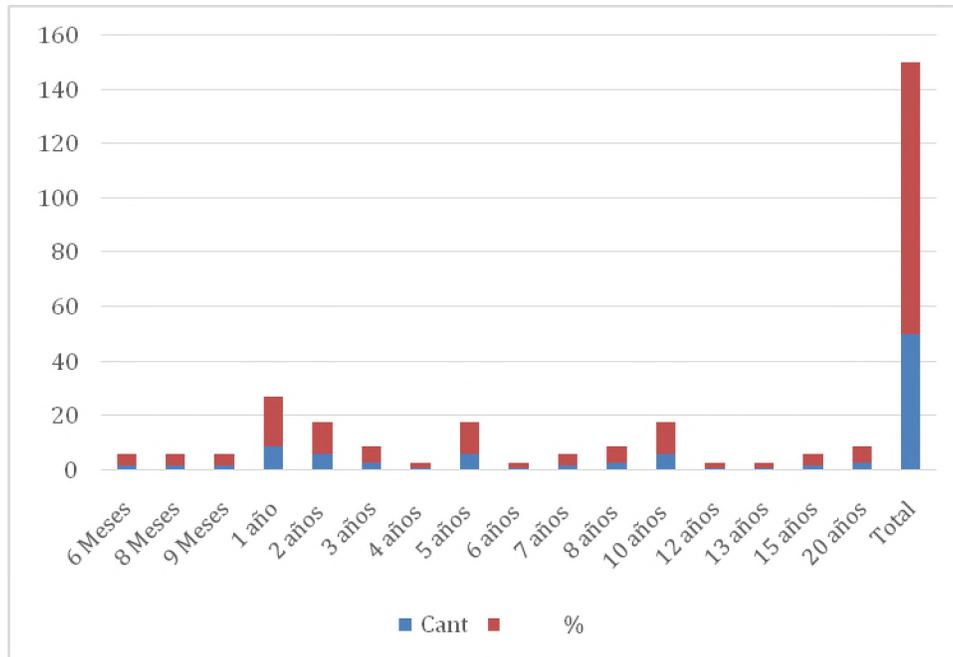
Tabla 8. Determinar el tiempo diagnosticado con trastorno esquizofrénico según el DMS-5 en los pacientes que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022.

Tiempo	Frecuencia	%
6 meses	2	4.0
8 meses	2	4.0
9 meses	2	4.0
1 año	9	18.0
2 años	6	12.0
3 años	3	6.0
4 años	1	2.0
5 años	6	12.0
6 años	1	2.0
7 años	2	4.0
8 años	3	6.0
10 años	6	12.0
12 años	1	2.0
13 años	1	2.0
15 años	2	4.0
20 años	3	6.0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se evidencio que 9 pacientes fueron diagnosticadas hace 1 año para un 18 por ciento, le siguen 6 pacientes que fueron diagnosticados hace 2 años para un 12 por ciento, 6 pacientes fueron diagnosticado hace 5 años para un 12 por ciento, 6 pacientes fueron diagnosticado hace 10 años para un 12 por ciento.

Gráfico 8. Determinar el tiempo diagnosticado con trastorno esquizofrénico según el DMS-5 en los pacientes que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022.



Fuente: Tabla 8.

Tabla 9. Determinar el grado de calidad de vida de los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico utilizando la escala de WHOQOL- BREF que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022.

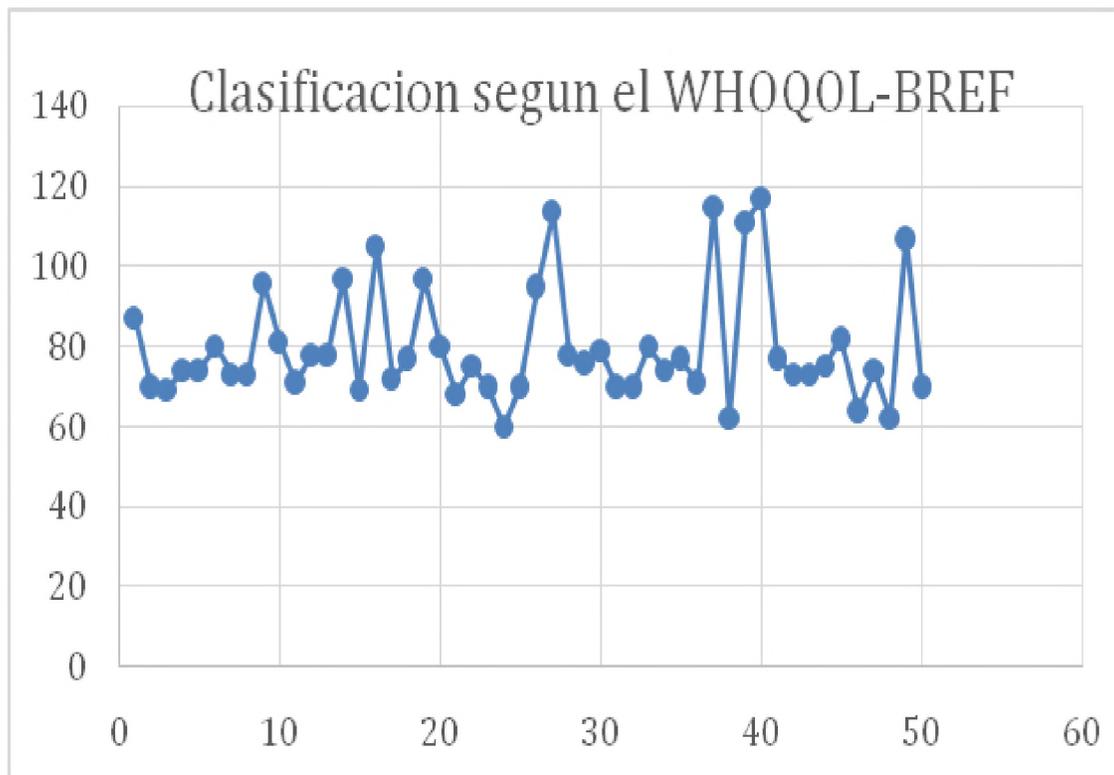
Numero de Paciente	Puntuación de la escala
1	87
2	70
3	69
4	74
5	74
6	80
7	73
8	73
9	96
10	81
11	71
12	78
13	78
14	97
15	69
16	105
17	72
18	77
19	97
20	80
21	68
22	75
23	70
24	60

25	70
26	95
27	114
28	78
29	76
30	79
31	70
32	70
33	80
34	74
35	77
36	71
37	115
38	62
39	111
40	117
41	77
42	73
43	73
44	75
45	82
46	64
47	74
48	62
49	107
50	70
<b>Media</b>	<b>79.8</b>

Fuente: Cuestionario versión 26 Preguntas, autoadministrable.

Según las respuestas de la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF nos dio una media como resultado de 79.8.

Gráfico 9. Determinar el grado de calidad de vida de los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico utilizando la escala de WHOQOL- BREF que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022.



Fuente: Tabla 9.

Tabla 10. Determinar el grado de discapacidad de los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico utilizando la escala de WHODAS 2.0 que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022.

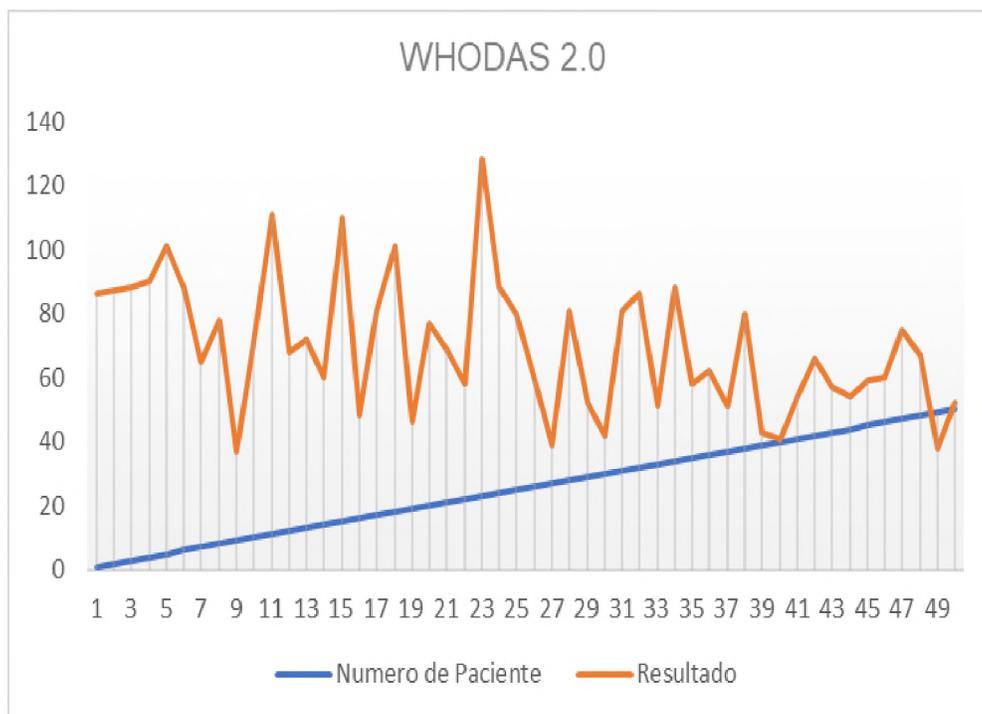
Numero de Paciente	Puntuación de la escala
1	86
2	87
3	88
4	90
5	101
6	88
7	65
8	78
9	37
10	71
11	111
12	68
13	72
14	60
15	110
16	48
17	81
18	101
19	46
20	77
21	69
22	58
23	128
24	88
25	80

26	59
27	39
28	81
29	52
30	42
31	81
32	86
33	51
34	88
35	58
36	62
37	51
38	80
39	43
40	41
41	54
42	66
43	57
44	54
45	59
46	60
47	75
48	67
49	38
50	52
<b>Media</b>	<b>68.3</b>

Fuente: WHODAS 2.0 Versión de 36-preguntas, Autoadministrable.

Según las respuestas de la escala de discapacidad WHODAS 2.0 nos dio una media de 68.3.

Gráfico 10. Determinar el grado de discapacidad de los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico utilizando la escala de WHODAS 2.0 que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022.



Fuente: Tabla 10.

## VIII. DISCUSIÓN

En este estudio participaron 50 pacientes, cada uno de ellos ha sido diagnosticado con trastorno esquizofrénico previo a la realización de este. La recolección de datos fue realizada en el periodo comprendido entre los meses de junio-noviembre 2022.

Las pacientes comprendían un rango de edad mayor o igual a los 18 años. En los resultados obtenidos de esta investigación, el 34 por ciento de los pacientes diagnosticados con trastorno esquizofrénico en el Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier tuvieron entre 28-35 años. Este resultado coincide con los datos epidemiológicos de la organización mundial de la salud (OMS) que dice que lo más frecuente es que aparezca al final de la adolescencia o entre los 20 y los 30 años.<sup>25</sup>

Se determinó que el sexo predominante de los participantes en nuestro estudio fue el masculino para un total de 26 pacientes representado un 52 por ciento, en cambio la frecuencia de pacientes femeninas fue de 24 pacientes para un 48 por ciento. A pesar de que coincide con los datos epidemiológicos de la OMS que refiere que es una enfermedad de predominio masculino, difiere de la literatura de Kaplan y Sadock que refiere que es la única enfermedad mental de amplio predominio masculino.<sup>24</sup>

Se estableció en nuestro estudio que los pacientes entrevistados tuvieron una frecuencia de 39 pacientes utilizando medicamentos antipsicóticos para un 78 por ciento, los que utilizan ansiolíticos con una frecuencia de 5, fueron de 10 por ciento y antidepresivos con frecuencia de 5, un 10 por ciento, coincidiendo con un estudio realizado por Kazuhiro Tajima, H Fernández, Juan José López-Ibor, José Luis Carrasco, M Díaz-Marsá para la revista española Actas de psiquiatría donde hablan de la gran eficacia de los antipsicóticos por décadas y de la necesidad que ha existido de crear otros derivados de los mismos.<sup>26</sup>

Se estableció que 42 pacientes para un 84 por ciento, consideran que su actual medicación le ayuda a vivir una vida normal y 8 pacientes para un 16

por ciento corresponde a los pacientes que consideran que su actual medicación no le ayuda a vivir una vida normal, no encontramos un estudio o publicación con la que pudiéramos comparar este dato.

Se evidencio que 34 pacientes refirieron ser católicos para el 68 por ciento y 13 pacientes refirieron ser evangélicos para el 26 por ciento. Difiere de otro estudio realizado en España llamado, estudio de seguimiento de 67 pacientes con primer episodio de esquizofrenia y su participación en actividades religiosas donde refieren las características de la práctica religiosa en una cohorte de 67 pacientes esquizofrénicos de primera admisión. Treinta por ciento de estos pacientes participaban en actividades religiosas, con una religión establecida o en un grupo marginal.<sup>27</sup>

Se evidencio que 39 pacientes estudiados refirieron ser solteros para un 78 por ciento, 10 pacientes refirieron ser casados para un 20. En concordancia con un estudio realizado en el departamento de investigaciones clínicas del instituto nacional de psiquiatría de la Fuente, llamado características demográficas asociadas a la conducta violenta en esquizofrenia, donde de 106 pacientes estudiados, 96 estaban solteros para un 90.56 por ciento.<sup>28</sup>

Se identifico que 26 de los pacientes estudiados refirieron no tener historia psiquiátrica familiar, 24 pacientes refirieron que si tenían historia psiquiátrica familiar para un 47.9 por ciento. Difiere de un estudio observacional y descriptivo llamado Factores asociados para el desarrollo de la Esquizofrenia y su incidencia en pacientes del Hospital San Juan de Dios, gestión 2012 donde el 71 por ciento de los pacientes refiere que en primer lugar la predisposición familiar y genética ocupa un 71 por ciento en los pacientes entrevistados.<sup>29</sup>

Se evidencio que 9 pacientes fueron diagnosticadas hace 1 año para un 18 por ciento, le siguen 6 pacientes que fueron diagnosticados hace 2 años para un 12 por ciento, 6 pacientes fueron diagnosticado hace 5 años para un 12 por ciento, 6 pacientes fueron diagnosticado hace 10 años para un 12 por ciento. No encontramos un estudio o articulo para comparar esta conclusión.

Según las respuestas de la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF nos dio una media como resultado de 79.8. Difiriendo con el estudio realizado en el departamento de filosofía y psicología de la universidad de Tarapacá, Arica, Chile referentes a los pacientes aymaras en el cuestionario de calidad de vida arrojaron una media de 103,5.<sup>30</sup>

Según las respuestas de la escala de discapacidad WHODAS 2.0 nos dio una media de 68.3. En otro estudio realizado en la universidad de Manizales en el 2012 La evaluación del grado de discapacidad usando el instrumento WHODAS II de 36 ítems, mostró un grado de discapacidad global moderado con una media de 46.82. Los dominios donde se evidenció mayor compromiso fueron la capacidad para moverse y el desempeño en las actividades de la vida diaria.<sup>31</sup>

## IX. CONCLUSIONES

Finalizada la presente investigación llegamos a las siguientes conclusiones:

- 1- En las características sociodemográficas de los pacientes estudiados diagnosticados con trastorno esquizofrénico que acuden a la consulta del Hospital Doctor Salvador Bienvenido Gautier. Junio, 2022- noviembre, 2022, se estableció que la mayor frecuencia de pacientes diagnosticados con esquizofrenia que participaron en el estudio fue de 17 pacientes de 28 a 35 años para un 34 por ciento, se determinó que el sexo predominante de los participantes en nuestro estudio fue el masculino para un total de 26 pacientes representado un 52 por ciento, se evidencio que 34 pacientes refirieron ser católicos para el 68 por ciento y se evidencio que 39 pacientes estudiados refirieron ser solteros para un 78 por ciento.
- 2- Respecto al tratamiento, se estableció en nuestro estudio que los pacientes entrevistados tuvieron una frecuencia de 39 pacientes utilizando medicamentos antipsicóticos para un 78 por ciento, se estableció que 42 pacientes para un 84 por ciento, consideran que su actual medicación le ayuda a vivir una vida normal.
- 3- En relación con la historia psiquiátrica familiar se identificó que 26 de los pacientes estudiados refirieron no tener historia psiquiátrica familiar.
- 4- Con relación al tiempo diagnosticado con trastorno esquizofrénico se evidencio que 9 pacientes fueron diagnosticados hace 1 año para un 18 por ciento.
- 5- Según las respuestas de la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF nos dio una media como resultado de 79.8.
- 6- Según las respuestas de la escala de discapacidad WHODAS 2.0 nos dio una media de 68.3.

## **X. RECOMENDACIONES**

Finalizada la presente investigación hacemos las siguientes recomendaciones:

1. Psicoeducar a los pacientes y los familiares sobre su trastorno.
2. Le exhortamos a los pacientes que cumplan con esquema terapéutico, ya que les beneficia para el cese de los síntomas.
3. Incentivar a que asistan a terapia familiar, ya que las intervenciones familiares han demostrado su eficacia en la disminución de recaídas psicóticas, en mejorar el clima familiar y el funcionamiento social.
4. Recomendar al ministerio de salud pública la creación de un programa gratuito para entregar los medicamentos a los pacientes de más escasos recursos.
5. Psicoeducar a la población de los signos y síntomas del trastorno esquizofrénico y de otras enfermedades mentales.
6. Tener empatía y ponerse en el lugar del paciente para entender su discapacidad.

## XI. REFERENCIAS

1. Enric JN, & Rafael H. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y salud*, 21(3), 205–219.
2. American psychiatric asociación. (2013). Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Medica Panamericana.
3. De L. A. Psiquiatría, A. P. & Abínzano, R. (s/f). Uba.ar. Recuperado el 8 de agosto de 2022.
4. La esquizofrenia. (n.d.). Instituto Nacional de Salud Mental (INSM). August 10, 2022, <https://www.nimh.nih.gov/salud/publicaciones/español/la-esquizofrenia>
5. Contreras P. (2021, May 18). Cómo afecta la esquizofrenia la calidad de vida de los pacientes. NotiPress. <https://notipress.mx/vida/entendiendo-a-la-esquizofrenia-mas-alla-del-diagnostico-7406>
6. Esquizofrenia MayoClinic.org. 2021 [citado el 26 de agosto de 2022]. Disponible en:<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseasesconditions/schizophrenia/diagnosis-treatment/drc-20354449>.
7. Terapia electroconvulsiva. (2021, MayoClinic.org. <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/electroconvulsive-therapy/about/pac-20393894>
8. Constanza-Peretto, M. Medina-Dvalos, R., & Calderon-Rivera, D. (2020). Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia, en un ámbito de tratamiento rehabilitatorio. *Salud Jalisco*, 6(Esp), 31–37. <https://www.medigraphic.com/cgi>.
9. Alejandra, P., & Andrade V. (2021). Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en tratamientos institucionalizado y ambulatorio. Universidad Nacional de Chimborazo.
10. Discapacidad. (s/f). Paho.org. Recuperado el 22 de septiembre de 2022, de <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>
11. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethical* 2015; VI (2): 321.
12. 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). Génova, 2017.
13. Wikipedia contributors. (s/f). Años de vida ajustados por discapacidad. Wikipedia, TheFreeEncyclopedia.  
[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=A%C3%B1os\\_de\\_vida\\_ajustados\\_por\\_discapacidad&oldid=140786022](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=A%C3%B1os_de_vida_ajustados_por_discapacidad&oldid=140786022)
  14. Organización Mundial de la salud, O.M. S (2010). Measuring health and disability WHODA 2.0.
  15. Jaiberth Antonio Cardona-Arias. Revista Cubana de Salud Pública. 2014;40(2):175-189 (S/f). Scielosp.org.
  16. Orsel, S., Akdemir, A., & Dağ, I. (2004). The sensitivity of quality-of-life scale WHOQOL-100 to psychopathological measures in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1), 57–61.
  17. Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., & Fernández-Dávila, P. (2012). Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia de ascendencia étnica aymara en el norte de Chile. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2).
  18. Urizar, A. C., & Giráldez, S. L. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20(4), 577-582.
  19. Pozón, S. R. (2014). La calidad de vida en pacientes con esquizofrenia y sus familias. Análisis bioético, conceptual y psicopatológico.
  20. Martell, H. C. (2014). Impacto de la esquizofrenia en la calidad de vida y desarrollo humano de pacientes y familias de una institución de atención en salud mental de la ciudad de Lima. In *Anales de salud Mental* (Vol. 30, No. 2).
  21. Avieres, A., & Valdebenito, M. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(2), 97-108.
  22. Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R., & Haro, J. M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 31(3), 477-489.

23. Galán Laureano, P., Alcántara Jiménez, C. M., Almánzar Rivera, G. C., & Savino de Jesús, I. M. (2019). Estigma asociado a la esquizofrenia con estudiantes de Ingeniería en Sistemas en dos universidades privadas de Santo Domingo.
24. Freedman, A. M., Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. Tratado de psiquiatría (7a. ed.).
25. Esquizofrenia. (n.d.). Who.int. Retrieved January 31, 2023, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
26. Tajima, K., Fernández, H., López-Ibor, J. J., Carrasco, J. L., & Díaz-Marsá, M. (2009). Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(6), 330-42.
27. Huguelet, P., Binyet-Vogel, S., Gonzalez, C., Favre, S., & McQuillan, A. (1998). Estudio de seguimiento de 67 pacientes con primer episodio de esquizofrenia y su participación en actividades religiosas. *European Psychiatry (Ed. Española)*, 5(1), 44-48.
28. Meyenberg, N., García-Anaya, M., Nicolini, H., & Apiquian, R. (2005). Características sociodemográficas asociadas a la conducta violenta en la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*, 33(3), 188-193.
29. Salguero Jiménez, L., & Soraide, J. (2012). Factores asociados para el desarrollo de la Esquizofrenia y su incidencia en pacientes del Hospital San Juan de Dios gestión 2012. *Revista Científica Ciencia Médica*, 15(2), 18-21.
30. Urizar, A. C., & Giráldez, S. L. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20(4), 577-582.
31. Arango Hoyos, G. P., Bolaños Roldán, A. M., & Fernández Hurtado, B. E. (2012). Calidad de vida y discapacidad en personas con esquizofrenia de la ciudad de Cali 2011.

## XII. ANEXOS

### XII.1. Cronograma

Variables		Tiempo: 2022-2022
Selección del tema		Mayo
Aprobación del tema		Junio
Búsqueda de referencias	2022	Junio
Elaboración del anteproyecto		Junio
Sometimiento y aprobación		Junio
Sometimiento de la encuesta-entrevista		Junio-Noviembre
Tabulación y análisis de la información	2023	Junio-Noviembre
Redacción del informe		Junio- Noviembre
Revisión del informe		Noviembre
Encuadernación		Noviembre
Presentación		Enero

XII.2. Instrumento de recolección de datos

DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO QUE ACUDEN A LA CONSULTA DEL HOSPITAL DR SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER JUNIO, 2022- NOVIEMBRE 2022.

1. Edad: \_\_\_\_\_ años

2. Sexo:

a. Femenino \_\_\_\_\_

b. Masculino \_\_\_\_\_

3. Estado civil:

a. Soltero \_\_\_\_\_

b. Casado \_\_\_\_\_

c. Divorciado \_\_\_\_\_

d. Viudo \_\_\_\_\_

4. ¿Aproximadamente en que tiempo le diagnosticaron Esquizofrenia? \_\_\_\_\_ años

5. ¿Qué tipo de trastorno esquizofrénico tiene?

a. Esquizofrenia paranoide \_\_\_\_\_

b. Esquizofrenia desorganizada \_\_\_\_\_

c. Esquizofrenia catatónica \_\_\_\_\_

d. Esquizofrenia indiferenciada \_\_\_\_\_

e. Esquizofrenia residual \_\_\_\_\_

f. Otro \_\_\_\_\_

5. ¿Tienes parientes con este trastorno?

a. Si \_\_\_\_\_

b. No \_\_\_\_\_

6. ¿Qué medicamentos utiliza?

a. Antipsicóticos

b. Ansiolíticos

c. Antidepresivos

d. No utiliza

7. ¿Le ayudan a vivir una vida relativamente normal estos medicamentos?

a. Si\_

b. No\_

8. ¿Del 1-10 que tanto puede realizar actividades cotidianas sin ayuda de un familiar?

a. 1 \_\_\_\_\_

b. 2 \_\_\_\_\_

c. 3 \_\_\_\_\_

d. 4 \_\_\_\_\_

e. 5 \_\_\_\_\_

f. 6 \_\_\_\_\_

g. 7 \_\_\_\_\_

h. 8 \_\_\_\_\_

i. 9 \_\_\_\_\_

j. 10 \_\_\_\_\_

### XII.3. WHODAS 2.0

#### ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD

Versión de 36-preguntas, Autoadministrable.

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
Comprensión y Comunicación						
D1.1	¿Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.2	¿Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.3	¿Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.4	¿Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.5	¿Entender en general lo que dice la gente?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.6	¿Iniciar o mantener una conversación?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)						
D2.1	¿Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.2	¿Ponerse de pie cuando estaba sentado(a)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.3	¿Moverse dentro de su casa?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.4	¿Salir de su casa?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.5	¿Andar largas distancias, como un kilómetro (o algo equivalente)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
Cuidado Personal						
D3.1	¿Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.2	¿Vestirse?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.3	¿Comer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.4	¿Estar solo(a) durante unos días?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Relacionarse con otras personas						
D4.1	¿Relacionarse con personas que no conoce?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.2	¿Mantener una amistad?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.3	¿Llevarse bien con personas cercanas a usted?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.4	¿Hacer nuevos amigos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.5	¿Tener relaciones sexuales?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Actividades de la vida diaria						
D5.1	Cumplir con sus quehaceres de la casa	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.2	¿Realiza bien sus quehaceres de la casa más importantes?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.3	¿Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Debido a su condición de salud en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para						
D5.5	¿Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.6	Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.7	¿Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D5.8	Acabar su trabajo tan rápido como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Participación en Sociedad						
En los últimos 30 días:						
D6.1	Cuánta dificultad ha tenido la para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.2	¿Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.3	¿Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.4	¿Cuánto tiempo ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de esta?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.5	¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.6	¿Qué impacto económico ha tenido usted o su familia su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido usted o su familia debido a su condición de salud?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido usted o su familia debido a su condición de salud?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

H1	¿En los últimos 30 días, durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	Anote el número de días
H2	En los últimos 30 días, ¿cuántos días fue no pudo realizar nada de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	Anote el número de días
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo realizar nada de sus actividades habituales, ¿cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	Anote el número de días

## XII.4. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

¿Cuándo nació? Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

¿Qué estudios tiene? Ninguno      Primarios      Medios      Universitarios

¿En la actualidad, está enfermo/a?      Sí      No

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5

7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5

11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5

22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

Gracias por su ayuda.

## XII.5. Consentimiento Informado

DISCAPACIDAD Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO QUE ACUDEN A LA CONSULTA EN EL HOSPITAL DR. SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER JUNIO, 2022-NOVIEMBRE, 2022.

Propósito: El propósito de esta investigación es completar una entrevista-cuestionario de manera presencial a los pacientes consultados con esquizofrenia para evaluar su discapacidad y la calidad de vida en el Hospital Dr. Salvador Bienvenido Gautier (HSBG), junio-noviembre 2022.

Riesgo: No hay ningún riesgo, por su participación en la investigación.

Costos: Su participación no implica ningún costo de su parte.

Confidencialidad. Tanto su información personal como su identidad serán mantenidas en privado.

Voluntariedad: La participación en este estudio es voluntaria y usted tiene derecho a retirarse en cualquier momento sin haber ningún cambio en la atención que recibirá de la institución. También tiene derecho a preguntar acerca del estudio antes de firmar el presente documento.

Derechos de los participantes: Usted tiene derecho a preguntar acerca de cualquier duda que tenga del estudio, antes de que firme el consentimiento.

Estoy de acuerdo ( ) o no estoy de acuerdo ( ), acuerdo en la participación de esta investigación, de la cual he sido informado/a, acerca de lo que trata y de su propósito. Responsables del estudio: Emile Arbaje Piantini; Emmanuel R. Rosario; Dr. Jonathan Bravo; Dr. Rubén Darío Pimentel.

Dado en Santo Domingo, D.N. \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Firma del entrevistado: \_\_\_\_\_

## XII.6. Costos y Recursos

VIII.6.1. Humanos				
2 sustentante				
2 asesores (metodológico y clínico)				
Personas que participaron en el estudio				
VIII.6.2. Equipos y materiales		Cantidad	Precio	Total
1/2 x 11)	Papel bond 20 (8	4 resmas	80.00	320.00
		4 resmas	180.00	720.00
	Papel Mistique	2 unidades	3.00	36.00
	Lápices	2 unidades	4.00	24.00
	Borras	2 unidades	3.00	36.00
	Bolígrafos	2 unidades	3.00	18.00
	Sacapuntas			
	Computador			
	Hardware:			
	Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x Impresora HP 932c Scanner: Microteck 3700			
Software:				
Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omni page Pro 10 Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0				
Presentación:				
Sony SVGA VPL-SC2 Digital data proyector	2 unidades	600.00	1,200.00	
Cartuchos HP 45 A y 78 D	4 unidades	200.00	150.00	
Calculadoras				
VIII.6.3. Información				
bibliográficas  referencias)	Adquisición de libros			
	Revistas Otros documentos Referencias  (ver listado de			
VIII.6.4. Económicos*				
	Papelería (copias)	1200 copias	00.35	420.00
	Encuadernación	12 informes	300.00	3600.00
	Alimentación			6000.00
	Transporte			25000.00
	Inscripción al curso			15,000.00
	Inscripción de anteproyecto			
	Inscripción de la tesis			
	Subtotal			
	Imprevistos 10%			
Total				\$52,524

XII.7. Evaluación

  
Emile Arbaje Piantini

Sustentantes:   
Emmanuel R. Rosario

Asesores:

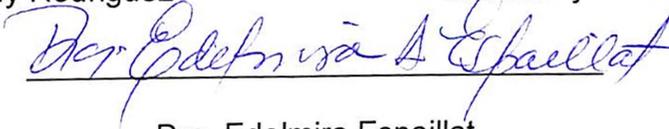
  
Dra. Claridania Rodriguez  
(Metodológico)

  
Dr. Jonathan Bravo  
(Clínico)

Jurado:

  
Dra. Cindy Rodriguez

  
Dra. Kersy Medina

  
Dra. Edelmira Espaillat

  
Dra. Claudia María Scharf  
Directora Escuela de Medicina



Autoridades:

  
Dr. William Duke  
Decano Facultad de Ciencias de la Salud



Fecha de presentación: 27/01/2023

Calificación: 100 - A