

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

CARGA DEL CUIDADOR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD
MENTAL DEL HOSPITAL GENERAL DOCTOR VINICIO CALVENTI.
SEPTIEMBRE, 2022 – MAYO, 2023.



Trabajo de grado presentado por Francesca María Socorro Javier
para optar por el título de:
DOCTOR EN MEDICINA

Distrito Nacional: 2023

CONTENIDO

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	11
I.1. Antecedentes	12
I.2. Justificación	14
II. Planteamiento del problema	15
III. Objetivos	16
III.1. General	16
III.2. Específicos	16
IV. Marco teórico	17
IV.1. Esquizofrenia	17
IV.1.1. Historia	17
IV.1.2. Definición	22
IV.1.3. Etiología	22
IV.1.4. Clasificación	24
IV.1.5. Fisiopatología	26
IV.1.6. Epidemiología	27
IV.1.7. Diagnóstico	29
IV.1.7.1. Clínico	30
IV.1.7.2. Imágenes	31
IV.1.8. Diagnóstico diferencial	32
IV.1.9. Tratamiento	37
IV.1.9.1. Psicoterapia	41
IV.1.9.2. Terapia Electroconvulsiva	42
IV.1.9.3. Adherencia al tratamiento	45
IV.1.9.4. Carga del cuidador	47
IV.1.9.5. Salud mental	48

IV.1.9.6 Síndrome de sobrecarga del cuidador	49
IV.1.10. Complicaciones	50
IV.1.11. Pronóstico y evolución	50
IV.1.13. Prevención	51
V. Operacionalización de las variables	52
VI. Material y métodos	55
VI.1. Tipo de estudio	55
VI.2. Área de estudio	55
VI.3. Universo	55
VI.4. Muestra	55
VI.5. Criterio	56
VI.5.1. De inclusión	56
VI.5.2. De exclusión	56
VI. 6. Instrumento de recolección de datos	56
VI. 7. Procedimiento	56
VI.8. Tabulación	57
VI.9. Análisis	57
VI.10. Aspectos éticos	57
VII. Resultados	59
VIII. Discusión	72
IX. Conclusiones	76
X. Recomendaciones	78
XI. Referencias	79
XII. Anexos	87
XII.1. Cronograma	87
XII.2. Instrumento de recolección de datos	88
XII.3. Consentimiento informado	91
XII.4. Costos y recursos	92
XII.5. Evaluación	93

AGRADECIMIENTO

A Dios por bendecirme con su amor, por demostrarme día tras día que soy su hija predilecta, porque durante toda mi trayectoria siempre me cubriste con tu manto protector y tu gracia, por ser el que siempre ha guiado mis pasos y porque gracias a ti hoy en día estoy donde estoy, porque nunca me has desamparado y por eso te doy toda la honra y la gloria.

A mi familia por siempre brindarme su apoyo incondicional, porque siempre me han demostrado lo orgullosos que están de mí, gracias a su amor absoluto y a la confianza que depositan en mí, hoy en día soy quien soy, ustedes son el pilar de mi vida y le doy infinitas gracias a Dios porque me bendijo con la mejor familia de todo el mundo, hoy les puedo devolver un poco de lo que me han dado convirtiéndome en la persona que siempre me motivaron a ser y entregando este logro, los amo.

A mis compañeros Wanda Toribio , Luis Pimentel y Bella Socorro, los cuales siempre estuvieron a mi lado y me enseñaron que siempre podía dar más de mí, sin ustedes no hubiese sido lo mismo este trayecto, solo me queda decirle que los quiero y sobre todo gracias por acompañarme durante este largo viaje de vida.

A todos los docentes que depositaron sus conocimientos en mí, que me impulsan a ser mejor y que confiaron en mis habilidades les doy las gracias, por todos los que se detuvieron y me llenaban con sus consejos y pensamientos sobre mi persona, ustedes con simples palabras lograron motivarme aún más, a mis asesores por siempre darme un voto de confianza y por ser parte de este proceso.

A mi alma mater la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña por ser la base de mi formación.

Francesca Maria Socorro Javier.

DEDICATORIA

A Dios, porque me permitiste llegar a este punto y me llenas con tu gracia y tu misericordia, se que bajo tu guía esto es solo el inicio de todas las bendiciones que permitirás que ocurran en mi vida.

A mi madre Ada Luz Calderón, por ser mi motor, mi guía, por ser la perfecta definición de apoyo, porque me acogiste en tus brazos y me dabas las palabras de aliento en los momentos que me sentía abrumada, por siempre decirme que soy tu orgullo sin saber que mi orgullo es tener una madre como tú, las palabras se quedan cortas para expresar toda la gratitud que siento hacia ti por siempre estar incondicionalmente cuando te necesite te amo con todo mi ser y solo me queda decirte gracias sin ti no sería la persona que soy hoy.

A mi padre Fidas Federico Aristy por ser mi mayor ejemplo, gracias le doy a Dios por bendecirme con un padre excepcional, amoroso, honrado, bondadoso y que me llena de valores, gracias por su apoyo incondicional, por enseñarme cual es el camino correcto en la vida y por guiarme hacia él, no tengo palabras para describir la gratitud que siento hacia usted, sin su apoyo y confianza no estaría donde estoy hoy y tampoco sería la persona que soy hoy. Mi mayor logro es hacerlo sentir orgulloso de mí, a usted le dedico este título de Doctor en Medicina y solo me queda decirle gracias por confiar en mí, lo amo.

A mi abuela Luz Francisca Calderón por ser mi segunda madre, por siempre brindarme su amor incondicional y por demostrarme lo orgullosa que está de mí, por todo eso le doy las gracias, la amo.

A mi hermano Max Alfonso Socorro porque siempre estuviste cuando te necesite y nunca supiste decirme que no, con tus cortas palabras me motivas a ser mejor y mi meta era ser mejor para hacerte sentir orgulloso, gracias por tu apoyo incondicional, Dios me bendijo con un maravilloso hermano y ese es una de mis grandes bendiciones, te amo.

A mis tíos Federico Arturo Aristy y Gandhi Russel Aristy por ser unos de mis ejemplos a seguir, por demostrarme su amor incondicional y por ser como mis segundos padres, estoy más que agradecida con Dios de tenerlos en mi vida y de hacerlos sentir orgullosos con este logro, los amo.

A mis tías, Gladys Calderón y Ana Calderón y a mis tíos Pedro Calderón y José Calderón por siempre estar cuando los necesite, aún en la distancia sentí su amor incondicional, gracias por su apoyo y sus palabras las cuales siempre llenan de amor mi corazón, las amo con todo mi ser y gracias por ser parte de este logro.

A mi compañera de tesis, Bella Rogelina Socorro porque Dios no pudo mandarme a alguien mejor que usted, gracias por siempre estar, por su apoyo desmedido y por ser una parte tan importante de este proceso, este logro es suyo también, porque nadie es mejor que el team socorro.

A mis asesores, la Doctora Kersy Medina Feliz y el Doctor Rubén Darío Pimentel por ser parte vital de este proceso y por ayudarme a culminar esta meta, gracias a ambos y muchas bendiciones.

Me despido con una frase que marcó mi trayectoria, la cual dice “no midas tu tiempo con relojes ajenos”, siempre debes ir a tu ritmo sabiendo que el tiempo de Dios es perfecto, en esta carrera debes enfocarte siempre en ti y tus objetivos sin importar el tiempo que te tome cumplirlos y veras que al final todo habrá valido la pena.

Francesca Maria Socorro Javier.

RESUMEN

La esquizofrenia es una de las enfermedades psiquiátricas más complejas y devastadoras, la cual se describe por tener alteraciones cognitivas, afectivas y del comportamiento. En la mayoría de los casos las familias experimentan un desgaste tanto en su salud emocional, social y física, ya que desempeñan un papel de suma importancia en el cuidado de una persona con esquizofrenia. La adherencia al tratamiento a pesar de los avances, sigue siendo un problema ya que puede influir un nivel bajo de educación que afecte la adherencia al tratamiento, o la interrupción del tratamiento, por lo que la presente tesis tuvo como objetivo determinar la carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022- Mayo, 2023. La metodología fue ejecutada mediante un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal, el cual se llevó a cabo mediante una encuesta entrevista, como método de recolección de datos con una muestra fue de 70 pacientes con sus cuidadores.

Mediante los resultados se determinó que 33 de los 70 cuidadores se sienten sobrecargados en algunas ocasiones, la edad que más prevalece y presenta mayor porcentaje de carga es la comprendida entre los 40 y 49 años con 28,5 por ciento, 32 pacientes demostraron que tienen una buena toma de la medicación, aquellos cuidadores que reconocen que su salud se ha visto afectada por la carga equivalen a 47,1 por ciento, de los pacientes estudiados un 24,3 por ciento presentan crisis con mayor frecuencia. En un 50 por ciento los pacientes heredaron la carga genética vía materna, por lo que se obtuvo como conclusión que el 47,1 por ciento de los cuidadores expresaron sentirse sobrecargados en algunas ocasiones, determinamos que un 57 por ciento de los pacientes se toman la dosis prescrita por su médico, mientras que el 42,8 por ciento no lo hace, se destaca que 60% de los pacientes tienen adherencia a tratamiento.

Palabras clave: Esquizofrenia, Carga del cuidador, Adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

Schizophrenia is one of the most complex and devastating psychiatric illnesses, which is described as having cognitive, affective and behavioral disturbances. In most cases, families experience wear and tear on their emotional, social and physical health, since they play a very important role in the care of a person with schizophrenia. Adherence to treatment, despite the advances, continues to be a problem since a low level of education can influence adherence to treatment, or treatment interruption, so the objective of this thesis was to determine the burden of the caregiver and adherence to treatment in patients with schizophrenia treated in the mental health department of the Dr. Vinicio Calventi General Hospital. September, 2022- May, 2023. The methodology was executed through a descriptive, observational, prospective and cross-sectional study, which was carried out through an interview survey, as a data collection method with a sample of 70 patients with their caregivers. .

Through the results, it was determined that 33 of the 70 caregivers feel overloaded on some occasions, the age that prevails the most and presents the highest percentage of burden is between 40 and 49 years with 28.5 percent, 32 patients demonstrated that they have a good taking of the medication, those caregivers who recognize that their health has been affected by the burden are equivalent to 47.1 percent, of the patients studied, 24.3 percent present crises more frequently. In 50 percent of the patients inherited the genetic load via the mother, so it was concluded that 47.1 percent of the caregivers expressed feeling overloaded on some occasions, we determined that 57 percent of the patients take the dose prescribed by their doctor, while 42.8 percent do not, it is worth noting that 60% of patients adhere to treatment.

Keywords: Schizophrenia, Caregiver burden, Adherence to treatment

I. INTRODUCCIÓN

Esta investigación obtuvo como objetivo determinar la carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022- Mayo, 2023.

La esquizofrenia es una de las enfermedades psiquiátricas más complejas y devastadoras,¹ caracterizada por ser más o menos incapacitante, la cual se describe por tener alteraciones cognitivas, afectivas y del comportamiento, todas ellas con un aspecto extravagante.²

Por lo antes ya expuesto si el paciente no está consciente de esta enfermedad se convierte en una persona con dependencia de un cuidador, por no poder realizar actividades que son comunes en la vida, asumiendo en un 85 por ciento de la responsabilidad la familia, ya que esta desempeña un papel de suma importancia en el cuidado de una persona con esquizofrenia enfrentando un sinnúmero de desafíos asociados a esta enfermedad. En la mayoría de los casos las familias experimentan un desgaste tanto en su salud emocional, social y física.

Es de vital importancia tener conocimiento para así poder brindarles las guías necesarias para crear un ambiente que favorezca tanto con la recuperación del paciente, como también para facilitarle el trabajo al cuidador. La principal problemática es que la mayoría de los pacientes con esquizofrenia tienen una gran dificultad para seguir las sugerencias sobre el tratamiento siendo esta la mayor dificultad para los departamentos de servicio de salud, afectando particularmente al tratamiento de dicha enfermedad.

En el Hospital General Dr. Vinicio Calventi los pacientes con esquizofrenia permanecen al cuidado de los familiares ya que los mismos carecen de recursos para poder contratar a una persona que se haga cargo del paciente.

I.1. Antecedentes

Internacionales:

En el año 2017 Medellín, Colombia se realizó un estudio sobre los Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario, se realizaron preguntas sobre características sociodemográficas y sobre el cuidado para establecer algunas características que pudieran estar asociadas a la sobrecarga. Se utilizó la escala Zarit que permite cuantificar el grado de sobrecarga que tienen los cuidadores de personas dependientes, fue creada en 1983 por Zarit S, Orr N y Zarit J. En donde el 92,6 por ciento de los cuidadores eran mujeres, la edad promedio fue de 57 años, siendo la edad más frecuente 60 años, Se identificó una prevalencia de sobrecarga intensa de 19,4 por ciento, sobrecarga leve de 20,3 por ciento y el 60,3 por ciento no tenían sobrecarga. En cuanto a la percepción de salud, se encontró que el 59,3 por ciento de los cuidadores con sobrecarga la considera regular, el 7,4 por ciento mala y el 33,3 por ciento manifestaron percibir un buen estado de salud, con este estudio se concluye que el abandono de actividades para dedicarse al cuidado y la falta de capacitación son características asociadas a la hora de plantear acciones que busquen el mejoramiento de la calidad de vida tanto del cuidador como del sujeto de cuidado.³

Los individuos que padecen esquizofrenia son menos proclives a requerir asistencia que el resto de la población. La esquizofrenia es un trastorno mental de larga evolución y complicado el cual perturba a todos los países, incluyendo los grupos socioeconómicos y culturales de la misma forma.⁴ En cuanto a la prevalencia se dice que es muy similar a nivel mundial, afecta a 1 de cada 100 personas, y los síntomas como los delirios, la falta de respuesta emocional, el aislamiento social, apatía o depresión pueden ser graves llevando a incapacitar y a limitar a los pacientes en su vida diaria. En España existen 600.000 personas con criterios diagnósticos de esquizofrenia o trastornos asociados, lo que simboliza entre un 0,8 por ciento y un 1,3 por ciento de la población.⁵

En México aproximadamente 500 mil personas padecen esquizofrenia. Esta cifra puede parecer insignificante, pero si la comparamos con los 110 millones de habitantes que tenemos en total, resulta significativa, pero este padecimiento

tiene un alto impacto ya que por ser de de larga duración y crónico conlleva a un tratamiento el cual es muy costoso, ya que los pacientes por sus recaídas constantes ameritan hospitalización de 3 a 4 veces en al año.⁶

La adherencia al tratamiento se ha constituido como una problemática de salud pública y, como destaca la organización mundial de la salud las intervenciones para descartar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un mecanismo central de los esfuerzos para perfeccionar la salud de la población y para precisar un enfoque multidisciplinar. Los fármacos son uno de los recursos vitales terapéuticos para preservar la salud. Sin embargo, sus beneficios pueden verse alterados por incumplimiento del paciente. Según los datos aportados por el doctor Javier Soto, del Departamento de Farmacoeconomía de Pfizer, la mala adherencia es responsable de entre el 5 y 10 por ciento de los ingresos hospitalarios, de 2,5 millones de urgencias médicas y 125.000 fallecimientos al año en Estados Unidos. De hecho, los costos de hospitalización por mala adherencia representan cerca 13.350 millones de dólares en Estados Unidos, lo que constituye el 1,7 por ciento de su gasto sanitario.⁷

Nacionales:

En la atención de salud mental se desarrolló anteriormente en la República Dominicana con base en un modelo de asilo institucional. Posteriormente, los servicios psiquiátricos se extendieron gradualmente con el establecimiento de unidades de salud mental ambulatoria y comunitaria, así como la hospitalización a corto plazo en algunos hospitales generales.

En el 2018, ocurrieron un total de 2,348 ingresos por algún trastorno psiquiátrico, los cuales ocurrieron cerca de 200 mil servicios ambulatorios tipo consulta. Reveló que las enfermedades mentales son una problemática tanto de salud pública como social, la cual exige la contribución de todos. Destacó que la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que en algún momento de su vida una de cada cuatro personas sufrirá un trastorno mental.⁸

1.2. Justificación

La esquizofrenia es una de las causas más importantes de discapacidad la cual perjudica en su totalidad tanto la vida del paciente como la vida del cuidador o familiar. En esta patología la familia juega un papel muy importante en el desarrollo de cualquier enfermedad en el sentido de que brinda los cuidados, el apoyo y la ayuda para seguir las recomendaciones de tratamiento. Los pacientes con esquizofrenia que no cumplen con la adherencia al tratamiento ya sea por convicción propia, conllevan a un cuidado más riguroso y complicado. Por eso los familiares son la clave para el cuidado adecuado del paciente, ya que pueden prevenir o habilitar el detrimento de la enfermedad, una persona que padece trastornos de salud mental se limita a sus actividades diarias, en donde hacemos énfasis especialmente en la toma del medicamento, por lo que un familiar se hace cargo de la necesidad de tratamiento. Un sin número de los pacientes presentan comportamientos violentos, los cuales pueden llegar a crear una dificultad en el cuidado por parte del familiar, los cuales tienen que dividir su tiempo entre el trabajo, las tareas del hogar y el cuidado de los niños, esta acumulación de actividades pueden estresar al cuidador provocando un deterioro en su salud. Este estudio confirma la validez y confiabilidad empírica del instrumento.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la mayoría de los casos, un miembro de la familia es responsable del cuidado de una persona con esquizofrenia, que a menudo son los padres, el cónyuge, el hijo, el hermano o la tía del paciente, o quien se ocupa de las necesidades del paciente, lo cual es una tarea ardua. Sin embargo, se ha observado en innumerables ocasiones que cuando se consideran todas las demandas del paciente se van a un segundo plano las necesidades del cuidador. Dependiendo de la condición del paciente se determina la carga del cuidador, que para algunos es ligera y para otros demasiado pesada para que la maneje una sola persona.

En lo referente a la adherencia al tratamiento encontramos que aunque existen avances marcados en relación a los antipsicóticos este sigue siendo un problema tanto para los profesionales sanitarios como para los familiares, cabe destacar que puede influir negativamente un nivel bajo de educación en la adherencia al tratamiento, de igual forma la interrupción abrupta del tratamiento ya sea causa del paciente o por decisiones propia del cuidador, conlleva a una mala adherencia. Tomando en cuenta todo lo antes expresado, surge la siguiente interrogante de la investigación: ¿Cuál es la carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022- Mayo, 2023?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar la carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental de psiquiatría del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022- Mayo, 2023.

III.2. Específicos

1. Determinar las características sociodemográficas.
2. Establecer la relación entre la carga del cuidador y la toma del medicamento.
3. Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y el impacto del cuidador en pacientes con esquizofrenia.
4. Comprobar la cantidad de crisis que presenta el paciente y cuáles son los factores desencadenantes.
5. Determinar la relación entre la carga del cuidador y el periodo de tiempo que lleva el paciente con el tratamiento.
6. Determinar la historia psiquiátrica familiar.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Esquizofrenia

IV.1.1 Historia

Progresivamente el término esquizofrenia hace referencia a mente dividida (mente escindida). Ya en el año 1400 a.c Ayur Veda de la antigua India se describe un comportamiento que podría relacionarse con la esquizofrenia de hoy y para la cual se le recomendaba meditación y técnicas de encantamiento para su terapéutica. A través de la historia existieron descripciones de síntomas comúnmente vistos en personas con esquizofrenia en la actualidad. Los médicos griegos describieron paranoia, delirios de grandeza, trastornos de la personalidad y deterioro de las funciones cognitivas, pero no fue hasta el siglo XIX que esta patología fue merecedora de investigación y tratamiento. Pinel (1755 - 1826) desempeñó un papel significativo.⁹

El concepto de esquizofrenia nunca ha sido unitario y las concepciones de la enfermedad han reflejado diferentes modelos psicopatológicos sobre los síntomas y su origen. Emil Kraepelin enfatizó el aspecto deficitario de las funciones psíquicas afectadas, Eugen Bleuler la desorganización del pensamiento y la afectividad, y Kurt Schneider el valor de las experiencias psicóticas psicológicamente incomprensibles.¹⁰

Bleuler desdibuja el concepto de entidad nosológica mediante la ampliación de dicho concepto (que denomina el grupo de las esquizofrenias) y describe otros trastornos ligados fenomenológica y etiológicamente a la esquizofrenia: la esquizofrenia simple (forma atenuada de la esquizofrenia), la esquizoide (trastorno de la personalidad similar al actual trastorno esquizotípico) y la esquizotimia (variante de la normalidad). Como puede apreciarse, la concepción de la esquizofrenia como entidad nosológica no puede mantenerse desde el punto de vista histórico y revela el problema de la diferenciación de la esquizofrenia de otros trastornos psicóticos, trastornos no psicóticos e incluso de la normalidad. Una visión radicalmente dimensional de la esquizofrenia y de la psicosis maníaco-depresiva ya fue después de la estrecha observación de un gran número de pacientes a lo largo de extensos períodos de tiempo, estaba

convencido de que para definir la esquizofrenia arrollada por Eysenck⁵ a mediados del siglo pasado.¹¹

Sin embargo, a instancias de Eugen Bleuler (1857-1939), se cambió la denominación de demencia precoz por la de esquizofrenia, quien también afinó su habilidad clínica y diagnóstica a través de un importante estudio transversal de los síntomas con su curso y desenlace. Recalcó que la anormalidad fundamental y unificadora en la esquizofrenia era el deterioro cognitivo, al cual metafóricamente conceptualizó como una disociación o una relajación en la "fábrica de pensamientos". Por este motivo pensaba que el "trastorno del pensamiento" era el síntoma esencial y patognomónico de la esquizofrenia y denominó la enfermedad a partir de este síntoma como esquizofrenia, es decir, división de la capacidad mental. Bleuler también creía que el aplanamiento afectivo, el pensamiento peculiar y distorsionado (autismo), la abulia, el deterioro atencional y la decisión conceptual (ambivalencia) eran prácticamente de la misma importancia. A este grupo de síntomas se refirió como al "fundamental", mientras que otros síntomas tales como los delirios y las alucinaciones los consideró "accesorios" ya que también podían darse en otros trastornos como en la enfermedad maniaco-depresiva. Las ideas de Bleuler adquirieron una aceptación creciente tras la publicación en 1911 del que es su clásico como libro de texto, *Dementia Praecox, or the Group of Schizophrenias*, y que durante décadas constituyó la descripción estándar de la esquizofrenia en la mayor parte de Europa, incluyendo Inglaterra, y en los Estados Unidos. Varias generaciones de psiquiatras aprendieron a recitar las "Cuatro A" de Bleuler (en ocasiones extendidas a cinco o seis si se quería reflejar de forma más fidedigna lo que Bleuler propugnó): asociaciones, afecto, autismo y ambivalencia. De entre ellas se consideraba la más importante el trastorno del pensamiento, o las asociaciones laxas. A diferencia de los delirios y las alucinaciones, los síntomas bleulerianos fundamentales forman un continuo con la normalidad y pueden presentarse en formas relativamente moderadas, y algunos de ellos, tal como la ambivalencia, pueden encontrarse corrientemente incluso en individuos normales. En consecuencia, a medida que la psiquiatría cobraba ímpetu y se

consolidaba durante el período de la posguerra y durante las décadas de los cincuenta y los sesenta, fueron desarrollándose una definición y una conceptualización cada vez más amplias de la esquizofrenia. Este fenómeno ocurrió especialmente en los Estados Unidos, donde conceptos tales como "esquizofrenia latente" y «esquizofrenia pseudoneurótica» venían siendo prominentes.¹²

En el Estudio Piloto Internacional sobre la Esquizofrenia (International Pilot Study of Schizophrenia IPSS; World Health Organization, 1975), en el que se estudió la esquizofrenia en nueve países, se puso de manifiesto que en siete de los nueve países se utilizaban criterios similares, pero en los Estados Unidos y en la Unión Soviética los criterios eran más amplios. En el contexto de estos estudios, surgió el interés por la fiabilidad diagnóstica que condujo a la creación de entrevistas estructuradas como el Present State Examination (PSE; Wing y col., 1967). Las entrevistas estructuradas requerían una definición de los síntomas que asegurara mayor acuerdo entre dos clínicos distintos. Los síntomas bleulerianos no se ajustaron a tales técnicas debido a su amplitud e imprecisión. En cambio, el uso de los delirios y las alucinaciones como características definitorias ponía el énfasis en fenómenos claramente discontinuos de la normalidad y que son relativamente fáciles de identificar. El PSE ayudó a introducir los conceptos del psiquiatra alemán Kurt Schneider (1887-1967) y su énfasis en los «síntomas de primer rango» en el mundo angloparlante.

Estos factores contribuyeron a remodelar el concepto de la esquizofrenia en forma de un trastorno psicótico relativamente grave que se acercaba a las ideas originales de Kraepelin. Finalmente, y quizás lo más importante, fue que el desarrollo de tratamientos eficaces como los neurolepticos, los antidepresivos y en su momento el carbonato de litio, hizo del diagnóstico un tema clínico importante. Tal como esta breve revisión histórica indica, el concepto de esquizofrenia ha variado enormemente a través del tiempo y el espacio. Las piedras angulares de la clasificación kraepaliniana de las psicosis endógenas son la dicotomía entre la demencia precoz vs enfermedad maníaco-depresiva y el concepto de entidad nosológica aplicado a estos trastornos.¹³ Esta concepción

presupone que ambos trastornos poseen causas, mecanismos fisiopatológicos y manifestaciones clínicas específicas. Este modelo nosológico ha impregnado gran parte del concepto posterior de esquizofrenia, a pesar de que el mismo Kraepelin puso en duda tal sistema en su postrero y seminal artículo titulado Las formas de manifestación de la locura y describió síndromes intermedios tales como la parafrenia, la paranoia y las psicosis mixtas. Tal dicotomía ha llegado hasta nuestros días por medio del DSM-IV y la CIE-10 hasta tal punto que en un esfuerzo por separar la esquizofrenia de las psicosis afectivas, estos son los únicos diagnósticos mutuamente excluyentes. Esta dicotomía fue pronto puesta en duda por coetáneos de Kraepelin como Wernicke y sus discípulos Kleist y Leonhard, quienes utilizando una aproximación ultranosológica aislaron múltiples cuadros clínicos entre la psicosis maníaco-depresiva y la esquizofrenia procesual. En su elaborado sistema nosológico, Leonhard describe 34 formas clínicas de las psicosis agrupadas en cinco grandes clases: psicosis afectivas monopolares, psicosis afectivas bipolares, psicosis cicloides, esquizofrenias no sistemáticas y esquizofrenias sistemáticas. Este sistema clasificatorio tiene la virtud de describir con gran riqueza psicopatológica múltiples cuadros clínicos prototípicos, pero que en la práctica clínica son difíciles de diferenciar entre sí tanto transversalmente como longitudinalmente. En realidad, el sistema leonhardiano lo que nos dibuja es un esquema dimensional de agrupaciones sintomáticas de las psicosis (p. ej.: esquizofrenia catatónica, catatonía periódica, psicosis cicloide de la motilidad, psicosis afectivas con trastornos motores).

No sólo eso, sino que mientras Kraepelin daba importancia a características longitudinales del trastorno como el curso y el pronóstico, Bleuler minimizaba su importancia. En los setenta, el énfasis en los síntomas schneiderianos reintrodujo otro grupo de síntomas transversales, ideas delirantes específicas y alucinaciones que era bastante distinto de los síntomas de Bleuler. El DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) y el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) representan una convergencia de estos puntos de vista con el énfasis sobre el curso de la enfermedad de Kraepelin, ya que los síntomas de la enfermedad han de haber estado presentes por lo menos durante seis meses; su

énfasis en relación con los delirios específicos y las alucinaciones propuestas por Schneider; y el reconocimiento de la importancia de los síntomas bleulerianos fundamentales (el trastorno del pensamiento en forma de asociaciones laxas o incoherencia y el aplanamiento afectivo). El compromiso que representan el DSM-III y el DSM-III-R sigue debatiéndose entre los investigadores interesados en la comprensión de la fisiopatología y la etiología de la esquizofrenia. Las nuevas técnicas, tales como la genética molecular y las técnicas de diagnóstico por la imagen del cerebro, presionan con tanta fuerza en la importancia de una definición cuidadosa y precisa como lo hizo la introducción de los antipsicóticos. Los genetistas interesados en los patrones de transmisión familiar se cuestionan si las definiciones del DSM-III y del DSM-III-R, con su requisito de síntomas psicóticos floridos, no son demasiado restringidas como para seleccionar los casos subclínicos en los linajes familiares. Se preguntan si el concepto de esquizofrenia podría extenderse otra vez para incluir las formas no psicóticas (esquizofrenia simple y latente) en gran modo tal como Bleuler sugirió en un principio. Los estudios neurobiológicos de la esquizofrenia han hecho posible, a través de las técnicas de diagnóstico por la imagen del cerebro y de los bancos cerebrales post-mortem, que se borrara la distinción entre la esquizofrenia y los trastornos orgánicos. El tratamiento psicofarmacológico de la esquizofrenia durante casi cuatro décadas nos ha demostrado que los síntomas psicóticos floridos pueden no ser lo nuclear entre las características definitorias. Después de todo, parece que los síntomas negativos o defectuosos persisten y son fundamentales, tal como Bleuler señaló a principios de este siglo. Actualmente estas observaciones han ganado más importancia, al reconocer el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) que los síntomas negativos pueden ser definidos de forma fiable y, como características principales del trastorno, no deben ser exagerados. El aumento de los debates sobre la esquizofrenia refleja el aumento de nuestros conocimientos y no nuestra ignorancia. Su complejidad hace de la esquizofrenia uno de los trastornos más interesantes y retadores que tratan los psiquiatras.¹⁴

IV. 1.2. Definición

Denominamos esquizofrenia al trastorno psiquiátrico más común y grave, tomando en consideración que la esencia de su naturaleza sigue siendo sin estar dilucidada; por lo tanto lo definimos como un grupo, un síndrome o un espectro de la esquizofrenia. Los médicos deben comprender que para diagnosticarla debemos enfocarnos únicamente en la historia psiquiátrica en conjunto con su evaluación psicopatológica, debido a que aún no contamos con estudios de laboratorio que detectan la esquizofrenia.

IV. 1.3. Etiología

La etiología de la esquizofrenia y psicosis relacionadas es de carácter multifactorial, y aunque ninguna causa es suficiente para explicar la enfermedad, los factores genéticos por sí solos son la causa aislada más importante. De hecho, y salvo en los raros casos de fenocopias puras, los factores genéticos probablemente son la causa necesaria, aunque no suficiente, para el desarrollo de la enfermedad. Aunque la heredabilidad de la esquizofrenia es alta (80%), los factores ambientales de muy diverso tipo juegan un papel significativo en el desarrollo de la enfermedad. Una particularidad del factor genético de la esquizofrenia es que este desborda los propios límites de la enfermedad y se manifiesta también en el trastorno esquizotípico de la personalidad y el resto de psicosis no puramente afectivas, siendo este hallazgo el que dio lugar al concepto de “trastornos del espectro esquizofrénico”. De hecho, en pacientes con trastornos del espectro, el riesgo de esquizofrenia en familiares de primer grado es substancialmente mayor que en pacientes con criterios restrictivos de esquizofrenia.¹⁵

Los mecanismos genéticos de la esquizofrenia son aún poco conocidos, habiéndose descrito docenas de genes de susceptibilidad, muchos de ellos no replicados y con bajo tamaño del efecto de la asociación. Los resultados en este área son muy inestables y cambiantes en el tiempo (se publican anualmente entre 50 y 100 estudios de asociación), siendo actualmente los top ten candidatos los siguientes genes de susceptibilidad: DRD2, GRIN2B, GABRB2,

PLXNA2, DTNBP1, TPH1, DRD4, IL1B, DAOA y DRD117. El candidato mejor situado corresponde al gen del receptor de dopamina D2 (GRD2). Por lo tanto, para explicar la heredabilidad global de la esquizofrenia se requerirían múltiples genes de efecto menor que tendrían una acción aditiva o sinérgica para conferir la vulnerabilidad a desarrollar la enfermedad. Es de destacar que muchos de los genes de susceptibilidad para la esquizofrenia lo son también para las PNA, y se ha señalado que aproximadamente un tercio de los genes de susceptibilidad para la esquizofrenia también lo son para el trastorno bipolar, por lo que los genes de susceptibilidad descritos hasta ahora en la esquizofrenia no son específicos.

La relación entre riesgo de esquizofrenia y parentesco (porcentaje de genes compartidos) es de tipo dosis respuesta y aunque está menos estudiado, es probable que exista la misma relación entre los factores de riesgo ambientales. Sin embargo, la etiología de la esquizofrenia (y de todos los trastornos mentales) es mucho más compleja que la simple adición de factores de riesgo, y hay que considerar los más que probables mecanismos de epistasia (interacción entre genes por medio de inhibición o potenciación) y de interacción genes-ambiente. Esta última y trascendental cuestión está comenzando a ser estudiada, existiendo evidencias preliminares de que algunos genes de susceptibilidad para la esquizofrenia pueden ser activados por la presencia de complicaciones obstétricas.¹⁵

En los factores ambientales las investigaciones indican que si se combinan los factores genéticos, experiencias de vida y aspectos del entorno de una persona estos pueden desarrollar un papel importante en la esquizofrenia. Estos factores ambientales pueden incluir pobreza, ambientes estresantes o peligrosos y exposición a virus o problemas nutricionales antes del nacimiento.¹⁵

En los factores familiares y sociales se describe que estos pueden afectar la evolución de la enfermedad pero no existe certeza de que sea un causante de la enfermedad. La historia de esquizofrenia en la familia es el principal factor de riesgo individualmente, para un individuo (tener un hermano esquizofrénico, padre, madre o ambos es esquizofrénico). Varios factores relacionados con la

composición familiar, como la edad materna en el momento de la concepción, se recomiendan en esquizofrenia como factores de riesgo.¹⁶

IV. 1.4. Clasificación

El manual DSM-V identifica cinco tipos de esquizofrenia: la paranoide, la desorganizada o (hebefrénica), catatónica, indiferenciada y por último la residual. El ICD-10 también incluye los subtipos simple, latente y esquizoafectivo. El propósito principal de la realización de subtipos es mejorar la validez predictiva, ayudar al médico a la selección de tratamientos y predecir el pronóstico y para ayudar al investigador a diseñar subtipos más homogéneos.¹⁷

Esquizofrenia paranoide: se caracteriza por la preocupación por uno o más delirios o alucinaciones auditivas frecuentes. Por lo general, el tipo de esquizofrenia paranoide se suele caracterizar por la presencia de delirios de persecución o de grandeza.¹⁸ En el DMS-IV se determina porque existe una preocupación por uno o más delirios o por la presencia de frecuentes alucinaciones auditivas (frecuentemente se asocia con ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir), una conducta o habla desorganizada, una conducta catatónica o un afecto aplanado o inapropiado no suelen ser muy marcadas (a veces se puede observar una falta de naturalidad o una vehemencia extrema en las interacciones interpersonales.). Kraepelin fue el primero en identificar un subtipo paranoide de la esquizofrenia en el que los pacientes presentaban delirios extraños y fragmentados que conducían a un deterioro de la personalidad. En cambio, para Bleuler todos los trastornos psicóticos paranoides, excepto un pequeño número de casos de paranoia clásica, eran formas de esquizofrenia.¹⁸

Esquizofrenia desorganizada: denominada también como hebefrénica, esta fue descrita por primera vez por Ewald Hecker en 1871 y se caracteriza por desorganización en el habla y la conducta y por un afecto inapropiado o aplanado (se asocia a una alteración social muy importante, a una personalidad premórbida y empobrecida, a un inicio temprano e insidioso y a un curso continuo sin remisiones significativas.), no cumple los criterios de la esquizofrenia catatónica.

Generalmente, los delirios y las alucinaciones, si están presentes, son fragmentarios, al contrario de los delirios bien sistematizados del pacientes esquizofrénico paranoide. La hebefrenia ocurre a una edad muy temprana con la instauración progresiva de abulia, deterioro en el cuidado y aspecto personales, deterioro cognitivo (Winokur y col., 1974). También se ha informado que los pacientes hebefrénicos presentan una mayor historia de psicopatología familiar, peor funcionamiento premórbido y peor pronóstico a largo plazo sin remisión de los síntomas, que los pacientes con esquizofrenia paranoide (Fenton y McGlashan, 1991).¹⁸

Esquizofrenia catatónica: Karl Kahlbaum fue el primero en definirla en 1874, y utilizó este término para describir un trastorno que progresaba a través de varias fases distintas "melancolía, manía, estupor, confusión y finalmente demencia". También describió los síntomas motores, sensoriales y verbales de las distintas fases de la catatonia, como la verbigeración, mutismo, negativismo, movimientos estereotipados, flexibilidad cérica y disminución de la sensibilidad al dolor (Magrinat y col., 1983). El DSM-IV, la describe como un tipo de esquizofrenia dominado por al menos dos de las siguientes características: inmovilidad motora evidenciada por catalepsia o estupor, negativismo o mutismo extremo, peculiaridades en los movimientos voluntarios (movimientos estereotipados, manierismos, muecas) y ecolalia o ecopraxia.¹⁸

Indiferenciado: es una categoría residual para los pacientes esquizofrénicos que no cumplen criterios para su inclusión en los subtipos paranoide, desorganizado o catatónico. Este término ha sido bien aceptado, pero también usado indiscriminadamente.

Residual: se caracteriza por manifestaciones continuas de la alteración con ausencia de un conjunto completo de síntomas activos o de síntomas suficientes para cumplir con el diagnóstico de otro tipo de esquizofrenia, ¹⁸ tal como se describe en el DSM-IV, se utiliza en pacientes que ya no poseen síntomas psicóticos prominentes pero que aún cumplen los criterios diagnósticos de la esquizofrenia y que continúan evidenciando la enfermedad. Esto puede estar indicado por la presencia de síntomas negativos o por la presencia de dos o más

de los síntomas enumerados en el criterio A del diagnóstico de la esquizofrenia, presentes de forma atenuada (ideas extravagantes, experiencias perceptivas inusuales).

I.V. 1.5. Fisiopatología

Una de las hipótesis que se ha venido desarrollando con más fuerza durante los últimos años es la implicancia de la inflamación en la fisiopatología de la esquizofrenia. Numerosos estudios hallaron que las personas con esquizofrenia tienen concentraciones aumentadas de citoquinas en la sangre. Las citoquinas son moléculas que regulan la inflamación y que tienen un rol importante en el sistema inmune. Aunque los resultados no han sido semejantes en todos los estudios, hay evidencias de que la interleuquina (IL) 1-beta, la IL-6 y el factor de crecimiento transformante beta (TGF- β) están incrementados durante los periodos de exacerbación de los síntomas, mientras que la IL-12, el interferón gama y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) están aumentados tanto en pacientes agudos como en pacientes crónicos, siendo considerados marcadores de rasgo; la citoquina IL-2, en cambio, estaría disminuida. La proteína reactiva C (PCR), un componente del sistema inmunitario que es liberada por las citoquinas en reacción a infecciones y que representa el grado de inflamación existente, también parece ser un marcador de rasgo.¹⁹

Una de las maneras en que la activación glial y de citoquinas podría actuar en la fisiopatología de la esquizofrenia es a través de la disregulación del glutamato aumentando el ácido quinurénico, el único antagonista natural del receptor NMDA. Según Feigenson, Kusnecov y Silverstein la esquizofrenia sería un trastorno biológico dinámico en el cual ocurrirían procesos inmunitarios en períodos tempranos del desarrollo llevando a una actividad neuronal alterada en forma inmediata o retardada. Esto ocurriría a través de mecanismos disruptivos en la neurotransmisión y alteraciones en la activación de la microglía. Una de las consecuencias positivas de la consideración de la inflamación como mecanismo fisiopatológico en la esquizofrenia es la apertura de posibles tratamientos con mecanismos distintos a los utilizados hasta ahora.¹⁹

IV. 1.6. Epidemiología

Se han diagnosticado psicosis esquizofrénicas en todas las culturas donde se estudian con precisión los trastornos mentales. Parece que las fuerzas culturales, solo modifican el contenido del material alucinatorio y de las ideas delirantes. Estas psicosis ocurren en todos los niveles socioeconómicos, aunque varios estudios epidemiológicos han sugerido que existe una correlación entre la mayor predominancia de la enfermedad y los niveles socioeconómicos bajos. Es la psicosis prototipo del grupo de las no orgánicas, que puede aparecer en un determinado momento de la vida de un 0.5 - 1.5 por ciento de la población del universo, otros hacen referencia al 1 por ciento sin discrepancia de raza, desarrollo socioeconómico y sexo. En la mayoría de los pacientes se inicia durante la adolescencia o a comienzos de la edad adulta por lo que, a diferencia de los pacientes con cáncer y enfermedad cardíaca, los pacientes con esquizofrenia viven muchos años tras el inicio de la enfermedad y continúan sufriendo por su causa, lo cual les impide su participación plena dentro de la sociedad.²⁰

Siendo su aparición más temprana en el sexo masculino, del 20-40 por ciento de los afectados por la enfermedad expresan los primeros síntomas psicóticos antes de los 20 años, teniendo su mayor expresión entre los 15 y 24 años en hombres y entre los 25-30 en mujeres, siendo esto último un elemento que favorece al pronóstico en este sexo, por tener un comienzo más tardío y la influencia ejercida por los estrógenos, probablemente por el efecto antidopaminérgico de ellos. La incidencia global de la enfermedad psicótica no muestra diferencia entre ambos sexos, a pesar de la forma del trastorno psicótico, la Esquizofrenia es algo superior en varones, y en cambio los trastornos no esquizofrénicos en mujeres. Es poco frecuente en la infancia o posterior a la cuarta década de la vida, pero algunos reportes publicados en la literatura sostienen que el 13 por ciento de los pacientes con esquizofrenia, presentan las primeras manifestaciones en la quinta década de la vida, 7 por ciento en la sexta y 3 por ciento en la séptima o después. Estudios realizados han mostrado un aumento de la incidencia en los nacidos en los meses fríos

(enero-abril) en el hemisferio norte y (julio-septiembre) en el sur, asociándolo a factores estacionales.²¹ El riesgo de sufrir la enfermedad es mayor entre los familiares cercanos, respecto a la población general, lo cual sustenta la permanencia de factores genéticos. En descendencia de primer grado, se pudiera considerar la prevalencia de un 10 por ciento, en cambio en los de segundo grado merma a un 3 por ciento. Kallman en sus estudios extensos de gemelos; encontró que si el trastorno existe en uno de los gemelos monocigótico, también aparece en el otro en el 85.8 por ciento de los casos. Se caracteriza por evolucionar a la cronicidad; no obstante se valora en forma aproximada, que el 50 por ciento de los esquizofrénicos se curan después de 1, 2 ó 3 brotes, y quedan prácticamente indemnes con peculiaridades solo identificables por especialistas.²²

En estos momentos existe gran aceptación a instancia mundial de estimar a los factores genéticos como causantes del trastorno del neurodesarrollo en la esquizofrenia, provocando modificaciones sobre los neurotransmisores encefálicos con una significativa implicación de éstos en el origen de la esquizofrenia. Los factores psicosociales, causas ambientales, infecciosas, traumáticas o físicas pueden tener un papel desencadenante, pero su significación es de segundo orden en igual categoría se incluyen los factores endocrinos.

La esquizofrenia es la afección psiquiátrica que genera mayor incapacidad y limitaciones a instancia mundial como consecuencia de su efecto deteriorante en todas las esferas de quien la padece. La razón es clara: la expresión clínica más característica es la instalación entre los 15-25 años de edad, de manera insidiosa, sin que se evidencien contingencias ambientales significativas, en plena etapa productiva de la persona, la tendencia al deterioro es en la mitad de los casos, otra complicación significativa es el suicidio consumado en el 10 por ciento de los casos, es de señalar que tal vez el 5 por ciento del total que requieren hospitalización, se hace necesario la reclusión de forma permanente de los casos de manera institucional, provoca alteraciones en la esfera mental de tal magnitud que el sujeto pierde por completo el contacto con la realidad y por

consiguiente, toda capacidad para funcionar en los campos laboral y social, quedando dañada de forma significativa su capacidad creadora al medio. El cuadro conduce a cambios sustanciales en la personalidad, lo que se conoce como ruptura en la línea vital, la cual se expresa por importantes cambios en la actividad, volición, intereses, relación y hábitos.²²

IV.1.7. Diagnóstico

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM V), los criterios para diagnosticar la esquizofrenia son los siguientes:

A. Dos o más síntomas de los siguientes deben de estar presentes durante un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (Delirio), (Alucinaciones) o (Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente) acompañado de comportamiento muy desorganizado o catatónico, y de síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).²³

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa las relaciones interpersonales, académico o laboral).

C. Los signos del trastornos deben persistir un mínimo de 6 meses que ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones son notables, además

de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).²³

IV.1.7.1. Clínico

En el último siglo diferentes tipos de síntomas han sido considerados como característicos del trastorno, tal es el caso de los síntomas negativos, trastornos formales del pensamiento, síntomas catatónicos y determinados tipos de delirios y alucinaciones. Sin embargo, aunque determinados síntomas son más prevalentes en la esquizofrenia que en otros trastornos psicóticos, esta prevalencia diferencial no es lo suficientemente grande para que los síntomas sean considerados como específicos de la esquizofrenia, y esto es especialmente válido para los síntomas de primer rango. Quizá el patrón clínico más característico de la esquizofrenia es la cronicidad de una combinación de síntomas negativos, desorganizados y psicóticos; sin embargo, el establecimiento temporal de la cronicidad es una tarea sin resolver, así como la delimitación de otros trastornos psicóticos también potencialmente crónicos tales como el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante y determinadas psicosis atípicas.²⁴ La presentación clínica de la esquizofrenia es muy variable. Los síntomas suelen agruparse en 4 grandes grupos:

- Síntomas positivos: trastornos del pensamiento (lenguaje y comportamiento desorganizado), ecolalia (repetición de palabras), ecopraxia (imitación de acciones de otras personas), catatonía (agitación, inmovilidad), alucinaciones o ideas delirantes.²⁵

- Síntomas negativos: se pueden clasificar como primarios (inherentes al cuadro) y secundarios (causados por el tratamiento antipsicótico). Encontramos el bloqueo afectivo, alogia (incapacidad para hablar, enlentecimiento del pensamiento), abulia (falta de voluntad o de energía para hacer algo), apatía (falta de motivación o entusiasmo), anhedonia (incapacidad para experimentar placer o satisfacción) y asociabilidad.

- Síntomas cognitivos: déficit de atención y falta de memoria de trabajo.

- Síntomas funcionales: dificultad para adquirir habilidades y ejecutar funciones.

La mayor parte de los pacientes alternan en su curso clínico, episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial. Son frecuentes los síntomas residuales entre los episodios. Este trastorno puede caracterizarse mediante tres fases que además forman la estructura para integrar los enfoques terapéuticos que más adelante desarrollaremos.²⁵

-Fase aguda: síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado; con frecuencia, los síntomas negativos pasan a ser también más intensos.

-Fase de estabilización: hay una reducción de la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de 6 meses o más tras el inicio de un episodio agudo.

-Fase de mantenimiento: la sintomatología es variable. Puede haber desaparecido o ser estable y, puede persistir, pero siempre es menos grave que en la fase aguda. Predominan ansiedad, depresión o insomnio.²⁵

IV.1.7.2. Imágenes

En el estudio de neuroimagen estructural el hallazgo más consistentemente encontrado en la esquizofrenia es el aumento del sistema ventricular (tercer ventrículo y ventrículos laterales) seguido por una disminución del volumen cerebral y de la sustancia gris cortical. Otras regiones con disminución de volumen que también se han descrito, aunque de forma menos consistente, son: lóbulos frontales, amígdala, hipocampo, tálamo, lóbulo cortical medial y los gyros cingulado y temporal superior, y una reducción en la asimetría cerebral normal.

En la neuroimagen funcional la tomografía por emisión de positrones ha mostrado anomalías en el flujo sanguíneo en las regiones frontales, tálamo y cerebelo durante la realización de tareas cognitivas tales como atención sostenida, funciones ejecutivas y memoria de trabajo. La hipofrontalidad (reducción del flujo sanguíneo cerebral durante la realización de tareas cognitivas) encontrada en la esquizofrenia ha sido relacionada con una disminución de la actividad dopaminérgica. La resonancia magnética funcional ha mostrado anomalías en la actividad neural principalmente en áreas frontales y

temporales durante la realización de tareas cognitivas, y los patrones disfuncionales sugieren una disrupción de los circuitos funcionales más que una disfunción localizada.²⁶

IV.1.8. Diagnóstico diferencial

Es necesaria la realización de una valoración diagnóstica cuidadosa para descartar otras patologías funcionales u orgánicas que puedan producir las ideas delirantes. Esta valoración debe incluir una exploración física para descartar el consumo de alcohol, anfetaminas, cocaína u otras drogas, la demencia, infecciones, y los trastornos metabólicos y endocrinos (Manschreck y Petri, 1978). Los análisis clínicos de rutina pueden estar indicados dependiendo de los resultados obtenidos durante la realización de la historia clínica y de la exploración física. La TAC o la RMN pueden ser útiles en pacientes seleccionados, especialmente cuando se sospecha la presencia de masas intracraneales.²⁷

Dado el amplio espectro de síntomas que pueden producirse en la esquizofrenia, no es sorprendente que el diagnóstico diferencial sea bastante extenso. Un episodio maníaco de un trastorno bipolar puede «transversalmente» parecer similar a una hebefrenia, una catatonía estimulada o una esquizofrenia paranoide. Sin embargo, si se obtiene una historia clínica precisa, el diagnóstico es relativamente fácil.

En la esquizofrenia, que es una enfermedad crónica, los síntomas psicóticos casi siempre preceden a la estimulación; sin embargo, en la manía, la cual es una enfermedad episódica, los síntomas afectivos aparecen primero y los psicóticos sólo aparecen si el paciente progresa a la fase aguda de la manía y continúa hasta un episodio maníaco, la manía delirante. Cuando no se dispone de historia clínica, determinadas diferencias sintomáticas pueden permitir un diagnóstico diferencial. El humor y el afecto de un paciente con manía suelen ser «contagiosos» y están bien desarrollados. Por el contrario, el humor de un hebefrénico estimulado consiste en una hilaridad tonta, superficial, que, más que provocar la risa, puede dejar al entrevistador con un sentimiento de perplejidad.

Además, la actividad de un paciente maníaco es continua y extrovertida, lo que contrasta radicalmente con un catatónico estimulado que, aunque hiperactivo, permanece retraído y puede evitar el contacto con los demás. Por último, el maníaco irritable está "al ataque", mientras que el paciente agitado con esquizofrenia paranoide está «en guardia». Ambos son peligrosos, el primero de forma temeraria, el segundo sólo si le aborda de una forma que le parezca hostil. Durante los episodios depresivos, bien como parte de una depresión mayor o un trastorno bipolar, se pueden tener ideas delirantes y alucinaciones. En este caso, sin embargo, los síntomas psicóticos están precedidos por los depresivos y sólo se producen cuando éstos son graves.²⁸

Por el contrario, mientras que en la esquizofrenia pueden aparecer síntomas depresivos, no existe una relación invariable entre ellos y los psicóticos, que aparecen cuando el paciente está deprimido y también cuando no presenta síntomas depresivos. Si los antecedentes sobre el curso clínico de la depresión no estuvieran disponibles, determinadas características «transversales» pueden facilitar el diagnóstico diferencial. Las ideas delirantes, cuando aparecen en un episodio depresivo, tienden a ser "congruentes con el estado de ánimo"; es decir, tienen sentido dada la forma en que se siente el paciente. Por el contrario, en la esquizofrenia, las ideas delirantes tienden a ser extravagantes y no suelen estar relacionadas con el estado de ánimo. El diagnóstico diferencial entre un estupor catatónico y una depresión con inhibición psicomotriz puede verse facilitado con la observación estrecha de los movimientos del paciente durante un período largo de tiempo. En el estupor a veces pueden apreciarse movimientos rápidos cuando el negativismo remite brevemente, mientras que en una depresión con inhibición psicomotriz todos los movimientos siempre son más lentos.²⁸

El diagnóstico diferencial entre el trastorno esquizoafectivo y la esquizofrenia se establece con una historia clínica detallada y precisa del curso clínico de la enfermedad. Ambos trastornos se caracterizan por síntomas psicóticos crónicos, como alucinaciones o ideas delirantes; sin embargo, en el primero también pueden existir episodios afectivos mantenidos (depresivos, maníacos o maníacos mixtos) durante los cuales, de forma importante, también se aprecia una

agudización de los síntomas psicóticos preexistentes. Aunque la esquizofrenia también puede estar marcada por alteraciones del estado de ánimo, éstas tienden a ser transitorias, no graves. Una excepción a esto es la depresión pospsicótica, descrita antes en el apartado "Curso clínico", que es mantenida y puede ser bastante grave. Sin embargo, en este caso no existe una agudización de los síntomas psicóticos, lo que distingue la depresión de la depresión pospsicótica en la esquizofrenia de la depresión observada en el trastorno esquizoafectivo.²⁸

Dado que el alcoholismo y la esquizofrenia son frecuentes en el mismo paciente, el diagnóstico diferencial entre la alucinosis por alcohol, o paranoia alcohólica, y la esquizofrenia puede ser difícil. Es cierto que si los síntomas psicóticos se iniciaron antes de que el enfermo comenzase a beber, o relativamente pronto en su evolución como bebedor, favorecería el diagnóstico de esquizofrenia. Sin embargo, cuando los síntomas psicóticos comienzan tras muchos años de alcoholismo y episodios repetidos de delirium tremens, la diferenciación entre la esquizofrenia paranoide y la alucinosis alcohólica o paranoia alcohólica puede ser difícil. La presencia de manierismos, estereotipias o pérdida de asociaciones favorecen el diagnóstico de esquizofrenia, mientras que una remisión de los síntomas tras 6 meses o más de abstinencia favorecería el diagnóstico de alucinosis alcohólica o paranoia alcohólica.²⁸

El trastorno de ideas delirantes, o paranoia, se distingue de la esquizofrenia paranoide por la sistematización y "plausibilidad" de las ideas delirantes en la paranoia y por la ausencia de los síntomas típicos de esquizofrenia, como pérdida de asociaciones, manierismos y estereotipias. Las alucinaciones, aunque pueden aparecer en la paranoia, desempeñan sólo un papel menor, a diferencia de la esquizofrenia paranoide, donde con frecuencia son abundantes. El trastorno de personalidad paranoide puede ser muy difícil de distinguir de la esquizofrenia paranoide. Ciertamente, la presencia de ideas delirantes o alucinaciones favorecería un diagnóstico de esquizofrenia; sin embargo, en ambos trastornos los pacientes pueden ser muy reservados e introvertidos y es posible que el entrevistador no sea capaz de determinar de forma fiable la existencia de

síntomas psicóticos. En estos casos, el aspecto y el comportamiento globales del paciente pueden ser útiles.

El enfermo con trastorno de la personalidad paranoide presenta un repertorio de comportamientos integrado del todo e internamente consistente; de hecho, podría tener la sensación de que se trata de un tejido sin costuras lleno de ira y resentimiento. Por el contrario, el paciente con esquizofrenia paranoide con frecuencia muestra cierta fragmentación: el afecto puede estar algo desmodulado o ser inapropiado; puede haber en cierta medida una pérdida de asociaciones y observarse un manierismo.

El trastorno esquizotípico de la personalidad se distingue de la mayoría de los subtipos de la esquizofrenia por la ausencia de síntomas psicóticos. La diferenciación de la esquizofrenia simple puede no ser posible en función de datos «transversales». Sin embargo, el curso clínico de la enfermedad permite un diagnóstico diferencial: el paciente con trastorno esquizotípico de la personalidad presenta un cuadro clínico estable en el tiempo, mientras que en el enfermo de esquizofrenia simple el cuadro clínico está marcado por el deterioro progresivo. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad, cuando están sometidos a mucho estrés, en ocasiones experimentan alucinaciones e ideas delirantes, síntomas que, en la esquizofrenia, aunque agudizados por el estrés, también están presentes en períodos de calma. En ocasiones aparecen obsesiones y compulsiones en los pródromos de la esquizofrenia; sin embargo, la presencia posterior de síntomas psicóticos no relacionados, aclara su significado diferencial. A veces el autismo es difícil de diferenciar de la esquizofrenia de inicio en la infancia. Ciertamente, si los síntomas aparecen antes de los 3 años de edad, el autismo es el diagnóstico más probable, ya que la edad más precoz a la que se ha registrado el inicio de la esquizofrenia se sitúa en torno a los 5 años. La presencia de alucinaciones e ideas delirantes indica esquizofrenia, aunque su ausencia no descarta este diagnóstico, ya que los niños pequeños pueden no ser capaces de expresar estos síntomas. Por el contrario, la presencia de signos autistas típicos, como la evitación de la mirada o un temblor «de aleteo», es un fuerte indicador de autismo. El retraso mental y la esquizofrenia no son dos

enfermedades infrecuentes y no es raro que coincidan en el mismo paciente. Esta esquizofrenia «injertada» puede estar precedida por un deterioro de una situación antes estable o por la aparición de ideas delirantes, alucinaciones o pérdida de asociaciones, características que no se observan en el retraso mental simple. Sin embargo, cuando éste es grave o profundo, dichos síntomas pueden no averiguarse en absoluto. En estos casos debería realizarse una exploración detenida en busca de signos tales como afecto extravagante o aplanado, ecopraxia y flexibilidad cérica. La intoxicación con fenciclidina, estimulantes o cocaína puede producir síntomas psicóticos; los antecedentes de uso de sustancias, un análisis toxicológico de orina o de sangre compatible y la remisión de los síntomas con la abstinencia forzosa indican el diagnóstico. La «folie à deux», como se describe en el capítulo correspondiente, se distingue por la presencia de un compañero "dominante" que sí tiene esquizofrenia y por la recuperación del paciente con la separación forzosa de éste. La simulación o la enfermedad facticia puede, en ocasiones, dificultar el diagnóstico. Ciertamente la presencia de manierismos y síntomas similares indicarían esquizofrenia porque estos síntomas no suelen ser conocidos para el público general y, en cualquier caso, son muy difíciles de simular.²⁸

La psicosis también puede presentarse de forma secundaria a un gran número de trastornos neurológicos, como se ha analizado en el capítulo sobre las psicosis secundarias. De ellos, los que se confunden con más frecuencia con la esquizofrenia son la psicosis interictal crónica, la enfermedad de Huntington, la enfermedad de Wilson y la leucodistrofia metacromática. Antes de terminar esta sección sobre el diagnóstico diferencial, deben comentarse las entidades supuestas conocidas como «trastorno psicótico breve» y «trastorno esquizofreniforme», estas dos enfermedades se caracterizan por síntomas esencialmente idénticos a aquellos que pueden verse en la esquizofrenia: donde difieren es en su supuesto curso clínico. Los pacientes que experimentan una remisión completa de su psicosis en menos de un mes se dice que tienen un trastorno psicótico breve, y aquéllos cuya psicosis persiste más de un mes pero remite por completo antes de seis meses se dice que tienen un trastorno

esquizofreniforme. Existe debate sobre si estos trastornos existen en realidad. Hay pacientes con psicosis que remiten por completo con tratamiento antipsicótico, pero la existencia de remisión completa sin que persista un rastro de psicosis, sin tratamiento, no se ha podido demostrar de forma concluyente. Aunque por convención el diagnóstico de esquizofrenia se reserva hasta que el paciente ha estado enfermo durante al menos seis meses, siempre debería estarse dispuesto a revisar el diagnóstico de trastorno psicótico breve y trastorno esquizofreniforme a medida que avanzan los meses y el paciente, como suele ocurrir casi siempre, sigue enfermo.²⁸

IV.1.9. Tratamiento

Para tratar al primer episodio debemos tener en cuenta que el tratamiento debe ser de inicio apresurado y esto es de vital importancia debido a que un gran porcentaje de los cambios neurofisiológicos asociado a estos trastornos psiquiátricos ocurren en esta etapa y el tratamiento oportuno puede prevenirlos, específicamente dentro del rango de 5 años del episodio agudo. El objetivo terapéutico del episodio agudo de la esquizofrenia es disminuir la sintomatología psicótica y procurar que el paciente presente una recuperación que lo guie a ser funcional.²⁹

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

Elección del antipsicótico: Las guías clínicas generalmente coinciden en que todos los antipsicóticos son igualmente efectivos para tratar los síntomas positivos en el primer episodio de esquizofrenia. También existe consenso en que los efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos son una de las consideraciones más importantes al tomar decisiones sobre el tratamiento farmacológico.

No hay datos consistentes que permitan establecer la superioridad clínica constante de un antipsicótico específico o una clase de antipsicóticos (es decir, antipsicóticos atípicos o de segunda generación versus antipsicóticos típicos de primera generación).

Un metanálisis de estudios de esquizofrenia en etapa temprana o en la primera etapa no encontró diferencias entre las clases de antipsicóticos en términos de eficacia o tasas de abandono, pero mostró diferencias claras en los efectos secundarios. Otro metanálisis más reciente informó que los atípicos son superiores a los típicos para la abstinencia por cualquier causa, aunque parecían similares para los cambios en la psicopatología general.

Los antipsicóticos típicos son eficaces para reducir los síntomas positivos, como, falta de cooperación, hostilidad, alucinaciones, y pensamientos paranoicos, así como para mejorar los pensamientos confusos.

La American Psychiatry Association (APA) recomienda utilizar los atípicos como el tratamiento de primera línea de la esquizofrenia, a excepción de la clozapina por su perfil de efectos secundarios. Los antipsicóticos atípicos son preferibles a los típicos porque se asocian con menos frecuencia a síntomas extrapiramidales, aunque, por el contrario, provocan más efectos secundarios metabólicos (hiperlipidemia, diabetes y aumento de peso); algunos tienen un riesgo potencial mayor que otros, lo que debe tenerse en cuenta al elegir un tratamiento para la esquizofrenia. La terapia combinada o la terapia con clozapina están indicadas para pacientes que tienen una respuesta parcial o deficiente a la terapia estándar con antipsicóticos atípicos.²⁹

Actualmente existe una amplia variedad de antipsicóticos y el objetivo es conseguir la dosis óptima de un medicamento que produzca mayor mejoría clínica con los menores efectos secundarios.³⁰

Dentro de los antipsicóticos se dispone dos grandes grupos, antipsicóticos atípicos (nuevos) y antipsicóticos convencionales. Los tratamientos antipsicóticos han permitido que, en la mayor parte de los casos, el paciente con esquizofrenia pueda vivir en comunidad. Es extraordinariamente importante aprovechar esta

posibilidad y combinar el tratamiento farmacológico con una serie de medidas destinadas a que el paciente esté ocupado y activo. ³⁰

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

Los antipsicóticos bloquean a nivel central los receptores dopaminérgicos D₂. En concentraciones terapéuticas bloquean también los receptores de serotonina 5-HT₂ y, con diferente sensibilidad, algunos otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histamínicos. Por tanto, además de la acción antipsicótica, poseen otras acciones farmacológicas. ³⁰

Clozapina: Debe usarse exclusivamente en pacientes que no respondan o no toleren otros antipsicóticos. Es el único fármaco que ha demostrado a ser eficaz en el tratamiento de la esquizofrenia resistente a otros neurolepticos (responden el 30-50 por ciento de los pacientes), y el que mejor respuesta ha tenido en el tratamiento de los síntomas negativos o deficitarios de la esquizofrenia. Se ha demostrado que la clozapina es eficaz en pacientes que han tenido una respuesta deficiente o parcial a otros medicamentos. La clozapina se caracteriza por una mayor eficacia al tratar la sintomatología positiva a en aquellos con esquizofrenia refractaria y una relativa ausencia de síntomas extrapiramidales. Sin embargo, su uso está limitado por varios efectos secundarios raros pero graves y potencialmente mortales que requieren un control cuidadoso. Estos incluyen neutropenia severa o agranulocitosis y complicaciones cardíacas como miocarditis o cardiomiopatía. Sus dosis van de 300-600mg/kg de peso en dosis diarias.

Risperidona: Único antipsicótico autorizado para las alteraciones del comportamiento asociadas a la demencia. En dosis altas, parece que el riesgo de efectos extra piramidales es menor que en otros antipsicóticos atípicos. Sus dosis van de 1-6mg/kg de peso en dosis diarias.

Olanzapina: Similar a la clozapina, tanto en la estructura como en las propiedades farmacológicas, con actividad mixta sobre múltiples receptores. Sus dosis van de 10-15mg/kg de peso en dosis diarias.

Quetiapina: Antipsicóticos atípico que interacciona con un amplio rango de receptores neurotransmisores. Presenta afinidad por serotonina cerebral y receptores de dopamina, así como también por los receptores alfa un adrenérgico e histaminérgicos, alfa dos adrenérgicos y 5HT1A de la serotonina.³¹ Sus dosis van de 150-300mg/kg de peso en dosis diarias.

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

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

Haloperidol: Bloquea específicamente los receptores dopaminérgicos cerebrales, neuroléptico antipsicótico, antiemético. Indicado en esquizofrenia crónica sin respuesta a otros antipsicóticos, preferiblemente en pacientes < 40 años; en ataques de psicosis agudas. Sus dosis van de 1-30mg/kg de peso en dosis diarias.

Clorpromazina: es un sedante, antipsicótico, antiemético y tranquilizante, indicado en pacientes esquizofrénicos para psicosis aguda, crisis maniaca, acceso delirante, síndrome confusional. Sus dosis van de 50-800mg/kg de peso en dosis diarias.

Se recomienda un período de evaluación de 12 semanas, si tras 4-6 semanas de tratamiento no se observa ninguna mejoría, se recomienda cambiar a otro fármaco. Una vez instaurado un tratamiento farmacológico, cada 6 meses como máximo, se debe reevaluar para ajustar la dosis o retirarlo.³⁰

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

IV.1.9.1. Psicoterapia

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

Otras medidas constituyen lo que se denomina terapia psicosocial y grupal para el conocimiento de la enfermedad (psicoeducación) y el tratamiento de los problemas emocionales que acarrea, así como terapia de familia para el aprendizaje de técnicas de comunicación destinadas a disminuir la emoción expresada. Se ha demostrado un mejor cumplimiento del tratamiento farmacológico y una disminución 29 del número de recaídas cuando se usan ambos abordajes. Precisa también de mecanismos asistenciales como, por ejemplo, talleres ocupacionales, centros de día, centros de salud mental y grupos de autoayuda, suponen uno de los pilares en el tratamiento psicosocial, buscando la integración del paciente a la sociedad y permitiendo evitar la hospitalización prolongada.³¹

Una vez que la psicosis retrocede, además de continuar con los medicamentos, las intervenciones psicológicas y sociales (psicosociales) son importantes. Estas pueden incluir:³²

Terapia individual. La psicoterapia puede ayudar a normalizar los patrones de pensamiento. Además, aprender a lidiar con el estrés e identificar los primeros signos de advertencia de una recaída puede ayudar a que las personas con esquizofrenia manejen su enfermedad.

Capacitación en habilidades sociales. Esto se centra en mejorar la comunicación y las interacciones sociales y en mejorar la capacidad para participar en las actividades diarias.

Terapia familiar. Esto proporciona apoyo y educación a las familias que se enfrentan a la esquizofrenia.

Rehabilitación vocacional y apoyo para conseguir trabajo. Esto se enfoca en ayudar a que las personas con esquizofrenia se preparen para tener un trabajo, lo encuentren y lo conserven.

La mayoría de los individuos con esquizofrenia necesitan algún tipo de apoyo para la vida diaria. Muchas comunidades tienen programas para ayudar a las personas con esquizofrenia con trabajos, viviendas, grupos de autoayuda y situaciones de crisis. Un administrador de casos o alguien del equipo de tratamiento puede ayudar a encontrar recursos. Con el tratamiento adecuado, la mayoría de las personas con esquizofrenia pueden controlar su enfermedad.

La terapia cognitiva conductual, como una intervención o tratamiento psicológico es utilizada en varios trastornos psíquicos. El modelo terapéutico es esencial cuando se ven involucrados estresores psicosociales, intentando cambiar las creencias y los pensamientos que llevan al paciente a tener esta enfermedad, desarrollando el pensamiento lógico y racional de su situación y sus posibles respuestas. Se debe prestar atención al uso excesivo en las técnicas conductistas debido a la variabilidad de los diagnósticos y al número y la intensidad de sus síntomas, lo que se recomienda un fortalecimiento mayor de la terapia, y reducir el número de abandonos y con esto aumentar la cantidad de personas que se benefician de la terapia.³³

IV.1.9.2. Terapia Electroconvulsiva

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

Terapia Electroconvulsiva y para las opciones terapéuticas alternativas y la preferencia del paciente.

La terapia Electroconvulsiva es uno de los tratamientos disponibles y usados en psiquiatría en casos muy concretos para tratar las enfermedades mentales graves, ya que consiste en una técnica basada en la inducción de manera controlada una convulsión tónica-clónica generalizada, a través de una estimulación eléctrica, la técnica de la electroterapia ha evolucionado notablemente. Actualmente el tratamiento se realiza bajo anestesia, con miorelajantes, y con el uso de aparatos computarizados de pulso breve que monitorizan la convulsión.³⁴

La mejora de la aplicación de la técnica ha ido en paralelo a la selección más precisa de sus indicaciones consiguiendo un aumento de su eficacia, muchos pacientes han mejorado o aliviado su enfermedad o incluso su trastorno ha remitido con este tratamiento así como la reducción drástica de los efectos secundarios, muchos otros, sin embargo, con serias enfermedades mentales refractarias a otros tratamientos no han sido tratados con terapia electroconvulsiva a pesar de su alto grado de seguridad y predictibilidad terapéutica.³⁵

La terapia electroconvulsiva puede ser bilateral o unilateral según la colocación de los electrodos, parece ser que la forma bilateral es más efectiva pero también tiene más efectos secundarios. La forma más tradicional de colocar los electrodos es de forma bifronto-temporal, sin embargo, algunos psiquiatras comienzan a aplicar inicialmente de forma unilateral y si no se 30 obtiene respuesta después de seis o más sesiones se pasan a aplicarlos de forma bilateral.³⁶

Para buscar una explicación a la eficacia de la terapia electroconvulsiva, los expertos se basan en que con esta técnica se produce una liberación importante de neurotransmisores, opiáceos endógenos, catecolaminas y cambios en las vías neuroendocrinas, así como una potenciación de las vías monoaminérgicas que van desde las zonas diencefálicas al hipotálamo y regiones límbicas. En general casi todos los sistemas de neurotransmisores se ven afectados por la terapia electroconvulsiva, esto es, los mismos cambios que se suelen apreciar con los

tratamientos antidepresivos, debemos destacar un aumento de los receptores de serotonina postsinápticos, además de cambios en el sistema dopaminérgico, muscarínico y colinérgico.

La terapia electroconvulsiva como tratamiento de elección en esquizofrenia, implica el cuidado coordinado entre el anestesiólogo y el psiquiatra, la terapia se utiliza dentro de los tratamientos de apoyo o como último recurso, cuando han fallado otras modalidades terapéuticas. Se dice que hoy por hoy es muy segura y los profesionales de la salud deben informar y aclarar a los pacientes y familiares sobre los beneficios de la técnica, haciendo mucho hincapié en su seguridad clínica y teniendo en cuenta cuáles son sus indicaciones, el curso típico de la terapia electroconvulsiva consiste en 6 a 10 tratamientos programados en intervalos de 2 a 3 veces por semana. El paciente debe experimentar mejoría de los síntomas al segundo o tercer tratamiento, con una respuesta completa del quinto al décimo tratamiento.³⁶

Es importante recordar que hay varias aproximaciones terapéuticas que se complementan: tratamiento farmacológico, tratamiento psicosocial y psicoterapéutico, además de las modalidades de atención. A pesar de que hay evidencia de lo anterior, a la mayoría de los pacientes que reciben tratamiento para la esquizofrenia solo se les ofrece tratamiento psicofarmacológico. Antes de establecer el plan de tratamiento se debe contar con un diagnóstico adecuado y conocer la historia clínica del paciente, tomando en cuenta su respuesta a tratamientos previos, comorbilidades médicas, predominio de síntomas (positivos vs. negativos) o condiciones especiales, como ideación suicida, conducta violenta o síntomas catatónicos.³⁶

La importancia adicional de la valoración del perfil de efectos adversos de los medicamentos lleva a la necesidad de establecer un plan para minimizar su impacto, pues este aspecto constituye un factor de abandono terapéutico. Dentro del abordaje farmacológico el hecho de combinar el tratamiento farmacológico con la terapia electroconvulsiva puede mejorar los desenlaces en algunos dominios sobre la base de un plan terapéutico. Diversas condiciones deben considerarse en el seguimiento clínico a largo plazo, íntimamente relacionadas en

un esquema de múltiples episodios; entre dichas condiciones se encuentran frecuentemente la no adherencia al tratamiento farmacológico, el abuso de sustancias psicoactivas, los estresores vitales y la enfermedad resistente, definida como la no demostración de una mejoría significativa de los síntomas a pesar del tratamiento.³⁶

IV.1.9.3. Adherencia al tratamiento

La Organización Mundial de la Salud definió en 2003 la "adherencia" como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. Este enfoque resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del profesional sanitario para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas, y contrasta con el concepto de "cumplimiento" utilizado como sinónimo de adherencia y que expresa el grado en el que un paciente sigue las recomendaciones del prescriptor y que implica que el paciente tiene un rol pasivo en su tratamiento, limitándose a tomar el medicamento tal y como se lo han prescrito. Por otro lado, el término "incumplimiento" culpabiliza al paciente que falla a la hora de seguir las instrucciones médicas.³⁷

La adherencia terapéutica es un proceso complejo que está influido por múltiples factores relacionados entre sí;³⁸ entre ellos, hay factores relacionados con el paciente (edad, problemas sociales, laborales, económicos, nivel de formación-instrucción, creencias, motivación), la enfermedad (presencia o ausencia de sintomatología, depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, pérdida de memoria, gravedad del proceso, enfermedades asociadas, otros tratamientos), el fármaco (pautas de dosificación, tratamientos complejos, coste elevado, efectos secundarios, no aceptación del tratamiento, efecto a medio-largo plazo, duración indefinida del tratamiento), el entorno (existencia de problemas familiares, barreras en la accesibilidad) y el médico (mala relación médico-paciente, baja satisfacción del paciente y/o poca confianza con su médico,

sensación de no ser escuchados, sensación de que no se les conoce, cambios por genéricos).³⁹

Uno de los motivos que pueden llevar a una persona con esquizofrenia a no tomar la medicación, especialmente en las fases iniciales tras el diagnóstico, es la falta de conciencia de enfermedad. No saber qué tienen o no tener capacidades para reconocer la existencia de alteraciones (por ejemplo, pacientes con deterioro cognitivo) hace que no se considere la posibilidad o necesidad de consumir fármacos. Estos pacientes pueden tomar la medicación en un momento dado por inercia o por prescripción médica inicial, pero terminar por abandonarla al considerar que su consumo no tiene sentido.⁴⁰

A pesar de los múltiples conceptos de adherencia, una definición que ha tenido una notable aceptación es la propuesta por Haynes, quien la define como "el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario".⁴¹

Otra de las definiciones aceptadas es la de Gil y colaboradores, quienes definen la adherencia como "el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida". Dicho concepto es similar al propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Estas dos definiciones reconocen que la adherencia no solo involucra la toma de los medicamentos según la prescripción médica, sino también el cumplimiento de otras recomendaciones tales como: la asistencia a citas, cambios en los estilos de vida, entre otras.

En síntesis, se han propuesto varias definiciones de adherencia al régimen terapéutico y la mayoría de estas utilizan diferentes términos tales como: cumplimiento, seguimiento de instrucciones, persistencia, colaboración, alianza, concordancia y adhesión hacia una serie de recomendaciones, entre ellas, tomar la medicación, realizar dieta, hacer ejercicio, asistir a las citas con proveedores y

en general realizar cambios en estilo de vida; hecho que pone en evidencia la complejidad del concepto, la variedad de términos empleados y la falta de consenso entre los autores.⁴¹

IV.1.9.4. Carga del cuidador

El cuidador o cuidadores son las personas o instituciones que se hacen cargo de las personas con algún nivel de dependencia. Se denominan cuidador familiar al conjunto de personas, que dedican una importante actividad diaria al cuidado de sujetos con dependencias o discapacidades permanentes, suponen un colectivo cada vez más numeroso que realizan una tarea necesaria que, sin embargo, es poco visible y reconocida socialmente.⁴²

Los cuidadores se afectan en el orden físico, psíquico y socioeconómico que en conjunto conllevan a una “carga”, la cual interfiere en el manejo adecuado del enfermo y en la propia evolución de la enfermedad, y provoca al mismo tiempo el empeoramiento de la calidad de vida del cuidador.⁴³

El concepto de carga puede referirse a trabajo, peso, dificultad, energía o desgaste que es necesaria para realizar algo, es por esto que se puede establecer que cuando se menciona sobrecarga del cuidador puede abarcar aspectos de tipo emocional, social, económico e involucra tiempo que requiere el cuidador con la persona que recibe el cuidado. Es así, como esta sobrecarga en el cuidado puede establecer ciertas relaciones como las demandas de cuidado y la calidad de relación entre cuidador-paciente, el impacto que se presenta en los estilos de vida a raíz de la convivencia con la persona enferma y el efecto que tiene ésta sobre la familia. Por otro lado, se menciona que en la sobrecarga del cuidador, se involucra la carga mental que poseen las personas que brindan cuidado, entiéndase por carga mental “la exigencia o esfuerzo intelectual que tienen las personas al brindar el cuidado a sus familiares, diferenciándose así de la carga física”.⁴³

IV.1.9.5. Salud mental

La salud mental incluye el bienestar emocional, psicológico y social, y afecta la forma en que pensamos, sentimos, actuamos, tomamos decisiones y nos relacionamos con las demás personas. La salud mental es más que la ausencia de una enfermedad mental y es esencial tanto para su salud en general como para su calidad de vida. El autocuidado puede ser clave para mantener su salud mental y servir de apoyo para su tratamiento y recuperación, en caso de que tenga alguna enfermedad mental.⁴⁴

La Organización Mundial de la Salud define salud mental como un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes.⁴⁵

Las afecciones de salud mental comprenden trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados a un alto grado de angustia, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva. Las personas que las padecen son más propensas a experimentar niveles más bajos de bienestar mental, aunque no siempre es necesariamente así. A lo largo de la vida, múltiples determinantes individuales, sociales y estructurales pueden combinarse para proteger o socavar nuestra salud mental y cambiar nuestra situación respecto a la salud mental.

Factores psicológicos y biológicos individuales, como las habilidades emocionales, el abuso de sustancias y la genética, pueden hacer que las personas sean más vulnerables a las afecciones de salud mental. La exposición a circunstancias sociales, económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables,

como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación del medio ambiente, también aumenta el riesgo de sufrir afecciones de salud mental.

Los riesgos pueden manifestarse en todas las etapas de la vida, pero los que ocurren durante los períodos sensibles del desarrollo, especialmente en la primera infancia, son particularmente perjudiciales. Los factores de protección se dan también durante toda la vida y aumentan la resiliencia. Entre ellos se cuentan las habilidades y atributos sociales y emocionales individuales, así como las interacciones sociales positivas, la educación de calidad, el trabajo decente, los vecindarios seguros y la cohesión social, entre otros.⁴⁵

IV.1.9.6. Síndrome de sobrecarga del cuidador.

El síndrome del cuidador no es sólo un síndrome clínico ya que también están implicadas repercusiones no médicas en aspectos sociales y/o económicos, este síndrome se caracteriza por la existencia de un cuadro plurisintomático que suele afectar y repercutir en todas las esferas de la persona. Otros síntomas psiquiátricos que aparecen en los cuidadores son estrés, ansiedad, irritabilidad, reacción de duelo, dependencia, temor a la enfermedad, cambios conductuales, sensación de culpabilidad por no atender o poder atender convenientemente al paciente y alteraciones afectivas que pueden motivar la aparición de ideas suicidas. Es necesario destacar que la carga es percibida por los cuidadores de muy diferentes maneras, especialmente en función de cómo es definido ese rol de cuidador. Para algunos, la realización de tareas incluidas en el cuidado aparecen como extremadamente estresantes; para otros, las conductas agresivas, la deambulación, las ideas delirantes y la incontinencia de los adultos mayores; para otros, el cuidar es una experiencia emocional satisfactoria y una parte más de la vida vivida en común. Igualmente, los cuidadores están expuestos a diferentes factores y experimentan situaciones ignoradas tanto por el actual sistema de seguridad social como por la familia, porque no cuentan con un servicio oportuno y eficiente para el fortalecimiento de la habilidad de cuidado y el reconocimiento de su labor.⁴⁶

IV.1.10. Complicaciones

Varios estudios realizados a largo plazo han demostrado que las expectativas de vida es más corta si se compara con la población en general.³⁰ En la esquizofrenia son frecuentes el fracaso escolar y económico; la mayoría de los pacientes son incapaces de mantener relaciones íntimas. Alrededor de la mitad intentan suicidarse y cerca del 10 por ciento lo consiguen. La mayoría de los suicidios tienen lugar pronto en el transcurso de la enfermedad.

Los síntomas depresivos, como los apreciados en la depresión pospsicótica, el sexo masculino y el desempleo aumentan el riesgo. Una complicación no infrecuente, pero que a menudo se pasa por alto, es la hiponatremia. Algunos pacientes se convierten en «bebedores compulsivos de agua»; sin embargo, la hiponatremia parece no deberse sólo a la ingesta excesiva de agua, ya que parece que las células tubulares renales son hipersensibles a la hormona antidiurética (ADH), lo que produce una osmolalidad urinaria menor que la máxima dilución en función del grado de hiponatremia.⁴⁷

IV.1.11. Pronóstico y evolución

Conocemos que alrededor de un tercio de los pacientes sufrirán un episodio psicótico en su vida. Se pronostica que luego un tratamiento estos pacientes se recuperan por completo o prácticamente sin consecuencias. Otros con esquizofrenia pueden llevar vidas razonablemente adaptadas con un tratamiento idóneo y continuo. De un 20 a 35 por ciento de pacientes con esquizofrenia tienen formas resistentes al tratamiento que requieren intervenciones más complejas y generalmente se tratan con una variedad de tratamientos farmacológicos, psicosociales y biológicos (p. ej., terapia eléctrica que incluye terapia convulsiva). El 10 por ciento de personas con esquizofrenia deciden suicidarse por suicidio, esto implica que es uno de los aspectos más importantes en cuanto al seguimiento y la evaluación de estos pacientes.⁴⁸

De manera tradicional se mantiene el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia siguiendo la regla de los tercios, es decir un tercio de los pacientes con esquizofrenia tendrán un solo episodio psicótico en su vida, el otro tercio va a

experimentar diversos episodios psicóticos los cuales cursarán con la conservación del funcionamiento psicosocial y un limitado deterioro. El último tercio presenta síntomas psicóticos continuos presentando marcadas exacerbaciones y deterioros funcionales. Por todo lo antes expuesto debemos hacer énfasis en que se debe hacer un diagnóstico ágil con inicio precoz del tratamiento tanto psicológico como farmacológico.⁴⁸

I.V1.12. Prevención

Es complicado mencionar hasta qué punto puede prevenirse la esquizofrenia. Esto se debe a que los factores genéticos y otros cambios pueden evitarse, y todas las personas pueden evitar otras causas, como el uso habitual de sustancias tóxicas. Mientras tanto, los mecanismos internos que conducen a su desarrollo se están estudiando más a fondo para prevenirlos.

Una nueva investigación muestra que los cerebros de los individuos con esquizofrenia o en riesgo de padecerla tienen niveles más altos de actividad de las células inmunitarias. Este descubrimiento de cómo los leucocitos contribuyen a esta enfermedad abre la puerta al descubrimiento de terapias exitosas para prevenir la progresión de la esquizofrenia basadas en el control de la actividad de las células microgliales. Puede ser esquizofrenia.⁴⁹

La prevención es un desafío, ya que no es posible determinar exactamente qué personas tienen más probabilidades de verse afectadas.

El abuso de sustancias está estrechamente relacionado con la esquizofrenia. Los usuarios habituales de drogas tienen más probabilidades de padecer este trastorno, y una alta proporción de personas con esquizofrenia tienen antecedentes de abuso de sustancias. Se recomienda evitar drogas

El apoyo social también es muy importante para que las personas puedan hacer frente a los acontecimientos estresantes de la vida y prevenir la aparición de desencadenantes esquizofrénicos.⁵⁰

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Esquizofrenia	Un trastorno emocional grave de profundidad tipo psicótico característicamente marcado por un abandono de la realidad con formación de delirios, alucinaciones, desequilibrio emocional y conducta regresiva. ⁵¹	-Sí -No	Nominal
Cuidador	Personas que cuidan a quienes necesitan supervisión o asistencia por enfermedad o discapacidad. Pueden brindar los cuidados en la casa, en un hospital o en una institución. Aunque los cuidadores incluyen al personal médico entrenado, enfermeros y demás personal de salud, el concepto también se refiere a padres, esposos u otros miembros de la familia, amigos, miembros del clero, maestros, trabajadores sociales, compañeros pacientes entre otros. ⁵²	-Sí -No	Nominal

Adherencia al tratamiento	Grado en el que el paciente sigue el tratamiento prescrito, como el mantenimiento de citas, horarios y cumplimientos de la medicación para el resultado terapéutico deseado. Esto implica una responsabilidad activa compartida por el paciente y los proveedores de atención de salud. ⁵³	-Sí -No	Nominal
Edad	Tiempo que transcurre a partir del nacimiento hasta la realización del estudio. ⁵⁴	Años cumplidos	Numérica
Sexo	La totalidad de las características de las estructuras reproductivas y sus funciones, fenotipo y genotipo, que diferencian al organismo masculino del femenino. ⁵⁵	Femenino Masculino	Nominal
Medicamento	Es el producto farmacéutico o la preparación utilizado para la prevención, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o estado patológico, el cual ayuda para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien se le administra. ⁵⁶	-Sí -No	Nominal
	Es un estado temporal de		Nominal

Crisis	trastorno, caracterizado por una desorganización reflejada en una incapacidad para enfrentar la situación adversa que se está viviendo, manejar adecuadamente las emociones, enfocar el pensamiento y la conducta en resolver el problema. ⁵⁷	-Sí -No	
Tiempo	La dimensión del universo físico que, en un determinado lugar, ordena la secuencia de los acontecimientos.	-Años	Numérico
Carga Genética	Es la cantidad relativa en la cual la condición media de una población se reduce, debido a la presencia de genes que disminuyen la supervivencia, en comparación del genotipo con la aptitud óptima o máxima. ⁵⁸	-Sí -No	Nominal

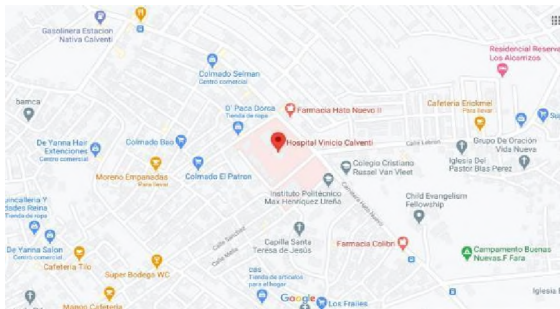
VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

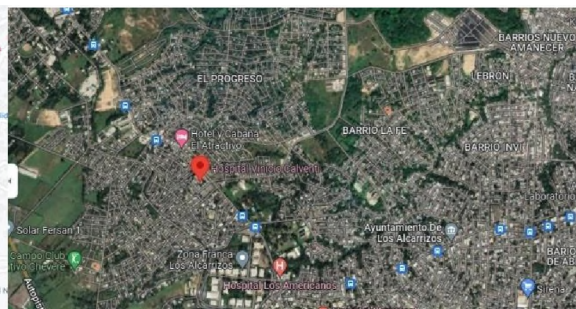
Se ejecutó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal el cual tuvo como objetivo determinar la carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022-Mayo, 2023. (Ver anexo XII.1. Cronograma).

VI.2. Área de estudio

Este estudio tuvo lugar en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi, localizado en la calle Hato Nuevo #43, Sector la Esperanza. Municipio Los Alcarrizos, Provincia Santo Domingo, República Dominicana. Delimitado, al norte, por la carretera Hato nuevo; al sur por la calle Bonaparte; al este por la calle Mella y al oeste por la calle María Trinidad Sánchez. (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa cartográfico.



Vista aérea.

VI.3. Universo

El universo estuvo representado por la totalidad de los pacientes atendidos en la unidad de intervención en crisis en el departamento de salud mental. Septiembre, 2022-Mayo, 2023.

VI.4. Muestra

La muestra se obtuvo de un total de 112 pacientes atendidos en la unidad de intervención en crisis en el departamento durante el periodo septiembre, 2022-

mayo, 2023 en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi con diagnóstico de esquizofrenia confirmado, dentro de los cuales solo 70 pacientes se incluyeron en la muestra ya que solo esta cantidad cumplió con los criterios de inclusión establecidos.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

1. Pacientes con diagnóstico confirmado de esquizofrenia.
2. Pacientes adultos (≥ 18 años).
3. Pacientes con cuidador.
4. Pacientes que reciben un tratamiento permanente de esquizofrenia (≥ 6 meses).
5. Sexo femenino y masculino.

VI.5.2. De exclusión

1. Negarse a participar en el estudio.
2. Negarse a firmar el consentimiento informado.
3. Barrera del idioma.
4. Paciente sin cuidador.

VI.6. Instrumento de recolección de datos

Se formuló un instrumento de recolección el cual contiene 16 preguntas, 5 abiertas y 11 cerradas, las cuales exponen los datos como sexo, edad y aquellos que se relacionen con la esquizofrenia, carga del cuidador y adherencia al tratamiento. (Ver anexo XII.2. Instrumento de recolección de datos).

VI.7. Procedimiento

El anteproyecto fue sometido a la unidad de investigación de la escuela de medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) y a la unidad de enseñanza del Hospital General Dr. Vinicio Calventi, luego de ser aprobado en ambas instancias se procedió con el inicio del estudio, el cual se

realizó cada 15 días en horario matutino, el instrumento de recolección de datos se efectuó a través de una encuesta entrevista la cual se realizó posterior a la firma de un consentimiento informado por los entrevistados y esta fase fue ejecutada por la sustentante en la fecha septiembre, 2022-mayo, 2023. (Ver anexo XII.1. Cronograma).

VI.8. Tabulación

La información que se adquirió fue tabulada mediante el programa computarizado Microsoft Excel.

VI.9. Análisis

La información recolectada se analizó en frecuencia simple y los resultados están representados mediante tablas y gráficos para su mayor comprensión.

VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁵⁹ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁶⁰ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de enseñanza del Hospital General Dr. Vinicio Calventi, cuya aprobación fue 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 utilizaron 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 informantes identificados durante esta etapa fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactados en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos fue protegida en todo momento, manejando 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 de la presente tesis, tomada por otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

VII. RESULTADOS

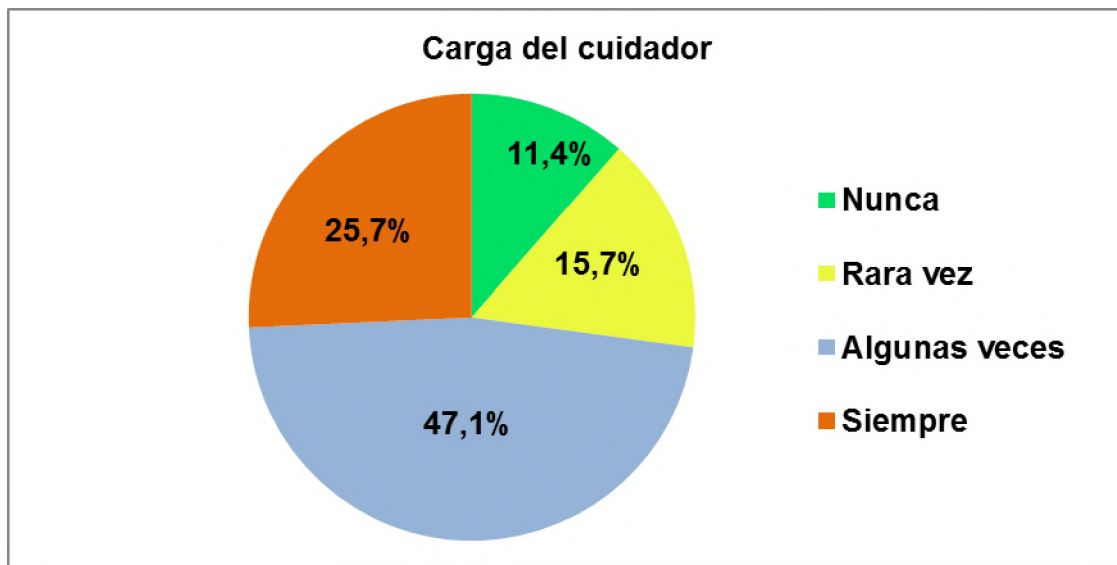
Tabla I. Distribución de la carga del cuidador de los pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022-Mayo, 2023.

Carga del cuidador	Frecuencia	(%)
Nunca	8	11,4
Rara vez	11	15,7
Algunas veces	33	47,1
Siempre	18	25,7
Total	70	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según los datos obtenidos se determinó que de los 70 cuidadores sólo el 47,1 por ciento de los cuidadores se sienten sobrecargados en algunas ocasiones, mientras que el 11,4 por ciento nunca ha sentido carga por cuidar a su familiar.

Gráfico 1. Distribución de la carga del cuidador de los pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022-Mayo, 2023.



Fuente: Cuadro I.

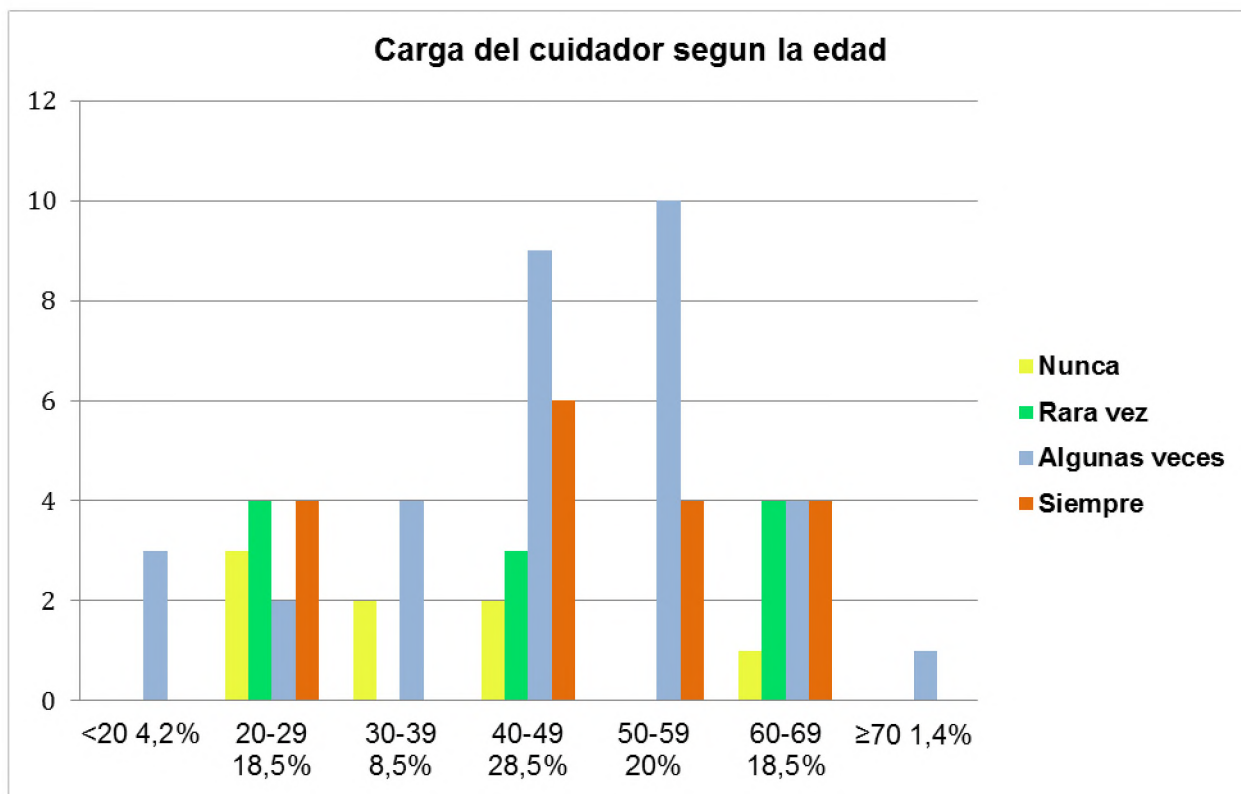
Tabla II. Distribución de la carga de los cuidadores según su edad en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022-Mayo, 2023.

Edad (años)	Frecuencia	Carga del Cuidador				Total	Carga (%)
		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Siempre		
<20	3	0	0	3	0	3	4,2
20-29	13	3	4	2	4	13	18,5
30-39	6	2	0	4	0	6	8,5
40-49	20	2	3	9	6	20	28,5
50-59	14	0	0	10	4	14	20
60-69	13	1	4	4	4	13	18,5
≥70	1	0	0	1	0	1	1,4
Total	70	8	11	33	18	70	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se determinó que la edad que más prevalece y presenta mayor porcentaje de carga del cuidador es la comprendida entre los 40 hasta los 49 años con un 28,5 por ciento seguida por las edades comprendidas desde los 50 hasta los 59 años con un 20 por ciento de la carga, tomando en cuenta que la edad con menor carga es la de mayor o igual a 70 años con un 1,4 por ciento de la carga.

Gráfico 2. Distribución de la carga de los cuidadores según su edad en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022-Mayo, 2023.



Fuente: Cuadro II.

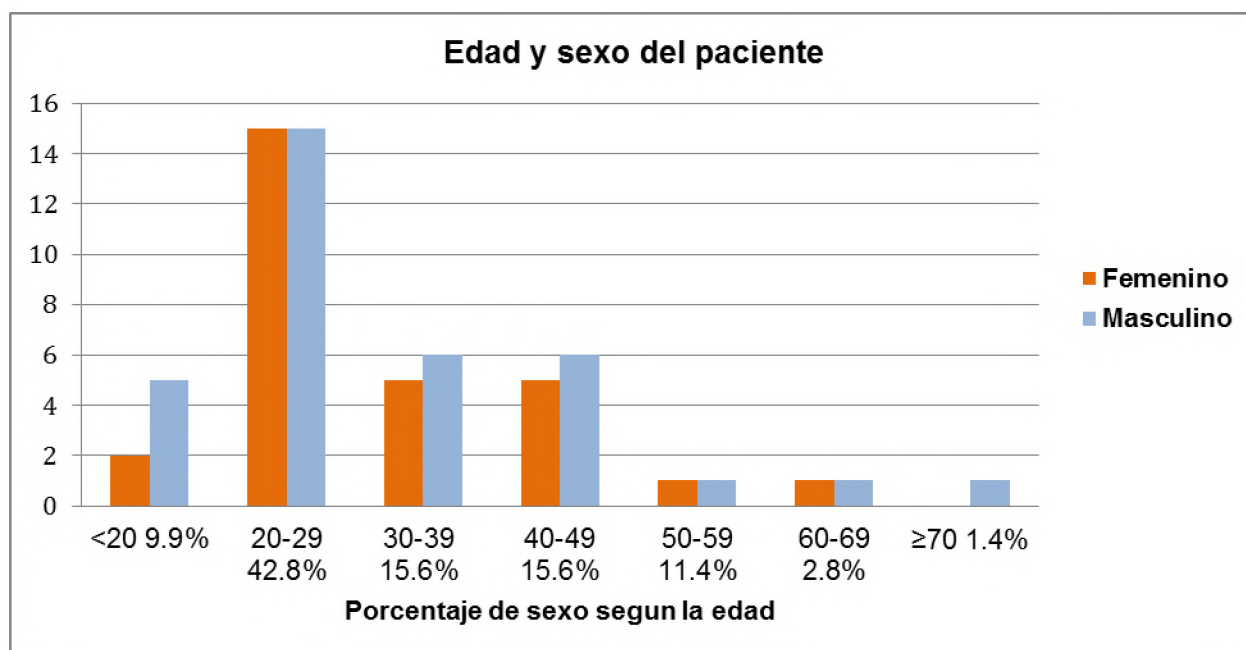
Tabla III. Distribución de los pacientes estudiados con esquizofrenia según la edad y sexo atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022-Mayo, 2023.

Edad Pacientes (años)	Total	Femenino (%)	Masculino (%)	(%)
<20	7	2,8	7,1	9,9
20-29	30	21,4	21,4	42,8
30-39	11	7,1	8,5	15,6
40-49	11	7,1	8,5	15,6
50-59	8	1,4	10	11,4
60-69	2	1,4	1,4	2,8
≥70	1	0	1,4	1,4
Total	70	41.2	58.3	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según la distribución se determinó que el porcentaje más destacado basándonos en la relación edad y sexo fue el de las edades comprendidas entre 20 hasta los 29 años de edad con un 42,8 por ciento de los cuales 21,4 por ciento corresponde al sexo femenino y 21,4 por ciento al sexo masculino, en general el 58,3 por ciento de los pacientes estudiados son del sexo masculino.

Gráfico 3. Distribución de los pacientes estudiados con esquizofrenia según la edad y sexo atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022-Mayo, 2023.



Fuente: Cuadro III.

Tabla IV. Distribución de la carga del cuidador y la toma del medicamento en los pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022-Mayo, 2023.

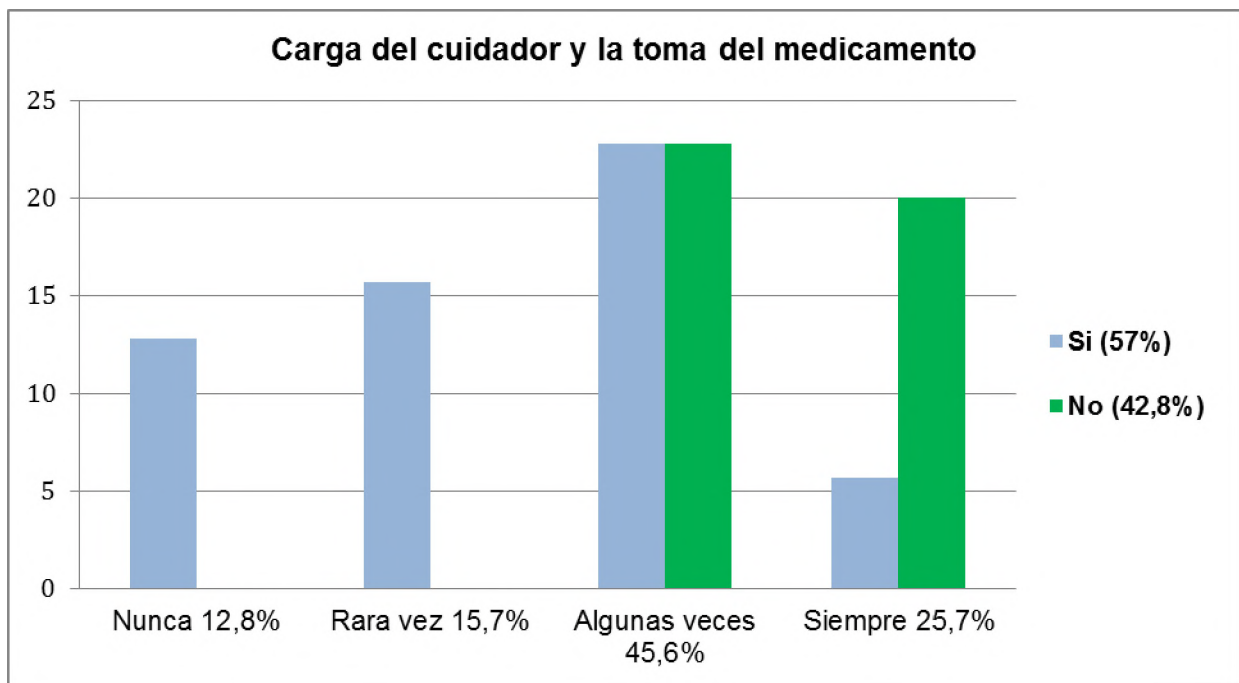
Carga del cuidador	Total	Si (%)	No (%)	(%)
Nunca	9	12,8	0	12,8
Rara vez	11	15,7	0	15,7
Algunas veces	32	22,8	22,8	45,6
Siempre	18	5,7	20	25,7
Total	70	57	42,8	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos..

Según los datos facilitados por los entrevistados se determinó que el 45,6 por ciento de los cuidadores se sienten sobrecargados en algunas ocasiones por

cuidar a sus familiares, sin embargo dentro de este grupo de estudio que equivalen a 32 pacientes se determino que un 22,8 por ciento se toman la medicación prescrita por su médico y el otro 22,8 por ciento no lo hace. Mientras que aquellos que siempre se sienten sobrecargados por cuidar a su familiar equivalen a un 25.7 por ciento y observamos que un 20 por ciento de los pacientes no se toman la medicación de manera correcta, en general destacamos que un 57 por ciento de los pacientes estudiados se toman la dosis prescrita por su médico.

Gráfico 4. Distribución de la carga del cuidador y la toma del medicamento en los pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022-Mayo, 2023.



Fuente: Cuadro IV.

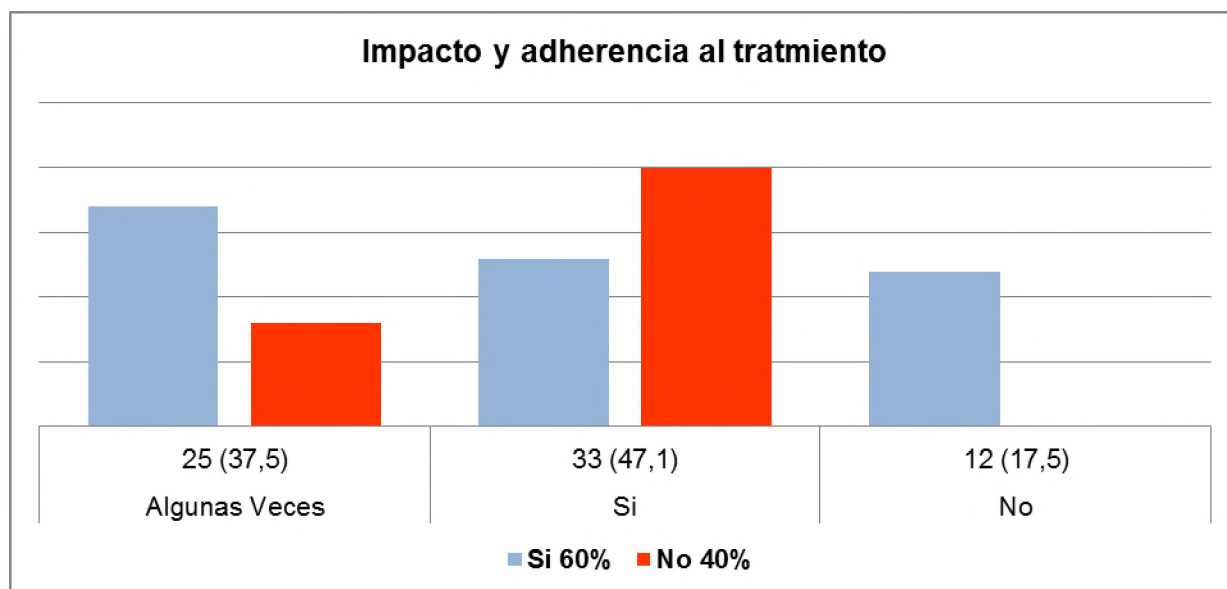
Tabla V. Distribución de la relación entre impacto en el cuidador y la adherencia al tratamiento de los pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022-Mayo, 2023.

Impacto del Cuidador	Total (%)	Adherencia al tratamiento		Total (%)
		Si (%)	No(%)	
Algunas Veces	25 (37,5)	17	8	37,1
Si	33 (47,1)	13	20	48,5
No	12 (17,5)	12	0	14,2
Total	70 (100,0)	42(60)	28(40)	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se determinó mediante los datos obtenidos que, aquellos cuidadores que reconocen que su salud se ha visto afectada por la carga de cuidar a sus familiares obtuvieron 47,1 por ciento no obstante en relación a la adherencia al tratamiento 20 de los 70 pacientes estudiados no presentaron adherencia al tratamiento, sin embargo en general un 60 por ciento de los pacientes se adhieren al tratamiento.

Gráfico 5. Distribución de la relación entre impacto en el cuidador y la adherencia al tratamiento de los pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022-Mayo, 2023.



Fuente: Cuadro V.

Tabla VI. Distribución de la cantidad de crisis que experimentan los pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022-Mayo, 2023.

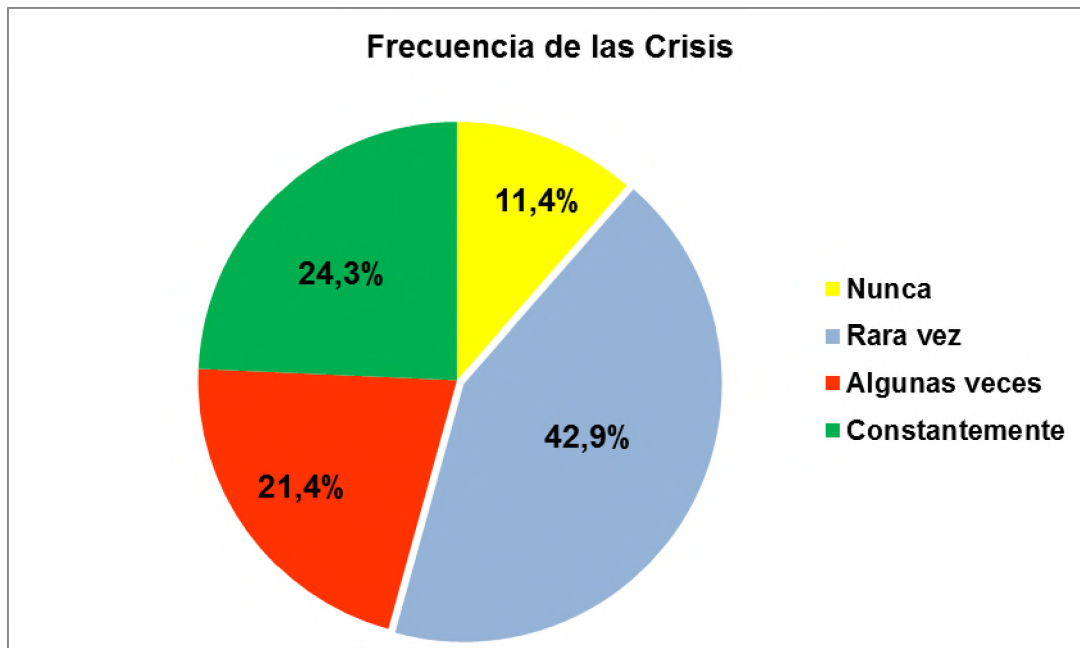
Crisis	Frecuencia	(%)
Nunca	8	11,4
Rara vez	30	42,9
Algunas veces	15	21,4
Constantemente	17	24,3
Total	70	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según los datos obtenidos mediante la recolección de datos se determinó que un 42,9 por ciento de los pacientes con esquizofrenia atendidos en el

departamentos presentaron rara vez las crisis, mientras que un 24,3 por ciento han presentado crisis constantemente.

Gráfico 6. Distribución de la cantidad de crisis que experimentan los pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022-Mayo, 2023.



Fuente: Cuadro VI.

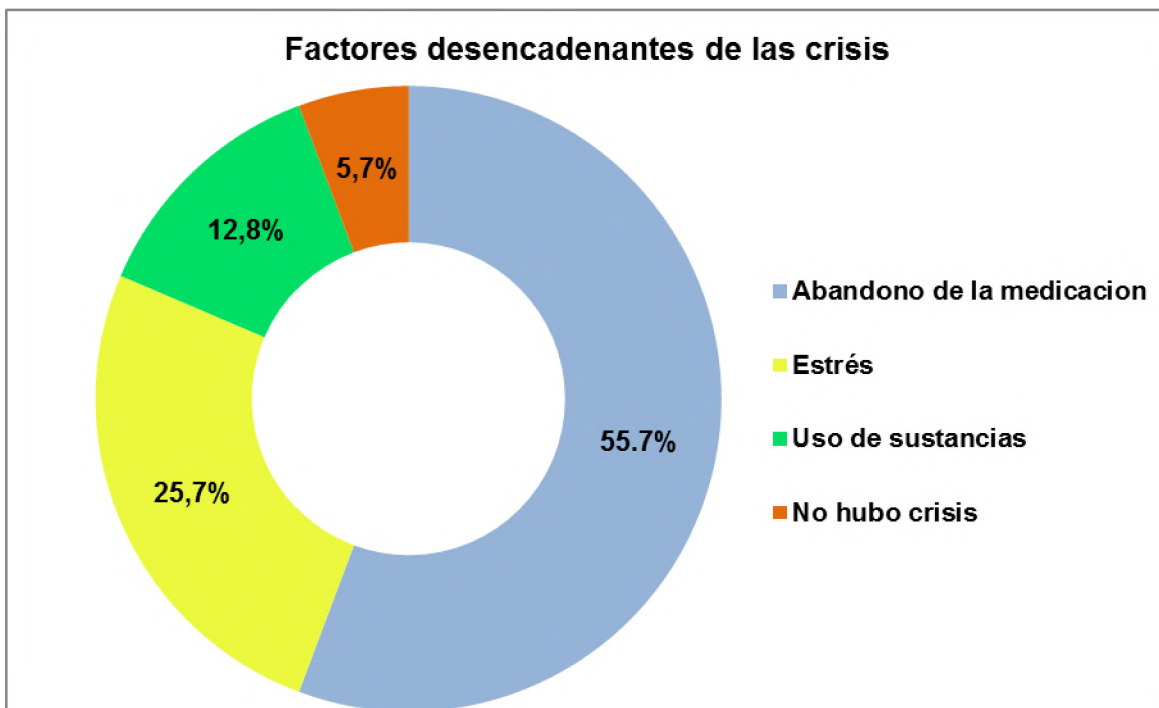
Tabla VII. Distribución de los factores desencadenantes de las crisis que experimentan los pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022-Mayo, 2023.

Factores	Frecuencia	(%)
Abandono de la medicación	39	55,7
Estrés	18	25,7
Uso de sustancias	9	12,8
No hubo crisis	4	5,7
Total	70	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Determine que dentro de los factores más relevantes que desencadenan las crisis a los pacientes con esquizofrenia que participaron en el estudio, en un 55,7 por ciento es por causa del abandono de la medicación y en un 25,7 por ciento desencadenado por el estrés.

Gráfico 7. Distribución de los factores desencadenantes de las crisis que experimentan los pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022-Mayo, 2023.



Fuente: Cuadro VII.

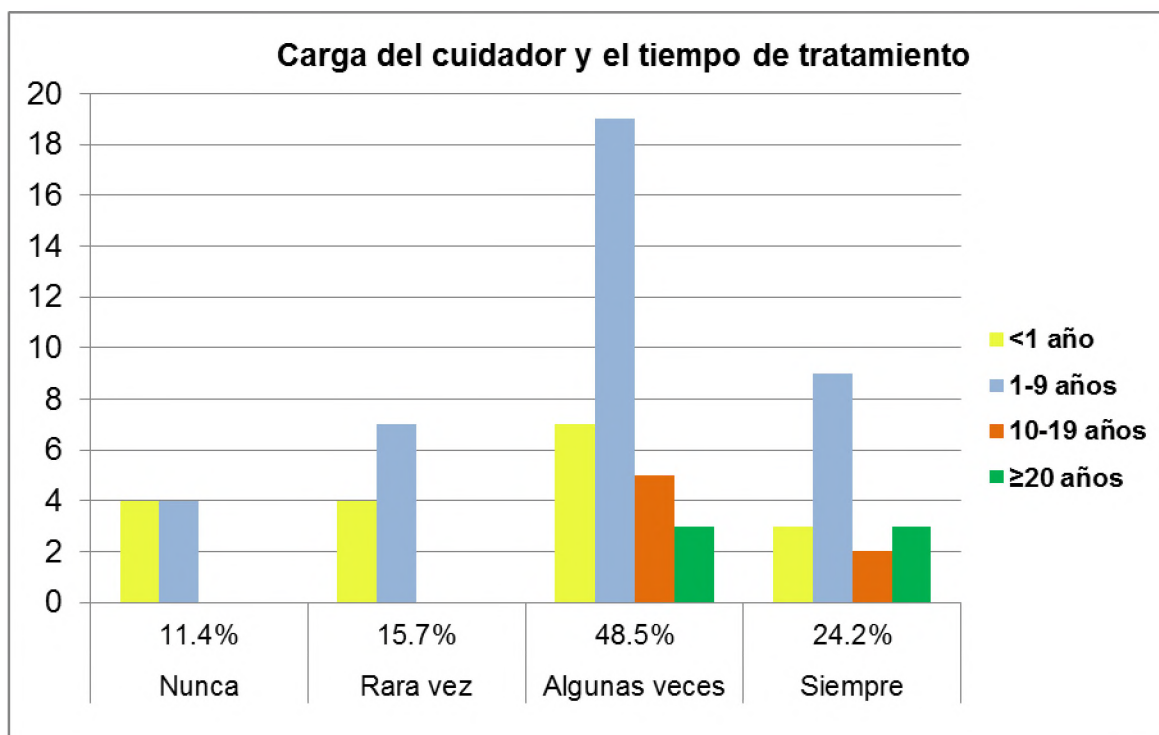
Tabla VIII. Distribución de la carga del cuidador y el periodo de tiempo que lleva de tratamiento el paciente con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022-Mayo, 2023.

Carga del cuidador	Total	Tiempo (años)				(%)
		<1 año	1-9 años	10-19 años	≥20 años	
Nunca	8	4	4	0	0	11,4
Rara vez	11	4	7	0	0	15,7
Algunas veces	34	7	19	5	3	48,5
Siempre	17	3	9	2	3	24,2
Total	70	18	39	7	6	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según los datos obtenidos en el estudio se determinó que un 48,5 por ciento de los cuidadores que se sienten sobrecargados en algunas ocasiones por cuidar a su familiar obtuvieron como resultado que sus familiares mantuvieran su tratamiento entre un periodo de tiempo de 1-9 años, continuando con un porcentaje menor de 11,4 por ciento para aquellos cuidadores que expresaron nunca sentirse sobrecargados por cuidar a sus familiares, pero que a su vez sus familiares estuvieron el tratamiento por un periodo de tiempo comprendido entre menor de un años y entre 1-9 años, ambos periodos de tiempo con un 5.7 por ciento.

Gráfico 8. Distribución de la carga del cuidador y el periodo de tiempo que lleva de tratamiento el paciente con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022-Mayo, 2023.



Fuente: Cuadro VIII.

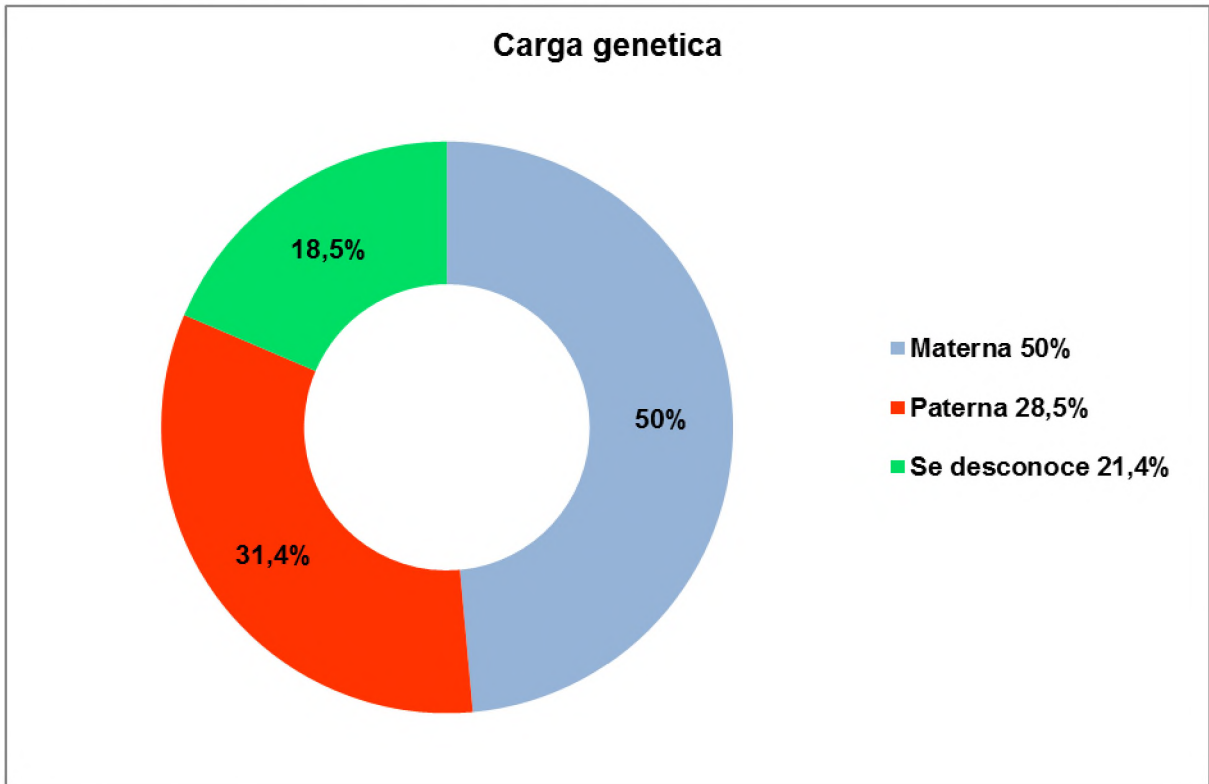
Tabla IX. Distribución de la carga genética que heredan los pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022-Mayo, 2023.

Carga genética	Frecuencia (%)	Materno	Paterno	Otros	Se desconoce	%
Materna	35 (50)	33	0	2	0	50
Paterna	22 (31,4)	0	20	0	0	28,5
Se desconoce	13 (18,6)	0	0	0	15	21,4
Total	70 (100,0)					100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Según los datos obtenidos durante este estudio se determinó que en los pacientes con esquizofrenia en un 50 por ciento heredaron la carga genética vía materna incluyendo los familiares que padecen la misma enfermedad con un porcentaje de 47,1 por ciento, en un 31,4 por ciento la heredan vía paterna incluyendo los familiares que padecen la misma enfermedad con un porcentaje de 28,5 por ciento.

Gráfico 9. Distribución de la carga genética que heredan los pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Septiembre, 2022-Mayo, 2023.



Fuente: Cuadro IX.

VIII. DISCUSIÓN

Luego de haber recopilado todos los datos ya antes expresados podemos determinar lo siguiente en esta investigación.

Se determinó que un total de 33 de los 70 cuidadores expresaron sentirse sobrecargados en algunas ocasiones, mientras que otros 18 cuidadores expresaron sentirse siempre sobrecargados por cuidar a su familiar, si hacemos una sumatoria de ambos grupos obtendremos un total de de 72,8 por ciento de sobrecarga en el cuidador, cifra que resulta preocupante, ya que esto equivale a un mayor porcentaje de deterioro de la salud de estos cuidadores. En un estudio sobre Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario realizado por Torres-Avenidaño B, Agudelo-Cifuentes MC, Pulgarin-Torres M, Berbesi-Fernández DY. Medellín, Colombia, el cual identificó una prevalencia de sobrecarga intensa de 19,4 por ciento, sobrecarga leve de 20,3 por ciento y el 60,3 por ciento no tenían sobrecarga. Por lo que basándonos en estos resultados comparamos que en nuestro estudio existe un 26,8 por ciento por encima del estudio comparativo en lo referente a la sobrecarga leve y un 6,3 por ciento por encima de la sobrecarga intensa, aun existiendo esta diferencias en porcentajes podemos expresar que ambos estudios coinciden en cuanto a la proporción de los cuidadores que expresaron su sobrecarga.

La distribución de la carga de estos cuidadores según la edad nos demuestra que el rango con mayor porcentaje de carga fue el comprendido desde los 40 hasta los 59 años de edad, que equivalen a 34 de los 70 cuidadores estudiados, esto nos permite determinar que son la población de estudio más vulnerable, ya que representan el mayor porcentaje de sobrecarga con un 48,5 por ciento en general, le continúan las edades entre 20-29 años y 60-69 años con un porcentaje de 18,5 en cada rango de edad. En un estudio sobre Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario realizado por Torres-Avenidaño B, Agudelo-Cifuentes MC, Pulgarin-Torres M, Berbesi-Fernández DY. Medellín, Colombia, la edad promedio fue de 57 años, siendo la edad más frecuente 60 años.⁴ Sin embargo en nuestra población la edad promedio fue de 45 años

siendo las más frecuente 49 años, por lo que nuestro estudio difiere del estudio comparativo en el promedio de la edad de los cuidadores.

Dentro de la distribución de edad y sexo de los pacientes se destacó que el sexo masculino es más preponderante con un 58,3 por ciento a diferencia del sexo femenino que obtuvo un 41,2 por ciento del total de los pacientes incluidos en este estudio, la edad más destacada fue la comprendida entre los 20-29 años determinada por un total de 30 pacientes de los 70, los rangos que le continúan son entre los 30 hasta los 49 años de edad con un total de 22 pacientes equivalentes a un 31,2 por ciento de la población estudiada. La Organización Mundial de la Salud realizó un estudio en el cual describió que los pacientes con esquizofrenia son más frecuentes en el sexo masculino con un estimado de 12 millones, mientras que en las mujeres es de 9 millones. Del mismo modo, los hombres desarrollan esquizofrenia a una edad temprana. Por lo que basado en los resultados de ambos estudios determinamos que los mismos coinciden en cuanto al sexo de los pacientes con esquizofrenia.

Respecto a la distribución de la carga del cuidador y la toma del medicamento en los pacientes con esquizofrenia se comprobó que 20 de los 70 cuidadores que nunca o rara vez se sintieron sobrecargados por cuidar a sus familiares obtuvieron como resultados que 28,5 por ciento de los pacientes se tomaron la dosis prescrita por su médico, aquellos cuidadores que expresaron sentirse sobrecargados en algunas ocasiones o siempre equivalen a 50 de los 70 que participaron en el estudio, estos arrojaron como resultado que 28,5 por ciento de sus familiares tomaron la dosis prescrita por su médico mientras el 42,8 por ciento no tomó la dosis.

Podemos determinar que la relación entre el impacto del cuidador y la adherencia al tratamiento es fundamental para la base de nuestro estudio destacando que 58 de los 70 cuidadores expresan que su salud se ha visto afectada en su totalidad o en algunas ocasiones luego de ser cuidador, con un 85,6 por ciento del total de cuidadores una cifra que en conjunto con la carga del cuidador es preocupante ya que dado lo expresado en este estudio confirmamos que a mayor carga e impacto del cuidador menor adherencia al tratamiento

presenta el paciente en este caso la mala adherencia equivale a un 40 por ciento del total de los pacientes estudiados, sin embargo destacamos que dentro de la población de estudio 12 cuidadores que expresaron no verse afectados por cuidar a su familiar demostraron que sus 12 pacientes presentaron adherencia al tratamiento expresados en un 17,5 por ciento, ambos extremos nos demuestran que se debe mantener un equilibrio tanto en el impacto del cuidador es decir su salud y la adherencia al tratamiento que es parte fundamental para la funcionalidad del paciente. Según los datos aportados por el doctor Javier Soto, del Departamento de Farmacoeconomía de Pfizer, la mala adherencia es responsable de entre el 5 y 10 por ciento de los ingresos hospitalarios, de 2,5 millones de urgencias médicas.⁹ En nuestro estudio corroboramos que la adherencia al tratamiento es vital a la hora de determinar que tan estable se encuentra el paciente, ya que pudimos presenciar las dificultades que presenta el paciente cuando no se adhiere al tratamiento y el impacto negativo que causa en el cuidador tanto en su salud física como mental.

Se determino que dentro de la frecuencia de la cantidad de crisis que presentaban los pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental del Hospital General Doctor Vinicio Calventi, evidencio que solo 8 de los 70 pacientes incluidos en el estudio nunca presento una crisis, aquellos que presentan crisis continua equivalen a 17 de los 70 pacientes estudiados con un 24,3 por ciento del total de la población de estudio, si se incluyen aquellos pacientes que presenta crisis rara vez o en algunas ocasiones obtendríamos una sumatoria de 45 pacientes con un 64,3 por ciento, este resultado va de la mano con la toma del medicamento y la adherencia, ya que si no se priorizan estos 2 objetivos en los pacientes con esquizofrenia aumentarían las frecuencias de las crisis, si nos enfocamos en los factores que desencadenan estas crisis debemos destacar que el factor fundamental descrito en este estudio es el abandono de la medicación factor que prevalece en 39 de los 70 pacientes que participaron en el estudio, a este factor le continua el estrés el cual fue expresado por 18 de los 70 pacientes, un factor muy importante que en la actualidad se destaca es el uso de

sustancias el cual en este estudio arrojó un 12,8 por ciento equivalente a 9 de los 70 pacientes.

En lo referente a la distribución del periodo de tiempo que lleva el paciente con el tratamiento y la carga del cuidador evidenciamos que en un 55.7 por ciento el cual equivale a 39 de los 70 pacientes en los cuales el tiempo de tratamiento fue comprendido entre 1 y 9 años, determinamos que 19 cuidadores incluidos en esta grupo expresaron sentirse sobrecargados durante este periodo, en la carga de los cuidadores, el periodo de tiempo que le continúa en cuanto a porcentaje se refiere es el menor de 1 año el cual cuenta con 18 de los 70 pacientes, en donde se destacan 7 cuidadores que expresaron sentirse sobrecargados en algunas ocasiones. Dentro de la carga del cuidador estos expresaron en un porcentaje de 24,2 por ciento sentirse siempre sobrecargados en un total de 17 pacientes de los 70 estudiados.

Dentro de la distribución de la carga genética se destacó con un 50 por ciento equivalente a 35 de los 70 pacientes incluidos en el estudio los cuales expresaron que la carga genética venía heredada por vía materna, dentro de los cuales se incluyó aquellos familiares que presentaran la misma patología en donde obtuvimos como resultado que en un 50 por ciento de los familiares por vía materna padecen la enfermedad, dentro de la carga genética heredada por vía paterna se obtuvo como resultado que un 31,4 por ciento corresponde a la carga paterna, de igual forma de incluir a los familiares por vía paterna que padecen la enfermedad y resultó que un 28,5 por ciento padece de esquizofrenia, tan solo un 21,4 por ciento de la población total del estudio desconoce de quien hereda la carga genética.

IX. CONCLUSIONES

1. Si determinamos la carga del cuidador y la adherencia al tratamiento de los paciente con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental de psiquiatría del Hospital General Dr. Vinicio Calventi, podemos concluir que los cuidadores expresaron sentirse sobrecargado en diferentes rangos de frecuencia, sin embargo los pacientes presentaron adherencia al tratamiento por lo que concluimos que al comparar ambas variables podemos establecer que aunque exista un alto porcentaje de sobrecarga del cuidador, los pacientes presentan una adherencia al tratamiento, no obstante debemos destacar que se debe hacer un mayor énfasis en el bienestar del cuidador ya que este es quien vela por la salud del paciente y en este estudio se determino que aunque la sobrecarga del cuidador este elevada aun así estos velan por la salud de su familiar.
2. Dentro de las características de la población de estudio establecimos que en un gran porcentaje los pacientes pertenecientes al estudio son del sexo masculino, tal como estableció el estudio realizado por la Organización Mundial de la salud donde describe que son más frecuentes en el sexo masculino con un estimado de 12 millones. Las edades más frecuentes dentro de la población de los pacientes es la comprendida entre 20 y 29 años, sin embargo en la población de cuidadores la edad más frecuente fue la comprendida entre 40 y 49 años a diferencia del estudio realizado en Medellín-Colombia el que establece que la edad más frecuente de su población de cuidadores fue la de 60 años con una media de 57 años.
3. En cuanto a la toma del medicamento podemos concluir que de los pacientes estudiados la mayoría toma la dosis prescrita por su médico, lo que corrobora lo antes mencionado en cuanto a la adherencia al tratamiento.
4. Dentro de la comparación del impacto del cuidador y la adherencia al tratamiento puedo concluir desde un punto de vista general los cuidadores expresaron que su salud se ha visto afectada por cuidar a su familiar, sin embargo respecto a los pacientes, estos presentan una adherencia al

tratamiento por lo que podemos determinar que aunque los pacientes se adhieran al tratamiento, aun sigue existiendo una carga que afecta la salud del cuidador por lo que se debe hacer énfasis en la salud de los cuidadores, ya que son de vital importancia.

5. El factores que desencadeno la mayor cantidad de crisis en nuestra población de estudio fue el abandono de la medicación expresados por los pacientes con esquizofrenia del estudio, por lo que concluimos que parte importante de la crisis es la falta de conciencia de enfermedad ya que esto conlleva a que un gran porcentaje de nuestra población en algún momento de su vida presento una crisis y dentro de esta cantidad de pacientes debemos destacar que varios presentan con mayor frecuencia las crisis.
6. En el estudio un el rango de tiempo de la toma de medicamento de los pacientes con esquizofrenia fue de 1 a 9 años, seguido por el mayor tiempo de tratamiento que corresponde a mas de 20 años, en comparación con la carga del cuidador, los cuidadores expresan su sobrecarga la cual corresponde al mismo periodo de tiempo que lleva el paciente con su tratamiento.
7. Cuando se determino en nuestro estudio de quien se hereda la carga genética, se concluyo que los pacientes y cuidadores establecieron que fue heredada por vía materna, en el estudio incluimos a los familiares del paciente que padecen de esquizofrenia en los que se incluyeron madre/padre, abuela/o, bisa abuela/o, y se determino que en un gran porcentaje presentan esquizofrenia.

X. RECOMENDACIONES

Ministerio de Salud Pública:

1. Estructurar programas para fomentar la psicoeducación enfocado al cuidador en el cual su objetivo principal sea desarrollar estrategias sobre el autocuidado y el bienestar del mismo, evitando el síndrome de sobrecarga en el cuidador.
2. Realizar talleres para concientizar tanto al cuidador como al paciente sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y los beneficios que se obtienen con una adecuada toma de la medicación en los pacientes con esquizofrenia.

A los profesionales de Salud:

1. Formar grupos de apoyo para proporcionar alternativas de intervención familiar orientadas a un modelo de intervención grupal en el que ofrecen información sobre la esquizofrenia y apoyo emocional a los familiares.
2. Establecer un personal de salud que organice programas con intervenciones psicosociales centralizadas en las dificultades de cada individuo donde se fomente las terapia individuales, la capacitación en habilidades sociales, proporcionar terapia familiar, rehabilitación vocacional, con la finalidad de restablecer al individuo a ser productivo y autosuficiente ante la sociedad.

A la población en general:

1. Acudir a los centros pertinentes para obtener la información necesaria sobre el cuidado de su familiar y su propio cuidado, para mejorar la calidad de vida de ambos.

XI. REFERENCIAS

1. Sadock BJ. Sadock VA. Ruiz P. *Kaplan & Sadock: sinopsis de psiquiatría*. 11ª edición, Filadelfia (Estados Unidos): Wolters Kluwer, 2015: 227-514.
2. American Psychiatric Association, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, Washington, DC (Estados Unidos); Londres (Inglaterra): Asociación Americana de Psiquiatría, 2014: 49-70.
3. Torres-Avenidaño B, Agudelo-Cifuentes MC, Pulgarin-Torres M, Berbesi-Fernández DY. Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín, 2017. Univ. Salud. 2018; 20(3):261-269.
4. Allen F. Pincus H. First MB. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV, Washington, DC (Estados Unidos); Londres (Inglaterra): Asociación Americana de Psiquiatría, 1994: 279-298.
5. Plan Nacional de Salud Mental [sede web]. República Dominicana: Ministerio de Salud Pública; 2019 [acceso el 3 de agosto de 2021] La atención de salud mental [73 páginas]. Disponible en: https://www.msp.gob.do/web/?page_id=1339
6. Resumen de Salud [sede web]. República Dominicana: García H; 2019 [acceso 4 de diciembre 2020] La Población dominicana padece un trastorno mental [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.resumendesalud.net/85-psiquiatria/18200-mas-del-20-de-poblacion-dominicana-padece-un-trastorno-mental>.
7. Organización de la Salud Mundial [sede web]. OMS: 11 de mayo 2018 [acceso 21 de enero 2022] Esquizofrenia [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>.
8. Organización de la Salud Mundial [sede web]. OMS: 11 de mayo 2018 [acceso 21 de enero 2022] Esquizofrenia [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>.
9. Con Salud [sede web]. España: Olivares JM; 2017 [acceso 9 de junio 2019] En España hay unas 600.000 personas con esquizofrenia o

- trastornos asociados [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: https://www.consalud.es/pacientes/en-espana-hay-unas-600-000-personas-con-esquizofrenia-o-trastornos-asociados_36884_102_amp.html
10. Salud y Medicinas [sede web]. Mexico: Alfaro D; 2017 [acceso 24 de octubre 2018] Instituto mexicano del seguro social [89 páginas]. Disponible en: <https://www.saludymedicinas.com.mx/centros-desalud/salud-mental/articulos/esquizofrenia-segunda-enfermedad-mentalen-mexico.html>.
 11. Foro Diálogos Pfizer [sede web]. España: 2017 [acceso 20 de febrero 2018] La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida [12 páginas]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pfizer-adherencia-01.pdf>
 12. López-Rodríguez P, Sanmillán-Brooks H, Cainet-Beltrán A , Olivares-Martínez O. Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. *Rev Inf Cient.* 2018; 93(5):1189-1206.
 13. Palomo T, Jimenez-Arriero M; Esquizofrenia y psicosis relacionadas. En: Peralta–Martin V, Cuesta-Zorita M. *Manual de psiquiatría*, Madrid (España): Ene life publicidad S.A y Editores, 2019: 267-268
 14. Palomo T, Jimenez-Arriero M; Esquizofrenia y psicosis relacionadas. En: Peralta–Martin V, Cuesta-Zorita M. *Manual de psiquiatría*, Madrid (España): Ene life publicidad S.A y Editores, 2019: 268-269
 15. Black W, Andreasen N. Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno delirante (paranoide). En: *Texto introductorio de psiquiatría*. 1era ed, México: editorial El Manual Moderno; 2020: 436-438.
 16. Palomo T, Jimenez-Arriero M; Esquizofrenia y psicosis relacionadas. En: Peralta–Martin V, Cuesta-Zorita M. *Manual de psiquiatría*, Madrid (España): Ene life publicidad S.A y Editores, 2019: 268-270
 17. Black W. Andreasen N. Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno delirante (paranoide). En: *Texto introductorio de psiquiatría*. 1era ed, México: editorial El Manual Moderno; 2020: 438-439

18. Palomo T, Jimenez-Arriero M; Esquizofrenia y psicosis relacionadas. En: Peralta–Martin V, Cuesta-Zorita M. *Manual de psiquiatría*, Madrid (España): Ene life publicidad S.A y Editores, 2019: 271-272.
19. Madrigal de Leon E. Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia. *Scielo* 2018; 37: 5-13.
20. Black W, Andreasen N. Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno delirante (paranoide). En: *Texto introductorio de psiquiatría*. 1era ed, México: editorial El Manual Moderno; 2020:449-451
21. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Manual de psiquiatría clínica*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017: 94-96.
22. Leiderman E. Esquizofrenia: datos recientes, perspectivas futura. *Rev. Arg. de Psiquiat.* 2020; 31 (150): 2-5.
23. López-Rodríguez P, Sanmillán-Brooks H, Cainet-Beltrán A, Olivares-Martínez O. Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. *Rev Inf Cient.* 2020; 93(5):1189-1206.
24. Morales Rodríguez E. Esquizofrenia y Aberraciones cromosómicas. *Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana* [Internet]. 2019 [citado 10 dic 2020]; 9(2). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/Revista%202-2012/hphrev2-12-1.html> ISSN 1028-9933 1204
25. Montero Gutiérrez MI, Faure Vidal A, Fleites Mesa NV. Caracterización de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia. *Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana* [Internet]. 2020 [citado 5 nov 2022]; 7(3). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0310/hph01310.html>
26. Black W, Andreasen N. Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno delirante (paranoide). En: *Texto introductorio de psiquiatría*. 1era ed, México: editorial El Manual Moderno; 2020: 435-436.
27. Sánchez-Cadena A, Donaire-Martínez S, Anguita-Montenegro B, Luque-Jiménez M, Rodríguez- Martínez B. Esquizofrenia En: García-Sacristán A, González-Suarez S. *Patología psiquiátrica*; Toledo (España): Editorial

- Hospital General Universitario de Ciudad Real, Servicio de Farmacia. 2020:34.
28. Palomo T, Jimenez-Arriero M; Esquizofrenia y psicosis relacionadas. En: Peralta–Martin V, Cuesta-Zorita M. *Manual de psiquiatría*, Madrid (España): Ene life publicidad S.A y Editores, 2019: 274-275.
29. Sánchez-Cadena A, Donaire-Martínez S, Anguita-Montenegro B, Luque-Jiménez M, Rodríguez- Martínez B. Esquizofrenia En: García-Sacristán A, González-Suarez S. *Patología psiquiátrica*; Toledo (España): Editorial Hospital General Universitario de Ciudad Real, Servicio de Farmacia. 2020:32-33.
30. Palomo T, Jimenez-Arriero M; Esquizofrenia y psicosis relacionadas. En: Peralta–Martin V, Cuesta-Zorita M. *Manual de psiquiatría*, Madrid (España): Ene life publicidad S.A y Editores, 2019: 272-273
31. Black W. Andreasen N. Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno delirante (paranoide). En: *Texto introductorio de psiquiatría*. 1era ed, México: editorial El Manual Moderno; 2020: 479-480.
32. Mayo Clinic [sede web]. España: Esquizofrenia; 2021 [acceso 29 de Julio 2021] [2 pantallas aproximadamente]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases/conditions/schizophrenia/diagnosis-treatment/drc-20354449>
33. Lorenzo-Díaz JC, Díaz-Alfonzo H, Carrete-Friol ZD, Hernández-Quiñones OL, Barrios-Licor AR. Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo. *Rev Scielo* 2021; 25(6): 2-5.
34. Moore D, Jefferson W. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos En: Moore D, Jefferson W. *Manual de psiquiatría medica*; 2ª ed, Kentucky (Estados Unidos): Novedad editorial, 2019: 121-122.
35. Schulz SC, Goerke D, O'Sullivan D, Jasberg SG. Esquizofrenia. En: Gabbard GO. *Tratamiento de desórdenes psiquiátricos*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2021: capítulo 8.

36. Travé, J., & Pousa, E. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del psicólogo*, 33, 48-59.
37. Abdul-Rahman MF, Qiu A, Woon PS, Kuswanto C, Collinson SL, Sim K. Arcuate fasciculus abnormalities and their relationship with psychotic symptoms in schizophrenia. *PLoS One* 2021; 7: e29315. Epub 2012 Jan 5.
38. Yılmaz U, Yılmaz TS, Dizdärer G, Akıncı G, Güzel O, Tekgül H. Efficacy and tolerability of the first antiepileptic drug in children with newly diagnosed idiopathic epilepsy. *Seizure* 2019.
39. Ortiz MF, Fernández A, Forteza GL. Tratamiento. En: Ortiz MF, Fernández A, Forteza GL. 1a ed. Madrid: *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2020: 82-114.
40. Psicología y mente [sede web]. México 9 España 2019. ¿Por qué mucha gente con esquizofrenia deja de medicarse? [Aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/psicofarmacologia/gente-con-esquizofrenia-deja-de-medicarse>
41. Guzmán Y; Tejada P; Romero A. Terapia electroconvulsiva, experiencia en la clínica universitaria teletón; *Revista Facultad de Salud*; Sabana 2012.
42. Discapnet [sede web]. México 7 Julio 2021. Cuidado del cuidador. [Aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: <https://www.discapnet.es/mayores/el-cuidador/cuidado-del-cuidador/concepto-y-perfil>
43. Vargas Negrin F. Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible. *Rev Scielo*. 2020; 6 (1):1-3.
44. Lopez-Romero L, Romero-Guevara S, Ines-Parra D, Rojas-Sanchez Z. Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Rev Scielo*. 2022; 21 (1):2-7.
45. Opimec [sede web]. España 21 marzo 2022. Cuidadores familiares. Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades

- Crónicas Complejas. [Aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.opimec.org/recursos/332/cuidadoresnet-cuidadores-familiares/>
46. Cardona D, Segura A, Berberí D, Agudelo M. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(1): 30-39.
47. Vargas Hoyos, Leonardo Javier. Tamizaje de carga mental en cuidadores familiares de personas con diagnósticos psiquiátricos en una institución hospitalaria en Bogotá. [Trabajo de Grado]. Colombia: Facultad de Ciencias de la Salud; 2022.
48. National Institute of Mental Health [sede web] Estados Unidos: El cuidado de su salud mental 2022 [acceso 2 de Septiembre] [2 pantallas aproximadamente]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/espanol/el-cuidado-de-su-salud-mental/el-cuidado-de-su-salud-mental>
49. Organización Mundial de la Salud [sede web] Estados Unidos: Salud mental: fortalecer nuestra respuesta, 2022 [Acceso 17 de Junio] [3 pantallas aproximadamente]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
50. Escamilla-Orozco R, Becerra-Palars C, Armendáriz-Vázquez Y, Corlay-Noriega I, Herrera-Estrella M, Llamas-Núñez R, *et al.* Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. *Scielo* 2022; 159.
51. Clinic Barcelona [sede web]. Barcelona, Miguel Bernardo Arroyo, Miquel Bioque Alcázar, 20 de febrero 2018 [20 de febrero del 2018] Enfermedades, síntomas y estados de salud-Esquizofrenia [Aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/esquizofrenia/pro-nostico#Feedback>
52. Moore D, Jefferson W. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos En: Moore D, Jefferson W. *Manual de psiquiatría médica*; 2ª ed, Kentucky (Estados Unidos): Novedad editorial, 2019: 121

53. Clinic Barcelona [sede web]. Barcelona, Miguel Bernardo Arroyo, Miquel Bioque Alcázar, 20 de febrero 2018 [20 de febrero del 2018] Enfermedades, síntomas y estados de salud-Esquizofrenia [Aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/esquizofrenia/pro-nostico#Feedback>
54. Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios [sede web]. España 3 de enero de 2021. ¿Se puede prevenir la esquizofrenia? [Aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.isesinstituto.com/noticia/se-puede-prevenir-la-esquizofrenia>
55. U.S. National Library of Medicine [sede web] Estados Unidos: National Institutes of Health, Health & Human Services, 2021 [acceso 3 de julio] Esquizofrenia [1 pantalla]. Disponible en: <https://id.nlm.nih.gov/mesh/D012559.html>
56. U.S. National Library of Medicine [sede web] Estados Unidos: National Institutes of Health, Health & Human Services, 2019 [acceso 26 de junio] Cuidador [1 pantalla]. Disponible en: <https://id.nlm.nih.gov/mesh/D017028.html>
57. U.S. National Library of Medicine [sede web] Estados Unidos: National Institutes of Health, Health & Human Services, 2020 [acceso 20 de mayo] Adherencia al tratamiento [1 pantalla]. Disponible en: <https://id.nlm.nih.gov/mesh/D000074822.html>
58. U.S. National Library of Medicine [sede web] Estados Unidos: National Institutes of Health, Health & Human Services, 2021 [acceso 28 de junio] [1 pantalla]. Disponible en: <https://id.nlm.nih.gov/mesh/D012723.html>
59. Osorio Vigil A. Primeros auxilios psicológicos; *Rev de la asociación latinoamericana para la formación y enseñanza psicológica* 2022; 10(28): 1-3.
60. U.S. National Library of Medicine [sede web] Estados Unidos: National Institutes of Health, Health & Human Services, 2020 [acceso 9 de julio]

Carga genética [1 pantalla]. Disponible en:
<https://id.nlm.nih.gov/mesh/D040741.html>

61. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2020; VI (2): 321.
62. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2017.

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Aprobación del tema		Febrero
Búsqueda de referencias		Marzo
Elaboración del anteproyecto	2022	Abril
Sometimiento y aprobación		Mayo-Junio
Sometimiento de la encuesta-entrevista		Julio
Tabulación y análisis de la información		Agosto-Diciembre
<hr/>		
Redacción del informe		Enero-Abril
Revisión del informe		Mayo
Encuadernación	2023	Junio-Julio
Presentación		Julio

XII.2. Instrumento de recolección de datos

CARGA DEL CUIDADOR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL GENERAL DOCTOR VINICIO CALVENTI. SEPTIEMBRE, 2022 – MAYO, 2023.

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) Forma No _____

Nombre del cuidador _____

Nombre del paciente _____

Edad del paciente _____ Años

Edad del cuidador _____ Años

Sexo del paciente F M

Parentesco con el paciente:

- a) Madre
- b) Padre
- c) Hermana
- d) Hermano
- e) Tío
- f) Tía
- g) Abuelo
- h) Abuela
- i) Otro _____

1. ¿A qué edad se le diagnosticó esquizofrenia al paciente?
2. ¿Hace cuánto tiempo se medica el paciente y cual tratamiento toma?
3. ¿El paciente toma la dosis prescrita por su médico?
4. ¿En caso de abandono de la medicación cuál fue el motivo?
5. ¿Con que frecuencia entra su familiar en crisis?
 - a) Nunca

- b) Rara vez
 - c) Algunas veces
 - d) Constantemente
6. ¿Cuál es el factor que desencadena la crisis?
7. ¿De quién hereda la carga genética el paciente?
- a) Materna
 - b) Paterna
 - c) Se desconoce
8. ¿Quién más padece de esquizofrenia en la familia?
9. ¿El paciente ha intentado contra su vida?

¿Qué tan cooperador es el familiar/paciente al momento de tomar su medicación?

- a) Poco cooperador
 - b) Muy cooperador
10. ¿Ha sentido temor por su vida cuando su familiar/paciente entra en crisis?
- a) Nunca
 - b) Rara vez
 - c) Algunas veces
 - d) Siempre
11. ¿Usted tiene un horario fijo para medicar al familiar/paciente?
- a) Si
 - b) No
12. ¿Anhela poder ceder el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?
- a) Nunca
 - b) Rara vez
 - c) Algunas veces
 - d) Si

13. ¿Se siente sobrecargado y/o estresado por cuidar de su familiar/paciente?

- a) Nunca
- b) Rara vez
- c) Algunas veces
- d) Siempre

14. ¿Entiende que su salud ha sido perturbada por cuidar a su familiar/paciente?

- a) Si
- b) No
- c) Algunas veces

15. ¿Piensa que su familiar/paciente solicita más ayuda de lo necesario?

- a) Nunca
- b) Rara vez
- c) Algunas veces
- d) Frecuente

16. ¿Usted considera que no dispone de suficiente dinero para buscar quien cuide de su familiar de manera profesional por el gasto que conlleva hacerlo?

- a) Si
- b) No
- c) Prefiero cuidarlo yo

XII.3. Consentimiento informado

Usted ha sido invitada a formar parte de esta investigación, en caso de usted aceptar su participación, se procederá con el llenado de un cuestionario, el cual consta de 16 preguntas donde se va a recolectar información sobre la carga del cuidador en los pacientes con esquizofrenia. La participación en el estudio será voluntaria y su atención médica no va a ser modificada en caso de aceptar o rechazar el estudio. La persona puede retirar su participación en cualquier momento sin nosotros exigir ningún tipo de explicación y prestación. Usted no obtendrá ningún beneficio económico por la participación, al igual que no existe ningún tipo de riesgo. Si surge alguna inquietud contará con el asesoramiento de la sustentante ya mencionada y de los doctores presentes. La presente investigación será realizada por la estudiante Francesca María Socorro de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), bajo el asesoramiento de la doctora Kersy Medina Félix, Psiquiatra en el departamento de salud mental del Hospital General Dr. Vinicio Calventi, con el propósito de conocer la carga del cuidador y la adherencia al tratamiento de los pacientes con esquizofrenia.

Este proyecto amerita la utilización y manejo de datos de carácter personal, que en todo caso le será garantizado la confidencialidad de estos, estos datos no serán utilizados para otros propósitos fuera de esta investigación. Para que conste por escrito a efectos de información de los pacientes y/o de sus representantes legales, se formula y se entrega la presente hoja informativa.

He leído la hoja de información que se me ha entregado y he comprendido en todos sus términos. He sido suficientemente informada y he podido hacer preguntas sobre los objetivos y metodología aplicados en el proyecto de investigación.

Nombre del paciente

Nombre del cuidador

Firma

Fecha

XII.4. Costos y recursos

XII.4.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 1 sustentantes • 2 asesores (metodológico y clínico) • Personal médico calificado en número de cuatro • Personas que participaron en el estudio 			
XII.4.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	2 resmas	640.00	640.00
Papel Mistique	3 resmas	270.0	720.00
Lápices	5 unidades	15.00	75.00
Borras	2 unidades	40.00	80.00
Bolígrafos	5 unidades	35.00	175.00
Sacapuntas	2 unidades	25.00	50.00
Presentación: Sony SVGA VPL-SC2	3 unidades	700.00	2,100.00
Digitaldata projector.	2 unidades	150.00	300.00
Cartuchos HP 45 A y 78 D Calculadoras			
XII.4.3. Información			
Adquisición de libros	1 libro	750,00	750
Revistas	1 Revistas	500	500
Otros documentos			
Referencias (ver listado de referencias)			
XII.4.4. Económicos*			
Papelería (copias)	1,000 copias	5.00	5,000
Encuadernación	15 informes	100	1,500.00
Alimentación			5,000.00
Transporte			10,000
Inscripción al curso			20,000
Inscripción de anteproyecto			16,500
Inscripción de la tesis			16,600
Subtotal			88,1850
Imprevistos 10%			8,815
Total			\$80,815.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por el sustentante.

XII.5. Evaluación

Sustentante:

F. Socorro J.
Francesca María Socorro Javier
14-2225


Rubén Dario Pimentel
Dr. Rubén Dario Pimentel
(Metodológico)

Asesores:

Dra. Kersy Medina Félix
Dra. Kersy Medina Félix
(Clínico)

Jurado

Jonathan Bravo Vásquez
Dr. Jonathan Bravo Vásquez


Dra. Cindy Leticia Rodríguez
Dra. Cindy Leticia Rodríguez

*Dra. Cindy L. Rodríguez V.
Médico-Psicoterapeuta
Exq. 456-19
CMD: 39607*

Dra. Edelmira Altagracia Espailat
Dra. Edelmira Altagracia Espailat


Claudia María Scharf
Claudia María Scharf
Directora Escuela de Medicina

Autoridades:


Dr. William Duke
Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud

Evaluación: O Aprobado O Devuelto para modificar O Rechazado

Fecha de presentación: 26/07/2025

Calificación: 96-A