Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

Facultad de Medicina

ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES SOBRE LAS VARIABLES ASOCIADAS AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI ENTRE LOS PERIODOS DE 1971-2011.

Tesis presentada por:
NILTON DAVID ALVAREZ GUTIERREZ
Para Optar el Titulo de
Medico-cirujano

Asesor: Dr. José Alvarado Aco

Arequipa – Perú

2013

INDICE

RESUMEN _____1
ABSTRACT _____2
INTRODUCCION_____3
CAPITULO I
MARCO TEORICO_____9
CAPITULO II
METODOS_____33
CAPITULO III
RESULTADOS_____36
CAPITULO IV
DISCUSION_____41
CAPITULO V
5.1 CONCLUSIONES_____46
5.2 RECOMENDACIONES_____46
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS_____48
ANEXOS_____52

RESUMEN

La medicación de los pacientes esquizofrénicos se realiza por medio de los fármacos antipsicóticos; estos introducidos cuasi recientemente han revolucionado la manera de tratar esta enfermedad por su efectividad. Pero junto a este beneficio trajo consigo una enorme dificultad como es una pobre adherencia al tratamiento y su consecuente abandono; este abandono del tratamiento conlleva una serie de consecuencias funestas para el paciente tanto en el rango de la salud psíquica del paciente así como en su entorno social y económico.

OBJETIVO: Se estudiaron los factores de riesgo asociados al abandono de tratamiento en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi-Arequipa.

METODO: Se realizó un estudio de casos y controles midiéndose un total de 20 variables las cuales fueron: edad, sexo, estado civil, situación laboral, educación, violencia, contacto social, convivencia, historia familiar de psicosis, tiempo de tratamiento, cambio de institución médica o médico tratante, comorbilidad psiquiátrica, intento de suicidio, tipo de diagnóstico esquizofrénico, RAMs, abuso de sustancias, estresores de vida, historia de recaídas. Esta investigación se llevó acabo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi-Arequipa, que es una institución especializada en temas de salud mental, siendo un organismo referente en esta especialidad en todo el sur del Perú. Del total de casos encontrados que fue de 803 historias clínicas se aplicó los criterios de inclusión y exclusión donde quedaron 673 historias clínicas de las cuales se dividieron en 298 casos y 375 controles aplicándose posteriormente un muestreo aleatorio simple quedando una muestra con 137 casos y 166 controles que fueron comparados posteriormente para hallar el grado asociación que presentaban.

RESULTADOS: Se calcularon las OR con un intervalo de confianza del 95% mediante una técnica de regresión logística multivariante que relacionaba el abandono de tratamiento versus las variables independientes, encontrándose una asociación estadística significativa al abandono de tratamiento a las variables: sexo: masculino, estado civil: soltero, situación laboral: desempleado, estado de

vida: solo, tiempo de tratamiento: 34-40 meses, asistencia a citas programadas: no asistente, diagnostico esquizofrénico: esquizofrenia paranoide.
PALABRAS CLAVE: Adherencia, abandono, tratamiento, esquizofrenia, caso, control.

ABSTRACT

The medication of schizophrenic patients is by means of antipsychotic drugs, these quasi introduced recently have revolutionized the way we treat this disease for its effectiveness. But along with this benefit brought a huge difficulty as poor adherence to treatment and their subsequent abandonment, this abandonment of treatment involves a series of disastrous consequences for the patient both in the range of the patient's mental health as well as their environment social and economic development.

OBJECTIVE: We studied the risk factors associated with dropping out of treatment in patients diagnosed with schizophrenia in the Mental Health Center Moses Heresi-Arequipa.

METHOD: We conducted a case-control study measured a total of 20 variables which included age, sex, marital status, employment status, education, violence, social contact, quality of life, family history of psychosis, treatment time, change medical institution or physician, psychiatric comorbidity, suicide attempt, schizophrenic diagnosis type, RAMs, substance abuse, life stressors, history of relapse. This research was carried out at the Center for Mental Health-Arequipa Heresi Moses, which is an institution specializing in mental health issues, being a leader in this specialty body throughout southern Peru. Of the total cases was 803 found that medical records are applied the inclusion and exclusion criteria which were 673 records of which are divided into 298 cases and 375 controls then apply simple random sampling a sample leaving 137 cases and 166 controls which were then compared to find the degree association presented.

RESULTS: ORs were calculated with a confidence interval of 95% using a multivariate logistic regression models that related the abandonment of treatment versus the independent variables, being statistically significant association of treatment abandonment variables: sex: male, state status: single, employment status: unemployed, state of life: single, treatment time: 34-40 months, attending

scheduled appointments: no assistant, schizophrenic diagnosis: paranoid schizophrenia.
KEYWORDS: adherence, abandonment, treatment, schizophrenia, case, control, Regression Odds Ratio.

Introducción

La esquizofrenia es el trastorno más enigmático que se presenta actualmente en psiquiatría, por la simple razón que todavía no se conoce la etiología especifica de este padecimiento y por lógica consecuencia no existe un tratamiento que nos brinde una cura definitiva del paciente; en palabras del maestro Honorio Delgado este afirma: “a causa de la incomprensibilidad de lo fundamental del desorden, la esquizofrenia es la alienación por excelencia” [1]. El diagnostico de esta enfermedad dentro del ámbito personal trae consigo un cambio radical en la vida del paciente así como en su familia; siendo un hecho en el cual nosotros “las personas normales” no logramos entender la enorme significación de este diagnóstico y para poder atisbar aquello, revisemos someramente como un paciente siente y define su enfermedad:

“En verdad la esquizofrenia puede convertir tu vida en escombros sin más, comparado con otras enfermedades como las del corazón o la diabetes por ejemplo; la esquizofrenia inspira más confusión desinformación y un exagerado miedo. Cuando tú tienes esquizofrenia no es que tengas múltiples personalidades dentro de tu cabeza si no que uno llega a tener una única personalidad pero con una mente hecha pedazos” [2].

Pero esto no conlleva la totalidad del problema, si bien la esquizofrenia tiene una incidencia que se presenta de una manera estable en el tiempo y en las diversas poblaciones de la tierra. Esta incidencia en un año es de 0.2-1.0 por 100, con una prevalencia del 0.6-1% representando un serio problema de salud a nivel mundial [3]; pero a contracara de este dato las recaídas de pacientes esquizofrénicos trae consigo un oneroso gasto en salud llegando a ser este mucho mayor que el resto de enfermedades infecciosas juntas. Este contraste entre esquizofrenia y los padecimientos infecciosos tiende a materializarse en el ámbito económico y es la

economía con el rigor que le dan las matemáticas la que nos da la respuesta; son las continuas recaídas (relapses) que presenta el paciente esquizofrénico a lo largo del curso natural de su enfermedad y que siendo su padecimiento de larga data tiene la tendencia a presentar una pobre adherencia al tratamiento farmacológico prescrito.

Es por eso la necesidad de hallar el conocimiento preciso de esta enfermedad mental y sobre todo de mucha mayor importancia es el encontrar los factores implicados en la adherencia y abandono del tratamiento lo cual nos permitirá plantear estrategias correctoras a diferentes niveles de la salud mental por los que transcurre el paciente esquizofrénico.

Actualmente las investigaciones van a la par de nuestro adelanto médico-tecnológico, es así como el camino elegido por algunos investigadores para lograr la resolución de este padecimiento ha sido una batalla por dilucidar los circuitos de los neurotransmisores como la Dopamina, Glutamato, Serotonina, y todas sus implicancias con esta enfermedad; para otros investigadores la vía está en poder hallar los genes que expliquen la etiología así como los síntomas de la esquizofrenia y no se quedan allí dan un paso mucho muy atrevido al combinar los factores genéticos con los medioambientales instalando un nuevo paradigma en la investigación genética conocida como “epigenetica” una nueva corriente de investigación sobre todo para los neurocientificos actuales. Otra forma que trata de clarificar a esta liosa enfermedad va de la mano con la imagenologia avanzada cuya característica principal es la investigación en campos de la anatomía cerebral y sobretodo en su función; podemos citar algunas: tomografía computada (CT), resonancia magnética (MRI), tomografía emisora de positrones (PET), mapeo de la actividad eléctrica cerebral (BEAM), flujo sanguíneo regional cerebral (rCBF), tomografía computada con emisión de fotones simple (SPECT), resonancia magnética funcional (FMRI), resonancia magnética espectroscópica (MRS) [4].

Debemos estar conscientes de que estos intentos del ser humano para esclarecer la etiología de esta enfermedad, solo se puede dilucidar parcialmente ya que ninguna de estas propuestas de investigación etiológica logra contestar todos las interrogantes que nos plantea la esquizofrenia. Una alternativa u otra forma de enfrentar las insanias del ser humano es la que adopto la salud pública, la cual

tiene como pilar fundamental la prevención de las enfermedades, pudiendo observar aquí que este tipo de investigación en prevención es muy poco aplicable a enfermedades como la esquizofrenia, ya que esta es multifactorial y que un gran porcentaje de estos factores están en el limbo del interrogante lo que nos obliga a desarrollar sistemas de prevención para enfermedades en las cuales el origen exacto todavía son desconocidos.

Por lo tanto uno de los pocos trabajos en el campo de la prevención en esquizofrenia que sigue el derrotero del rigor científico son los estudios de investigación epidemiológica –como el presente- sobre todo si analizamos las palabras del profesor Krickerberg al afirmar: “que la prevención es la más importante aplicación de la epidemiologia y la epidemiologia es el principal pilar de la prevención” [5].

Varios intentos de investigación en esquizofrenia están dirigidos a la determinación de las características de los pacientes y sus frecuencias, por ende a unos resultados esperables como lo menciona en sus conclusiones el tesista León afirmando que elevados niveles de carga familiar del cuidador se asocia con un mayor gasto económico en el cuidador del paciente [6]. El número de investigaciones científicas que se apoyan en la epidemiologia moderna está tomando un inusitado impulso actualmente; el conocimiento de una enfermedad comienza con la experiencia de una persona afectada por ella, con la subsecuente identificación de las características específicas de esta enfermedad, para ello necesitamos comparar a esta persona enferma con otras que también lo están (casos) para poder identificar si existe algún patrón en común entre ambos, y si llevamos estos patrones a comparar a otros grupos como los libres de la enfermedad por medio de estudios analíticos, es posible precisar mejor la especificidad de las características de estudio.

En los estudios de casos y controles buscamos individuos afectados por la enfermedad e indagamos en su pasado acerca de la presencia o ausencia de factores asociados en su ocurrencia; paralelamente simulando las características de un experimento, realizamos un procedimiento metodológico en un grupo de individuos sanos (controles). Lo que buscamos es encontrar evidencia en favor de diferencias en los patrones de exposición entre los individuos enfermos y sanos.

El termino adherencia al tratamiento es una expresión poco uniforme dentro de las investigaciones médicas no solo en el campo de la salud mental sino sobre todo dentro de las enfermedades crónicas, donde este término tiene una variación muy marcada *v.gr*. para algunos la no asistencia a la primera cita, la no asistencia a las citas de seguimiento, el no cumplimiento de las disposiciones del médico o el abandonar definitivamente el tratamiento, todas estas son variables a considerar como falta de adherencia al tratamiento. Todos estos aspectos son necesarios tomarlos en cuenta sobre todo al momento de extrapolar resultados y conclusiones erróneas que oscurecerían más la comprensión real del concepto adherencia.

Para la OMS define adherencia cuando un paciente presenta el siguiente comportamiento: toma la medicación, sigue una dieta y realiza un cambio en el estilo de vida de acuerdo a las recomendaciones de su proveedor de salud [7]. Debemos de diferenciar la adherencia al tratamiento del termino cumplir el tratamiento. La palabra adherencia es utilizada actualmente en remplazo del termino cumplimiento debido a que este último sugiere un acto pasivo de las indicaciones del médico tratante y que la alianza terapéutica no se estableció desde un principio. Este término surge a consecuencia de querer realizar un seguimiento en el cumplimiento de la terapéutica instalada. Los métodos empleados para medir esta adherencia podemos clasificarla de dos maneras: 1) métodos directos como son: observación directa de la terapia, medida de metabolitos en sangre, medida de marcadores biológicos en sangre y 2) métodos indirectos como son: auto reportes, cuestionarios, conteo de píldoras, revisión de prescripciones utilizadas [8].

Es aceptado por toda la comunidad médica que el cumplimiento de las pautas del tratamiento se relaciona con un mejor pronóstico y evolución de la enfermedad tratada, es así como el conocimiento claro de los factores implicados en la adherencia al tratamiento nos permitirá plantear estrategias que corrijan la calidad de asistencia sanitaria y aunado a esto, el establecer los niveles de adherencia dentro de una institución prestadora de salud nos brinda información valiosa sobre la calidad de atención en dicho centro.

Todo esto atisba un campo de investigación mucho muy amplio en términos de abandono y adherencia al tratamiento debido a que estos no son fenómenos

simples sino multifactoriales y tampoco son estables en el tiempo. Todos estos factores implicados en la investigación de adherencia nos hace colegir que las investigaciones de observación directa tiene resultados no muy alentadores, como lo demuestra Perkins et al. [9]. Es por ello que se eligió este método de investigación epidemiológica de casos y controles, sobre todo por su fuerza de causalidad, sin dejar de mencionar que este tipo de investigación es ideal para enfermedades con un largo periodo de inducción y una baja incidencia como se da en la esquizofrenia. Al realizar esta investigación de casos y controles, de la llamada epidemiologia moderna, las probabilidades de encontrar los factores causales son muy grandes pero esto conlleva imbuirnos en nuevo conocimiento como el de probabilidad, riesgo relativo, odds, odds-ratio, con el cual estaremos preparados no solo para dilucidar las respuestas que nos da este tipo de investigación sino, lo más importante estaremos dando el primer paso para llegar a conocer de manera integral esta sombría enfermedad.

Problema de investigación

¿Cuáles son los factores de riesgo para el abandono del tratamiento en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia?

Objetivos de investigación

Objetivo general

Evaluar los factores de riesgo que se asocian al abandono de tratamiento en pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia.

Objetivos específicos

a. Determinar si las siguientes características personales son factores de riesgo para el abandono del tratamiento en pacientes esquizofrénicos: grupo etareo, sexo, nivel de instrucción, ocupación, estado civil.

b. Determinar si las siguientes características social-familiar son factores de riesgo para el abandono del tratamiento en pacientes esquizofrénicos: convivencia, contacto social, estresores de vida, antecedente de enfermedad mental.

c. Determinar si el cambio de institución psiquiátrica es un factor de riesgo para el abandono del tratamiento en pacientes esquizofrénicos.

d. Determinar si las siguientes características clínicas son factores de riesgo para el abandono del tratamiento en pacientes esquizofrénicos: tipo de esquizofrenia, tipo de tratamiento recibido, tiempo de tratamiento, RAMs, violencia del paciente, intento de suicidio, comorbilidad psiquiátrica, abuso de sustancias alucinógenas, recaídas.

Hipótesis

La menor edad, el sexo masculino, la ocupación desempleado, el ser soltero, el menor nivel educativo, la presencia de violencia por parte del paciente, la ausencia de contacto social, el vivir solo, la presencia del antecedente de enfermedad mental, el tiempo de tratamiento prolongado, el cambio de institución tratante, la presencia de comorbilidad psiquiátrica, la presencia del intento de suicidio, el ser diagnosticado como esquizofrénico paranoide, la presencia RAMs, el abusar de sustancias, un estilo de vida con presencia de stress, una historia de recaídas, así como un tratamiento exclusivamente farmacológico, son factores de riesgo para el abandono de tratamiento en pacientes con el diagnostico de esquizofrenia.

CAPÍTULO I

MARCO TEORICO

La esquizofrenia a lo largo de casi una centuria ha experimentado una evolución en cuanto a clasificación y definición de la enfermedad; todo esto debido a que

presenta características muy complejas. A lo largo de la historia de esta enfermedad se elaboraron una serie de intentos por caracterizarla y así llegar a la definición actual que tenemos, en 1860 el Dr. Benedict Agustin Morel utilizo el término demencia precoz para distinguirla convirtiéndose en el primer alienista en utilizar este término. Posteriormente este término fue dejado de lado por expresiones como insania típica, hebefrenia o catatonia hasta la aparición del eminente Dr. Emil Kraepelin quien volvió a tomar el término demencia precoz estableciendo que esta era causada por un trastorno primario, dictaminando las características de su curso natural. Bleuler rebautizo la demencia precoz como esquizofrenia arguyendo que este término es muy pobre para abarcar toda la sintomatología presentada; ya en 1911 el mismo Bleuler clasifico los síntomas de la esquizofrenia en síntomas básicos y síntomas accesorios, sentando las bases para la posterior clasificación de síntomas positivos y negativos. Modernamente en el año 1952 se crea el DSM-I por la Asociación Psiquiátrica Americana que ya distinguía entre alteraciones cerebrales y desordenes psicógenos [10].

1.1 Definición de esquizofrenia

De acuerdo a la OMS la esquizofrenia está caracterizada por un disturbio fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento, delusiones bizarras, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un cierto grado de autismo. Bajo esta definición la esquizofrenia se convierte en un término utilizado para describir un desorden psiquiátrico mayor, la alienación por excelencia [1].

1.2 Etiología de la esquizofrenia

La etiología puntual de la esquizofrenia, pese a los avances tecnológicos de nuestro tiempo, no está develada totalmente; hay investigaciones que sugieren la existencia de una causa biológica, psicológica, factores sociales y medio ambientales. Es por esto que al discutir sobre la etiología de esta enfermedad es importante tomar muy en cuenta el termino causalidad.

Estas causas en esquizofrenia las podemos clasificar en: 1)las que son necesarias y suficientes, 2) las que son necesarias pero no suficientes y 3) las

que aumentan el riesgo de aparición de la enfermedad pero no son necesarias o suficientes para producirla [11]. Dado que el encontrar una causa única es extremadamente raro en enfermedades orgánicas, es muy probable que para explicar las causas de la esquizofrenia se necesite modelos multifactoriales.

Las principales hipótesis etiológicas de la esquizofrenia las podemos agrupar:

1.2.1 Hipótesis genética

La contribución de la investigación genética partió de estudios dentro del núcleo familiar del paciente que sufría esquizofrenia. Se conocía que el riesgo de sufrir este mal se incrementa cuando algún miembro de la familia es afectada. Posteriormente estudios revelaron que existía un elevado grado de heredabilidad en familiares y gemelos en aproximadamente el 80%; a pesar de esta elevada herencia de la esquizofrenia, el rango de concordancia de los gemelos monocigotos es solo del 50%, todo esto a una importancia de factores medioambientales. Esto es conocido por los genetistas como convergencia genética [12].

1.2.2 Hipótesis neurobiológica

Esta teoría es la prevalente en la actualidad, diversas pruebas revelan que los síntomas de la esquizofrenia se deben en gran parte a anomalías neuroquímicas.

Neuroquímica y neurofarmacologia; la hipótesis más ampliamente aceptada sobre la etiología de la esquizofrenia y la acción de las drogas antipsicóticas implican al neurotransmisor Dopamina. Las neuronas dopaminergicas provienen de dos núcleos cerebrales a saber: 1) Tracto nigroestriatal y 2) Mesolimbo y los tractos mesocorticales. La familia de los receptores de Dopamina (D_1) que incluyen a los receptores D_1-D_5 están presentes en una alta concentración en la corteza y el striatum. La familia de los receptores (D_2) que incluyen D_2, D_3, D_4, están concentrados en las regiones límbicas y estriatal [13]. La hipótesis dopaminergica de la esquizofrenia propone que en esta enfermedad hay un exceso de actividad de la dopamina en las áreas límbicas del cerebro, especialmente en el núcleo Accumbens, así como en la striaterminalis, septum lateral y el tubérculo olfatorio. Esta hipótesis se basa en la evidencia que la administración crónica del estimulante D-anfetamina produce una psicosis que es muy parecida a la esquizofrenia paranoide.

La segunda evidencia relacionada con la dopamina es que las drogas antipsicóticas disminuyen la actividad de la dopamina por depleción de los receptores y bloqueo de los mismos. A contraparte de este efecto la disminución de la dopamina en el córtex pre-frontal puede mediar e los síntomas negativos y la disfunción cognitiva asociada a esquizofrenia.

Las investigaciones han propuesto que una disminución de la actividad de la Dopamina puede conducir a una deficiencia cognitiva y depresión, características fundamentales en el curso normal de este padecimiento, pero esta hipótesis dopaminergica presenta limitaciones como: 1) las drogas que actúan con otros sistemas transmisores como los alucinógenos y los anestésicos disociativos también causan síntomas psicóticos. 2) mientras el bloqueo de los receptores D_2 ocurre muy rápidamente después de administrar el antipsicótico, los efectos típicos ocurren después de varias semanas.

Otra de las hipótesis que se nos brinda es el de la Serotonina (5-HT), esta se origina en las neuronas dorsales del cerebro medio y el rafe del núcleo medio; allí se encuentran por lo menos 15 receptores diferentes de serotonina siendo los más relevantes para esquizofrenia los $5\text{-}HT_1$,$5\text{-}HT_{1D}$,$5\text{-}HT_2$,$5\text{-}HT_3$,$5\text{-}HT_6$,$5\text{-}HT_7$. La interacción entre los receptores de Dopamina (DA) y los de Serotonina (5-HT) varía de acuerdo a la región cerebral y los tipos de receptores intervinientes.

Esta hipótesis fue confirmada por la realización de estudios de investigación post-morten donde evidenciaron que existe subtipos específicos y regiones específicas de los receptores de Serotonina (5-HT) que están aumentados en los cerebros de pacientes que presentaron la enfermedad esquizofrénica [14]. Esto se corrobora por las propiedades psicomimeticas del LSD (ácido lisergicodietil-amida) es un agonista propiamente de los receptores de Serotonina (5-HT); la noción que los efectos del LSD y otros alucinógenos como son Psilocybin y N-N-Dimetiltriptamina proveen un adecuado modelos de la esquizofrenia. La potencia de estos agentes está directamente relacionados con la afinidad de los receptores de Serotonina $5\text{-}HT_{2A}$. Las nuevas drogas antipsicóticas como la Clozapina, Olanzapina, Risperidona, son potentes antagonistas de los receptores $5\text{-}HT_{2A}$; la ventaja de estas drogas es que tiene un elevado poder de antagonizar dichos receptores serotoninergicos y bloquear a medias a los receptores dopaminergicos D_2. [15].

1.2.3 Hipótesis inmunológica

Desde hace algunos años se está investigando sobre la posible etiología multigenica de la esquizofrenia; una hipótesis reciente sugiere que existe una disfunción del sistema inmune en el cerebro que puede contribuir a la generación del fenómeno esquizofrénico. Evidencias actuales indican que moléculas inmunes como el complejo mayor de histocompatibilidad (MHC) y las citoquinas que son responsables en la regulación de la inmunidad y la inflamación están directamente relacionadas con el proceso neurobiológico, con el neuro-desarrollo, la plasticidad neuronal, el aprendizaje, la memoria, y el comportamiento. Existe una fuerte evidencia a favor de esta teoría inmunológica de la esquizofrenia que se ve corroborada con estudios genómicos asociados con las regiones del MHC que determinan un aumento en el riesgo para este padecimiento [16]. Se identificó además la interacción de los receptores de las moléculas del MHC en el cerebro y su rol con las señales de los neurotransmisores que están implicados con la generación de la esquizofrenia. A la par con las investigaciones del MHC se produjo estudios epidemiológicos que relacionaban moléculas HLA con factores de riesgo para esquizofrenia especialmente en investigaciones que vinculaban variables medioambientales e infecciosas [17].

1.2.4 Estudios neuroanatomicos-funcionales

Desde hace mucho tiempo, a inicios del siglo XX, y tomando como base los trabajos de Alzheimer y Nilss, muchos psiquíatras han estado convencidos de que el paciente esquizofrénico era portador de alguna anomalía cerebral pudiendo ser funcional o estructural; actualmente con la tecnificación de la medicina con tomografías y resonancias dichas investigaciones están dando avances muy importantes; uno de estos primeros recursos utilizados fue la RM (resonancia magnética). Los primeros hallazgos encontrados en pacientes esquizofrénicos dieron como resultado una reducción del lóbulo frontal y temporal en aproximadamente un 5% así como un aumento en volumen de los ventrículos laterales y tercero del cerebro en un 20% [18] ; aunque estos hallazgos no son del todo concluyentes debido a que en una parte de la población sana también se

encuentran dichas variaciones y así como en otras patologías neurológicas se presentan la misma característica.

Dentro de los estudios de funcionalidad cerebral podemos encontrar los realizados con TEP (tomografía emisora de positrones) y el SPECT (tomografía computarizada de fotón único). Los resultados obtenidos fueron una correlación entre una alteración del lóbulo temporal con características psicóticas donde las alucinaciones o delusiones tuvieron una tendencia a implicarse con los lóbulos temporales particularmente el izquierdo. Las alucinaciones auditivas tuvieron una relación con el Gyrus temporal y una reducción de la materia gris de esa zona. Los síntomas negativos podían asociarse con una disminución del volumen cerebral especialmente de la corteza pre-frontal [18]. Todos estos hallazgos si bien son importantes al tratar de encontrar una explicación a las características semiológicas de la esquizofrenia, no son del todo concluyentes debido a que las poblaciones estudiadas fueron de tamaño reducido debido al costo que trae utilizar esta tecnología y sobre todo a la fluctuación de los síntomas y su variación neuronal-bioquímica.

1.3 Epidemiologia de la esquizofrenia

La esquizofrenia presenta un reto único para la epidemiologia ya que esta rama de la matemática para su óptimo trabajo requiere lograr una definición precisa de los síntomas nucleares de la enfermedad siendo esta definición un problema para el trabajo de la esquizofrenia, aunado a esto debemos tener en cuenta la amplitud del espectro sintomatológico de cada paciente. El desarrollo actual de criterios diagnósticos como el CIE-10, DSM-IV han proporcionado mayor especificidad al estudio de la esquizofrenia. George Libman Engel creo un modelo basado en la teoría de sistemas para comprender la etiología de las enfermedades mentales, su investigación demostró que la explicación unitaria no es adecuada para entender la etiología de la enfermedad psiquiátrica, donde lo más apropiado es la prevención y el tratamiento por estrategias, interrelacionando los factores bilógicos, psicosociales y sociales.

La incidencia de la esquizofrenia tiene un rango que va 15.2/100000 habitantes y una prevalencia de 4.6 casos por 1000 habitantes [19]. Con respecto a la expectativa de vida del paciente esquizofrénico presenta una disminución en un

20% en relación a la población en general así como hay un incremento de la mortalidad. Este aumento en la muerte precoz de pacientes esquizofrénicos es atribuido a un incremento en los suicidios así como a los accidentes y a la precaria salud que llevan estos enfermos. En la esquizofrenia puede aparecer un elevado riesgo de sufrir desordenes cardiovasculares, metabólicos, obesidad, diabetes, enfermedades cerebrovasculares y coronarias; donde los datos de investigaciones concuerdan con esta afirmación [20].

Otra comorbilidad presente en esquizofrenia es un estilo de vida poco saludable con un abuso de alcohol, drogas y tabaco. Con respecto al sexo la esquizofrenia es ligeramente más común en hombres que en mujeres pero comparando con los hombres la esquizofrenia en la mujer tiende a tener pocos síntomas negativos, más síntomas del humor y una completa recuperación de los episodios psicóticos con una mejor respuesta clínica a las drogas antipsicóticas.

La edad de inicio en el hombre puede ser a una edad más temprana (18-25 años) que en la mujer (25-35 años); son muy raros el inicio en edades extremas de la vida. La prevalencia es alta en áreas de población densamente pobladas así como en naciones industrializadas a diferencia de los pacientes en países en desarrollo donde tienen una enfermedad con un curso más benigno. En lo que respecta al soporte social las personas que viven solas así como los individuos que no están casados tienen la tendencia a presentar una crisis psicótica temprana, una mala función pre mórbida y una enfermedad más severa que los individuos casados, contrariamente un adecuado soporte social ayuda a tener una emoción controlada basada en la expresión de la misma a través de diferentes factores-acciones regulares del ánimo.

1.4 Hallazgos clínicos

La presentación clínica de la esquizofrenia es diversa y puede variar en el tiempo, el comienzo del desorden puede ser brusco, agudo e impresionante o puede verse el tránsito de lo normal a lo psicótico casi insensible, progresivo y con intermitencias; debido a la gran variedad de presentaciones que existe se dice que conocer la esquizofrenia es conocer la psiquiatría [1]. Dentro de las características clínicas que presenta la esquizofrenia podemos dividirla:

1.4.1 Trastornos perceptivos cognitivos

Las alucinaciones han sido consideradas desde siempre como el sello de la esquizofrenia, aunque también puede presentarse en otros padecimientos. Las alucinaciones son percepciones experimentadas sin que llegue ningún estímulo externo pero cuya calidad es similar a una percepción real. Estas alucinaciones pueden ser auditivas, visuales, táctiles, gustativas, olfativas o una combinación de ellas, las alucinaciones auditivas son las que se observan con mayor frecuencia en la esquizofrenia y pueden ser percibidas como ruidos, música, o más comúnmente como voces.

Los delirios son una perturbación cognitiva más que perceptiva, siendo creencias sostenidas firmemente y que no son reales pudiendo agruparlos de la siguiente forma:

Contenido de las ideas delirantes:

Delirios	**Focos de preocupación**
Grandeza	Posición de fortuna, belleza o cualidad especial.
Nihilista	Sentimiento de que uno está muerto o descomponiéndose.
Persecución	Ser perseguido por amigos vecinos o gobierno.
Somáticos	Cuando siente que los órganos están dejando de funcionar.
Sexuales	Creer que su conducta sexual la conoce todo el mundo.
Religiosos	Creer que ha pecado contra Dios o tener relación especial con él.

Fuente: Tratado de psiquiatría. 2^{da}edición, Hales R. Sociedad Americana de psiquiatría.

Estos delirios pueden variar según el grupo cultural de cada paciente.

El trastorno del pensamiento y el lenguaje son también característicos de la esquizofrenia; esta alteración del pensamiento es otro rasgo puntual en el paciente que es aquejado por este mal cuyo contenido es de difícil explicación como afirma el Dr. Minkowski:

"La afección se caracteriza por el repliegue global y precoz de las fuentes instintivas de la vida mental, originadas directamente de la actividad orgánica y cenestésica. Las operaciones puramente intelectuales solo se modifican en forma accesoria, su trastorno consiste, durante mucho tiempo, en una obstrucción y en una orientación contradictoria y no en una desaparición primitiva de la función. El debilitamiento del impulso vital y de la afectividad es el elemento necesario para caracterizarla". [21].

La ausencia de conciencia de la enfermedad es otra característica común en la esquizofrenia; para el paciente las alucinaciones y los delirios son reales y no son imaginarios. Esta pobreza en la conciencia de la enfermedad es uno de los síntomas más difíciles de tratar y puede persistir durante mucho tiempo incluso cuando otros síntomas hayan desaparecido.

1.4.2 Trastornos conductuales y motores

Muchos pacientes desarrollan disminución de la volición, alteraciones motoras varias y cambios en la conducta social; estas conductas anormales varían desde el estupor catatónico a la excitación. El deterioro de la conducta social se observa muchas veces unido al aislamiento social. El paciente no cuida de sí mismo se vuelve descuidado y desaseado ignorando su entorno con el agravante del abuso de sustancias psicoactivas como el alcohol, tabaco y drogas alucinógenas.

1.4.3 Trastornos afectivos

Esto se conoce como aplanamiento afectivo caracterizándose por una reducción de la intensidad de la respuesta emocional que convierte al esquizofrénico en indiferente y apático con una expresión facial inmodificable acompañada de una disminución de movimientos espontáneos. También es común la anhedonia, es decir la incapacidad de experimentar placer por cualquier actividad que realiza. Una gran mayoría de pacientes desarrollan depresión y esto es de difícil

diagnostico debido a que los síntomas de la esquizofrenia y la depresión tienden a sobreponerse.

Todos estos cuadros fueron descritos con gran detalle por el Dr. Kraepelin:

Si reparáis en el hombre que llega a vosotros, de 35 años cartero de oficio, pocos creeréis que hace unos días no solo intento suicidarse…el paciente esta pálido, y es deficiente en nutrición; en su memoria, en el conocimiento de su persona y del lugar donde se halla, contesta con tino a cuanto se le pregunta. Dice que está enfermo hace 5 semanas. Ha padecido de dolores de cabeza y cree que sus compañeros han hecho conversación de sus pequeños defectos. Oye a alguien decir: “ya te pescaremos y te quitaremos la camiseta”. Había muchas cosas que él no entendía; sentía telefonazos en el oído y a causa de estas voces decidió estrangularse. Más tarde volvió a sus tareas, sin embargo, seguía teniendo temores. Le atemorizo la creencia de que había pasado moneda falsa y por ello sería castigado; confuso y temeroso, invito a su mujer a matarse con él. No podía dormir ni comer, reprochándose continuamente. En el techo solía ver una cabeza, que al principio infundía miedo; luego con los ojos cerrados veía dos cuadros uno de los cuales estaba desgarrado y en el dibujabase una casa con ventanas y un arco [22].

El diagnostico en esquizofrenia obtiene validez cuando se correlaciona anteladamente con el pronóstico que el psiquiatra atribuya; en comparación la sintomatología que presenta el paciente con el subtipo de esquizofrenia que presenta, los síntomas tienen un poder pronosticador mucho mayor que el subtipo de esquizofrenia [23], razón por la cual se tiene que poner un énfasis mayor a la caracterización de los síntomas en pacientes esquizofrénicos.

1.4.4 Síntomas positivos y negativos

Desde que los primeros alienistas intentaron clasificar los síntomas de la esquizofrenia se produjeron infructuosos ordenamientos; actualmente el consenso mundial hallo útil describir los síntomas como positivos y negativos. En la práctica habitual los pacientes normalmente presentan una mezcla de ambos, dentro de los síntomas positivos se incluyen a las alucinaciones, los delirios, el trastorno del pensamiento (incoherencia, descarrilamiento, falta de lógica) y las conductas desorganizadas. Los síntomas negativos reflejan un déficit de una función mental

y lo constituye la alogia (pobreza lenguaje), aplanamiento afectivo, anhedonia, abulia, deterioro de atención.

Esta clasificación es importante entenderla ya que muchos trabajos de investigación se realizan bajo sus parámetros así como se crearon escalas que permiten medir ambos aspectos como por ejemplo el PANSS, SANS. De los dos síntomas presentados debemos tomar en cuenta principalmente a los síntomas negativos puesto que nos pronostican negativamente el desarrollo de la enfermedad. La fisiopatología y mecanismos etiológicos de los síntomas negativos son muy diferentes a los mecanismos de los síntomas positivos.

Más allá de identificar a este grupo de síntomas, las características negativas de la enfermedad tiene una asociación muy específica con los déficit cognitivos, movimientos anormales y una pobre función social por esto se tiene que poseer una cierta habilidad para reconocer estos síntomas y evaluar la respuesta al tratamiento como de suma importancia clínica[24].

Toda la sintomatología que se presenta en la esquizofrenia como hemos visto es muy variada y podemos resumirla en tres aspectos cardinales:

Embotamiento de la sensibilidad; Siendo este un síntoma cardinal en esta enfermedad, dicho embotamiento aparece desde el inicio del padecimiento, pero en este estado puede aparecer inesperados ataques de cólera e ira.

Falta de voluntad o abulia; Falta de interés por lo que antes le llamaba la atención.

Trastorno del pensamiento; Al inicio de la enfermedad hay un componente filosófico enfermizo pero de cosas sin importancia. El pensamiento del paciente se hace claramente atactico [25] ; donde el enfermo valiéndose de frases bien construidas gramaticalmente, empieza a cambiar ideas y conceptos en absolutos compatibles. Las frases de los esquizofrénicos no son simplemente absurdos, sino que se manifiestan en conexiones atacticas es decir combinaciones en las que es fácil encontrar ideas contrapuestas y a todas luces incompatibles.

Este pensamiento atactico de los esquizofrénicos se manifiesta claramente en sus dibujos en los cuales lo extravagante se reúne con detalles incompatibles. El arte en general desarrollado por pacientes esquizofrénicos es una manera de poder llegar a entender esta oscura enfermedad a su vez que se toma este tipo de arte no solo como parte del tratamiento sino como una expresión del pensamiento y del sentimiento esquizofrénico; en palabras del Dr. Navratil apunta:

“Los dibujos y obras plásticas de los enfermos esquizofrénicos tienen a menudo algo asombrosamente original… ciertas producciones de los enfermos mentales muestran una intensidad emocional de tal naturaleza que se impone sobremanera el concepto de obra de arte” [26].

En la actualidad esta corriente artística llevada a cabo por pacientes esquizofrénicos esta difundida principalmente en Europa con el nombre de arte “art brut”; como una forma nueva no solo de tratamiento sino de investigación como lo demuestra los dibujos del pintor ingles Louis Wain, que son utilizados generalmente para mostrar el deterioro mental progresivo reflejado en sus pinturas.

1.5 Diagnóstico clínico de esquizofrenia

Actualmente se ha realizado un esfuerzo de precisión para agrupar los criterios de esquizofrenia, esto fue muy complicado en los años pasados, pero hoy dicho diagnóstico es relativamente simple, nosotros podemos esbozarlo en líneas generales:

1. Antes de ponerse enfermo el paciente puede presentar una peculiar personalidad.
2. La enfermedad se inicia gradualmente de forma imperceptible. Los últimos 6 meses antes del diagnóstico se inician los cambios (alucinaciones, delusiones).
3. Durante el último mes de los 6 meses en que se inicia la enfermedad el paciente puede estar francamente psicótico.
4. La enfermedad causa alteraciones importantes en el trabajo y la función social.
5. Clínicamente debemos excluir otros desordenes, abuso de sustancias así como otros factores médicos.
6. Aunque muchos pacientes mejoran con el tratamiento solo unos pocos vuelven a su estado normal.

Estas son varias razones que hay que tener en cuenta en el diagnóstico de esquizofrenia: La frecuencia; que se presenta aproximadamente en el 1% de la población adulta, la cronicidad; donde muchos pacientes que desarrollan la enfermedad continúan con los síntomas a lo largo de su vida, la severidad; que provoca una alteración social o de trabajo, originando una alteración profunda en

la vida del paciente, el manejo; que un adecuado tratamiento son los neurolépticos pero estos conllevan un riesgo de disquinesia tardía pudiendo mantenerse a lo largo de la vida [27].

Los criterios diagnósticos actuales para esquizofrenia son:

A. Síntomas característicos: dos o más de los siguientes síntomas, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes:

1. Ideas delirantes
2. Alucinaciones.
3. Lenguaje desorganizado.
4. Comportamiento catatónico.
5. Síntomas negativos.

B. Disfunción social/laboral: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración.

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este periodo de 6 meses debe incluir por lo menos algún síntoma prodrómico y residual.

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo: El trastorno esquizofrénico y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos deben descartarse.

E. Exclusión del consumo de sustancias y de enfermedades médicas.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: si hay trastorno autista u otro trastorno generalizado el diagnostico adicional de esquizofrenia solo se realizara si las ideas delirantes o alucinaciones se mantienen al menos 1 mes.[28]

1.6 Tratamiento médico en esquizofrenia

Siempre ha sido una práctica favorecida por el ser humano la modificación de la conducta, el talante y las emociones mediante el uso de fármacos. El empleo de estos fármacos psicoactivos evoluciono en la historia a través de dos enfoques: el primero, cuando el uso de estos psicofármacos se emplearon para modificar la conducta normal y producir estados alterados con fines religiosos-recreativos y el segundo, cuando se utilizaron para aliviar los trastornos mentales como la esquizofrenia.

El tratamiento moderno de esquizofrenia tiene como meta el reducir la sintomatología y maximizar el funcionamiento normal de la persona; para lograr esto hay que dirigir el tratamiento a identificar los síntomas positivos, los síntomas negativos, la desorganización conceptual, el déficit neurocognitivo y los síntomas depresivos-suicidas del paciente esto se complica al haber comorbilidad con el abuso de sustancias. Como regla general los síntomas positivos como las alucinaciones y delusiones así como la desorganización en el discurso y el comportamiento tanto como la agitación psicótica, todos responden muy bien al tratamiento con neurolépticos, esto a pesar que la severidad de los síntomas positivos no están significativamente correlacionada con su funcionamiento a lo largo del tiempo.

Por contraste los síntomas negativos, como se vio en párrafos anteriores, como la anhedonia, aplanamiento afectivo, alogia, abandono social son más difíciles de tratar farmacológicamente así como son predictores robustos de incapacidad funcional a lo largo del tiempo. La generación anterior de neurolépticos como el Haloperidol tiene un efecto discreto en estos síntomas no así con los antipsicóticos modernos, los llamados atípicos cuyo resultado es mucho más alentador. Este buen resultado obtenido por los modernos antipsicóticos son productos de las características inherentes bioquímicas de ellos unidas a un tratamiento óptimo. Hablar de este optimo tratamiento o tratamiento recomendable implica detenernos en la formación educacional del paciente y su cuidador, explicándoles las características del tratamiento, sus efectos a largo plazo, la reducción de síntomas residuales, como lo demuestra el proyecto “Project Optimal Treatment” (OPT) [29] con sus estrategias basadas en la evidencia para un mejor tratamiento del paciente esquizofrénico.

La función cognitiva está severamente deteriorada en este padecimiento donde los pacientes demuestran que los déficits neuropsicológicos deterioran las habilidades ejecutivas, como la memoria, habilidades verbales, entendimiento y memoria. La deficiencia cognitiva es una consecuencia importante en el funcionamiento de cada día y es un determinante crítico de la capacidad de trabajo, el funcionamiento social, y la vida independiente; es por esto que el deterioro cognitivo llega a ser un objetivo importante en la terapéutica farmacológica.

Dos drogas comúnmente usadas por pacientes esquizofrénicos como los antipsicóticos típicos y los anticolinérgicos deterioran la cognición del paciente; por esta forma es que es de vital importancia racionalizar el uso de estos agentes para no adicionar deterioros cognitivos a mucha gente afectada de esquizofrenia. Se realizaron estudios randomizados donde se compararon los antipsicóticos típicos versus los antipsicóticos atípicos y su posterior deterioro cognitivo obteniéndose un resultado a favor de las drogas atípicas y su efecto protector del ítem de la cognición lo que obliga a realizar mayores esfuerzos de investigación en ese campo de la neurofarmacologia [30].

Un fenómeno poco apreciado es la severidad y persistencia de la depresión junto con la ansiedad asociados con la esquizofrenia; esta depresión que se da en la esquizofrenia es algo común en los pacientes aunque muy difícil de diagnosticar por el solapamiento de síntomas que surgen en el episodio psicótico agudo o después de su resolución. Estos síntomas (depresión-ansiedad) tienden a aparecer y persistir independientemente de los síntomas positivos y puede ocurrir en cualquier estadio de la enfermedad.

1.6.1 Drogas antipsicóticas típicas

El descubrimiento de la Clozapina en 1950 revoluciono el tratamiento de la esquizofrenia; este tipo de drogas tiene un mecanismo simple de acción; son antagónicas directas de los receptores de Dopamina D_2, de esta manera los receptores D_2 están ocupados en las regiones del tracto meso límbico (cuya transmisión excesiva de Dopamina se cree que produce los síntomas positivos), el tracto mesocortical (cuyo déficit en la transmisión de Dopamina puede producir disfunción cognitiva y los síntomas negativos), el tracto nigroestriatal (cuyo bloqueo de los receptores D_2 resultan en los efectos extrapiramidales adversos).

En términos de respuesta al tratamiento, cerca del 70% de los pacientes con esquizofrenia que manifiestan deluciones o alucinaciones durante alguna fase de la enfermedad responden de una manera adecuada a estos agentes. La terapéutica tarda de 4-6 semanas en producir efectos deseados; la evidencia sugiere que una baja dosis de los antipsicóticos típicos puede traer alivio a los pacientes tan rápidamente y tan eficientemente como las más altas dosis y con mínimas reacciones adversas medicamentosas. Estas altas dosis no debieran

intentarse hasta después de las 4-6 semanas de tratamiento. Cuando los síntomas positivos persistan el dosaje puede incrementarse, pero hay que tener presente que los antipsicóticos y sus metabolitos en sangre varían mucho de paciente a paciente.

Los efectos adversos de este tipo de fármacos es una limitante en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia. Los efectos adversos de los antipsicóticos típicos podemos dividirlos en agudos y tardíos; en los efectos agudos predomina el parkinsonismo (tremor, bradikinesia, hipertonía, paso inestable), akatiasia (inquietud subjetiva y agitación psicomotora), reacción distonica (contracción muscular sostenida-dolorosa).

La acción de los antipsicóticos y sus efectos motores agregados son secundarios a su habilidad de disminuir su actividad dopaminergica al bloquear los receptores D_2 en la vía mesolimbica y nigroestriatal del cerebro. La afinidad de los antipsicóticos por los receptores D_2, 5-HT_{2A} muscarinicos son la clave para determinar la responsabilidad de los RAMs.

1.6.2 Drogas antipsicóticas atípicas

Las drogas antipsicóticas atípicas tienen este nombre porque ellas producen el efecto antipsicótico a dosis en las cuales las reacciones adversas son muy pequeñas o no se producen. La forma de acción de estas drogas tienen un débil bloqueo para los receptores de dopamina D_2 junto con un potente antagonismo a los receptores serotoninergicos (5-HT_{2A}) ; otros antipsicóticos atípicos comparten este mecanismo como la risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona.

Como ejemplo instructor podemos citar a la clozapina que fue el primer antipsicótico que conto con ensayos controlados clínicos para aliviar ambos síntomas en la esquizofrenia (síntomas positivos y síntomas negativos) en pacientes que no respondieron adecuadamente a las drogas antipsicóticas típicas. El inicio de una respuesta significativa para clozapina en el tratamiento de pacientes tarda cerca de 6 meses en poder establecerse. Inicialmente los síntomas negativos tiene una tendencia a mejorar lentamente que otros tipos de síntomas; la respuesta de clozapina es generalmente parcial, pero los pacientes que virtualmente no responden a esta terapia, el cambio de tratamiento puede ser significativo.

Es destacable que las ventajas de la clozapina se balancean con su habilidad de causar agranulocitosis en el 1% de los pacientes, esta agranulocitosis que se produce en el tratamiento con clozapina se produce entre las 4-18 semanas, pero ocurre raramente después de este tiempo. Esta agranulocitosis la podemos revertir con la administración de (G-CSF) factor estimulador de colonias granulociticas u otros factores de crecimiento; la recuperación general toma 7-14 días, si lo amerita se requiere una hospitalización del paciente de forma preventiva para tratar la posible sepsis esencial que se produzca.

1.6.3 Tratamiento farmacológico adyuvante en esquizofrenia

Generalmente se utiliza otros fármacos en el tratamiento de la esquizofrenia, entre estos fármacos cabe destacar los agentes convencionales como las benzodiacepinas que nos sirven para disminuir la agitación y los trastornos del pensamiento. El carbonato de litio sirve para reducir las conductas impulsivas y agresivas; los antidepresivos se utilizan para disminuir la depresión natural que se presenta en el fenómeno esquizofrénico.

1.7 Tratamiento psicoterápico

El tratamiento psicoterápico tiene un papel importante en la esquizofrenia. Los tipos de psicoterapia puede darse de manera individual o en su defecto grupal; dentro del concepto de psicoterapia individual se encuentra una amplia variedad de intervenciones que van desde la psicoterapia orientada al insight hasta las psicoterapias de soporte y apoyo o las terapias cognitivas y conductuales. La psicoterapia grupal tiene una variedad de modelos que incluye el abordaje psicoanalítico, interpersonal y educativo así como también terapias de entrenamiento en habilidades sociales, terapias cognitivas, intervenciones familiares y grupos de autoayuda.

Estas psicoterapias grupales utilizan diferentes técnicas, desde abordajes conductuales muy estructurados hasta abordajes de apoyo con una estructuración muy simple. Pese a los intentos prácticos del acompañamiento terapéutico farmacológico los resultados de las investigaciones realizadas sobre la eficacia de los apoyos psicoterápicos no son concluyentes y se sugiere realizar estudios con

poblaciones más grandes y en periodos de tiempo más largos para poder obtener resultados con una significación estadística más consistente [31].

1.8 Tratamiento electroconvulsivo (ECT)

Aunque se ha observado que la terapia electroconvulsiva (ECT) beneficia principalmente a los pacientes que presentan trastornos del estado de ánimo, también se ha utilizado ampliamente en el tratamiento de la esquizofrenia. La indicación principal del tratamiento electroconvulsivo fue un abordaje para pacientes que no respondían habitualmente al tratamiento con fármacos antipsicóticos.

Este tipo de tratamiento actualmente está recobrando inusitada importancia debido a que se ha hecho mucho más sofisticado y más seguro para tratar a una gama de pacientes que no responden de manera habitual a la medicación, con una práctica y técnica específica es una ayuda muy valiosa para la psiquiatría. Para detallar la técnica utilizada primariamente al paciente se le pide una batería de análisis dentro de los cuales se incluye una historia médica completa y un examen físico completo, radiografía de tórax, ECG, análisis completo de orina y sangre. La técnica *perse* consiste en un aparato que debe disponer de voltímetro y cronometro automático donde cada cifra de la escala del cronometro corresponde a 0.1 de segundo. Para obtener el electro shock se fijan los electrones en las dos regiones temporales o frontales del enfermo, se brinda la tensión deseada –según voltímetro- y se coloca la aguja del cronometro en la cifra que indica el tiempo deseado de duración de la corriente eléctrica.

Se debe comenzar por exposiciones de 0.4 de segundo y 80v. Si no se obtiene el ataque convulsivo en las sesiones siguientes se aumenta la intensidad de corriente en 10v. o la exposición en 0.1 a 0.2 de segundo y así se continua hasta conseguir la reacción convulsiva. La dosis convulsiva encontrada para cada enfermo se mantiene durante todo el tratamiento; cuando las dosis son insuficientes se desarrolla ataques incompletos en perjuicio de la salud del paciente [25].

Varios tipos de datos deben ser monitorizados durante un ECT; estos incluyen respuesta motora, presión sanguínea, pulso , EEG, y en algunos casos electromiografía (EMG),así como la saturación del oxígeno [32]. Como cualquier

intervención médica aguda este procedimiento conlleva algunos riesgos, los cuales están asociados con la inducción anestésica, la medida de la convulsión, las interacciones del ECT y la medicación farmacológica concomitante.

El tratamiento con ECT tiene un bajo riesgo de mortalidad y esta puede ser comparada con el riesgo de anestesia en un paciente y todavía presenta un rango inferior a los procedimientos quirúrgicos. La asociación Americana de Psiquiatría realizo una estimación actual de la mortalidad relacionada con la ECT obteniendo un rango de mortalidad de 1 por cada 80000 tratamientos [33].

Los efectos adversos después de un tratamiento de ECT es que la gente sufre principalmente de dolor de cabeza, dolor muscular, nauseas, anorexia, pero el principal efecto adverso es de carácter cognitivo que se relaciona con la orientación y la memoria de la persona, existen tres tipos de alteración cognitiva fundamentales: la desorientación postictal, la confusión interictal, y la amnesia que puede ser anterógrada o retrograda [33].

1.9 El futuro en el tratamiento de la esquizofrenia: La neuroproteccion

Hoy en día la neurociencia y la investigación clínica tiene suficientes avances para introducir una generación nueva de compuestos con calidad de neuroproteccion. El tratamiento con agentes neuroprotectores es todavía paradigmático, con una base teórica en los modelos neurodegenerativos de la esquizofrenia. Este tratamiento se basa en la protección del cerebro contra la perdida de materia gris y un consiguiente declive funcional durante los fenómenos de psicosis y mantener la funcionalidad integra del cerebro en respuesta a este stress neurobiológico.

En el pasado la neuro-proteccion solo estuvo relacionada al campo de la neurología, oftalmología y la cardiología, pero en años recientes la comunidad psiquiátrica empieza a tomar interés por este nuevo campo de la investigación debido sobre todo a una creciente insatisfacción con los actuales tratamientos farmacológicos en especialmente con la sintomatología negativa y cognitiva de la esquizofrenia. Evidencia reciente indica que los desórdenes neuro-psiquiatricos como la enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrofica, esclerosis múltiple, epilepsia, esquizofrenia; están muy relacionadas con el fenómeno

neurodegenerativo lo cual implica que en su fisiopatología incluyan varios componentes como el stress oxidativo, disfunción mitocondrial, disfunción mielinica y apoptosis.

La investigación de estos factores neuroprotectores especialmente en psiquiatría están siendo diseñadas para conseguir nuevos tratamientos sintomáticos, pero este tipo de investigación logra un alcance superior ya que trata de encontrar una disminución al progreso de la enfermedad y posiblemente a la prevención de la misma. Una aproximación diferente en este campo lo trae los estudios de investigación que incluyen la nanotecnología y las técnicas de neuromodulacion como la estimulación magnética tras craneal o la estimulación cerebral profunda [34].

Algunos componentes con capacidad neuroprotectora del cerebro relacionados con la esquizofrenia podemos citar a los neuroesteriodes (ácido omega3, eritropoyetina, S-adenosilmetionina, L-theanina) . La forma de actuar de estos agentes es similar a gran parte de ellos, siendo su acción neuroprotectora consistente en disminuir la apoptosis y sobre todo el stress oxidativo de las neuronas. De todos estos compuestos el más estudiado por razones ajenas a la esquizofrenia es la eritropoyetina humana recombinante (rHuEPO). En el SNC la eritropoyetina no solo actúa como agente antioxidante, anti-inflamatorio y anti-apoptotico sino que antagoniza con las fuerzas que llevan a la neurodegeneracion, vemos también que participa en la neuroproteccion y mejoría de la plasticidad cerebral sobre todo en regiones del hipocampo. Debido a que al potenciar la plasticidad en estas áreas del cerebro mejora sobremanera el proceso de aprendizaje y memoria en los seres humanos. [34].

Abandono y adherencia al tratamiento

El termino compliance fue usado para referirse a como el paciente sigue ordenes médicas y cumple con el tratamiento. Un paciente que toma la medicación es llamado “compliant” y uno que rechaza es llamado “non-compliant”: esto sugiere que el doctor brinda unas correctas indicaciones y el paciente las obedece sin preguntar. El termino adherencia recomendado recientemente sugiere un rol más activo por parte del paciente, otros médicos sugieren el término “concordancia”

para promover la idea de colaboración entre el paciente y el médico tratante. Lo dicho es solo una evidencia empírica, una aproximación a un tratamiento superior que tiene como resultado un grado de satisfacción mayor del paciente; tomando más importancia al respeto y autonomía de este.

Ya desde la década de 1950 se presentó el problema de adherencia a la medicación antipsicótica; estimándose que esta no adherencia a la medicación presentaba grandes porcentajes de recaídas, readmisiones hospitalarias y como consecuencia de esto un incremento en el gasto económico de los servicios de salud. Este dato, si bien, un tanto alejado de los servicios de salud no es para soslayarlo; ya que en el año 2011 el foro de economía mundial (WEF) junto con la escuela de salud pública de la universidad de Harvard emitieron un informe sobre el costo económico de las principales enfermedades no trasmisibles dentro de las cuales se situaban las alteraciones mentales. Dicho reporte presentaba un costo estimado para el año 2020 de US$ 2.5 trillones de dólares y un estimado para el 2030 de unos US$ 6 trillones, siendo catalogados a las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades mentales las que producen los más altos costos a la economía mundial [35].

El objetivo de este informe es brindarnos el dato preciso de cuánto dinero tiene como costo las enfermedades mentales, pero en este informe no se incluye las recaídas y re-hospitalizaciones por parte de paciente psiquiátrico lo que elevaría mucho más dicha cifra.

1.11 Definición del termino adherencia

El termino adherencia no es un término que se puede definir fácilmente, este fue cambiante en el tiempo y con cada una de las investigaciones y áreas en las que se utiliza. Unos la definían como el grado de comportamiento de una persona que coinciden con las ordenes medicas; según la Organización Mundial de la Salud define adherencia como un paciente que presenta el siguiente comportamiento: toma la medicación, sigue una dieta, realiza un cambio en el estilo de vida de acuerdo a las recomendaciones de su proveedor de salud [7], y por lógica consecuencia la no-adherencia se refiere al no cumplimiento de la prescripción médica, pudiendo referirse a la medicación, terapia o servicios adjuntos.

1.12 Factores que afectan la adherencia

Una variedad de factores promueven que el paciente no deje el tratamiento, estas las podemos agrupar en tres ítems:

1.2.1 Dependientes del paciente; aquí tenemos los valores familiares, la cultura del paciente, experiencias de enfermedades y su tratamiento, el soporte de su entorno, la personalidad, la inteligencia.

1.2.2 Dependientes del tratamiento; Podemos ver a la alianza terapéutica, marco terapéutico, efectividad del tratamiento, complejidad del tratamiento, RAM, estigma social.

1.2.3 Dependientes de la enfermedad; tenemos las delusiones per-se, aspectos positivos de la enfermedad, la depresión, la ansiedad, el deterioro cognitivo, falta de motivación.

Todos estos factores son cruciales para entender la adherencia-abandono del tratamiento en pacientes esquizofrénicos aunque algunos investigadores nos revelan que el factor fundamental para prevenir las recaídas en paciente esquizofrénicos son los efectos adverso que presentan los fármacos utilizados en el tratamiento estándar de la esquizofrenia [36].

A pesar que los factores anteriormente citados son muy importantes para la adherencia en el tratamiento es conveniente citar otros factores coadyuvantes que interviene de manera crucial como son:

Insight

Tradicionalmente el término “insight” es utilizado para definir el correcto entendimiento por parte del paciente de su enfermedad. Algunas investigaciones utilizan este insight actualmente en la adherencia al tratamiento como un constructo de este, pero es fundamental notar que tener un buen insight no necesariamente se va trasladar en una buena adherencia y viceversa.

Reactancia

El concepto de reactancia, el cual está vinculado estrechamente con la no-adherencia es utilizado para describir la tendencia de la gente de reaccionar negativamente a la presión y coerción.

Estigma

Existe fuerte evidencia que la gente estigmatiza al paciente esquizofrénico por su padecimiento mental, pero esto lo realiza debido a que prejuzga al paciente basado en su pobre conocimiento de la enfermedad, prejuiciando lo que ellos ven como su comportamiento bizarro, poca higiene y lo peligroso que puede ser el paciente esquizofrénico[37].

El desarrollo de una relación terapéutica constructiva es crucial para evaluar con precisión la naturaleza del problema del paciente esquizofrénico y proveer una base para un adecuado plan de manejo. El tratamiento general de esta enfermedad, el compromiso requerido por los profesionales de la salud mental, su sensibilidad y perspectiva para individualizar y entender estas condiciones tienen un profundo efecto en el juicio del paciente, la capacidad de poder entender su propia situación y la capacidad de poder consentir las intervenciones específicas.

CAPITULO II
METODOS

2.1 Ámbito de estudio

El estudio se realizó en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi, ubicado en el departamento de Arequipa que brinda servicios de salud mental a la población de dicha ciudad y a toda la región sur del Perú.

2.2 Población y muestra

Población

La población en estudio corresponde a todas las historias clínicas de los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia atendidos en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi durante los periodos de 1971-2011.

Unidad de estudio

Se utilizó como unidad de estudio los registros médicos (historias clínicas) de los pacientes entre dicho periodo de tiempo.

Criterios de inclusión

- Historia clínica completa.

Criterios de exclusión

- Paciente fallecido.

Definición de caso: Abandono

Paciente que habiendo acudido al Centro de Salud Mental Moisés Heresi recibe el diagnostico de esquizofrenia entre los periodos del 1971-2011, quedando en tratamiento en dicho centro de salud mental y dejando de acudir a las citas programadas por un periodo de 6 meses.

Definición de control: No abandono

Paciente que habiendo acudido al Centro de Salud Mental Moisés Heresi recibió el diagnóstico de esquizofrenia entre los periodos 1971-2011 quedando en tratamiento en dicho centro de salud mental y no deja de acudir a las citas programadas en un periodo de 6 meses.

Muestra

Tamaño muestral

Para calcular el tamaño muestral en un estudio de casos y controles no apareados se utilizó tablas.

Muestreo

Calculado los tamaños de los casos- controles y como se contaba con listas de pacientes para cada grupo se procedió a realizar un muestreo aleatorio simple con la ayuda de tablas de números aleatorios.

2.3 Técnicas y procedimientos

a. Tipo de estudio

Es un estudio analítico de casos y controles no apareados.

b. Producción y registro de datos

Se procedió a la solicitud de la autorización correspondiente a la Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa para la realización de la investigación. Se procedió a ubicar el total de historias clínicas con el diagnostico de esquizofrenia entre los periodos de los años 1971 al 2011, encontrándose un total de 803 historias, para la posterior aplicación de los criterios de inclusión quedando un subtotal poblacional de 673 historias clínicas siendo catalogadas como casos (abandono de tratamiento) 298 historias clínicas y como controles (no abandono de tratamiento) 375 historias. Para la conformación de la muestra se realizó un muestreo aleatorio simple con la ayuda de tablas de números aleatorios, seleccionándose finalmente una muestra de 303 historias clínicas que se dividían en 137 casos y 166 controles de los cuales se recolectaron los datos por medio de la ficha de recolección (anexo 1).

Paralelamente se procedió a la validación ficha de recolección por medio de un estudio piloto donde se utilizó a un total de 20 historias clínicas que representaban a los intervinientes en la investigación; dichas historias clínicas seleccionadas tomaron la característica que no formaron parte de la población inicial de estudio por lo que pertenecían a los años 2012 y parte del 2013.

c. Análisis estadístico

Se elaboró tablas de frecuencia absoluta y relativa para el análisis de cada una de las variables intervinientes, luego se procedió a aplicar estadística inferencial (regresión logística multivariante) para explicar la relación entre el abandono y las variables independientes evaluadas.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

TABLA 1

LAS CARACTERISTICAS PERSONALES COMO FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO

ABANDONO	TOTAL=303 Nº	SI=137 Nº (%)	NO=166 Nº (%)	X^2 (P)
a.- Edad (años):				
16 - 30	232	106(45.69)	126(54.31)	**2.747(0.043)**
31 - 45	59	25(42.37)	34(57.63)	
46 – 60	10	6(60.00)	4(40.00)	
≥61	2	0	2(100.00)	
b.- Sexo:				0.123(0.726)
Masculino	167	74 (44.31)	93 (55.69)	
Femenino	136	63 (46.32)	73 (53.68)	
c.- N. Instrucción				
Analfabeto	19	9(47.37)	10(52.63)	**3.322(0.388)**
Primaria	50	28(56.00)	22(44.00)	
Secundaria	176	76(43.18)	100(56.82)	

Superior	58	24(41.38)	34(58.62)	
d.- Ocupación:				
Empleado	38	16(42.11)	22(57.89)	0.265(0.876)
Subempleado				
Desempleado				
e.- E. civil				
Soltero	237	106(44.73)	131(55.27)	0.223(0.895)
Casado	39	19(48.72)	20(51.28)	
Otros	27	12(44.46)	15(55.55)	

TABLA 2

CARÁCTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES COMO FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO

ABANDONO	**TOTAL=303**	**SI=137**	**NO=166**	**X^2 (P)**
	Nº	**Nº (%)**	**Nº (%)**	
a.- Convivencia:				
Solo	20	13(65.00)	7(35.00)	**11.322(0.010)**
Familia	171	114(66.67)	157(33.33)	
Grupo	7	6(85.71)	1(14.29)	
Desconocido	5	4(80.00)	1(20.00)	
b.- Contacto social:*				0.937(0.626)
Si	231	106 (45.89)	125 (54.11)	
No	72	31 (43.05)	41 (56.94)	
c.- Estresor de vida:				
Si	278	130(46.76)	148(53.23)	2.760(0.097)
No	24	7(29.16)	17(70.83)	
d.- A. enfermedad				

Mental:				
Si	33	17(51.51)	16(48.48)	0.593(0.44)
No	270	120(44.44)	150(55.56)	

(*)Se consideró contacto social a la adecuada interacción personal con otras personas, de acuerdo a las necesidades de cada individuo.

TABLA 3

CARÁCTERÍSTICAS RELACIONADAS A LA ENFERMEDAD COMO FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO

ABANDONO	**TOTAL=303**	**SI=137**	**NO=166**	**X^2 (P)**
	Nº	**Nº (%)**	**Nº (%)**	
a.- Cambio institución:				
Si	69	45(65.21)	24(34.78)	**14.432(0.000)**
No	234	114(48.72)	157(51.28)	
b.- Comorbil. psiquiátrica:				0.434(0.510)
Si	17	9 (52.94)	8 (47.05)	
No	286	128(44.76)	158 (52.24)	

c.- Abuso de sustancias:				
Tabaco	7	5(71.42)	2(28.57)	3.922(0.270)
Alcohol	26	9 (34.61)	17(65.38)	
Drogas	24	13(54.17)	11(45.83)	
Desconocido	246	110(44.71)	136(55.28)	
d.- Historia recaída:*				
Si	146	111(76.02)	35(23.97)	**107.938(0.000)**
No	157	26(16.56)	131(83.44)	

* La recaída se tomó en base a los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de esquizofrenia, en donde la duración de los signos persistentes ocurre durante al menos por un periodo de 6 meses.

TABLA 4

CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS COMO FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO

ABANDONO	TOTAL=303 Nº	SI=137 Nº (%)	NO=166 Nº (%)	X^2 (P)
a.- Tipo esquizofrenia:				
Paranoide	295	132(44.75)	163(55.25)	3.178(0.529)
Catatónico	3	2(66.67)	1(33.33)	
Desorganizado	3	2(66.67)	1(33.33)	
Indiferenciado	1	1(100.00)	0	
Residual	1	0	1(100.00)	
b.- T. tratamiento:				**30.158(0.000)**
Farmacológico	80	57(71.25)	23 (28.75)	
Farmacológico+psicoterapia	147	55(37.41)	92(62.59)	
Farmacológico+psicoterapia+ayuda social	76	25 (32.89)	1 (67.10)	

c.- Tiempo tratam(meses):				**33.428(0.000)**
6 – 12	61	8(15.10)	53(84.90)	
13 – 19	54	26(48.16)	28(51.85)	
20 – 26	26	12(46.16)	14(53084)	
27 – 33	27	15(55.56)	12(44.44)	
34 - 40	135	76(56.30)	59(43.70)	
d.- Violencia:				
Si	137	67(48.90)	70(51.09)	1.375(0.241)
No	166	70(42.16)	96(57.83)	
e.- RAMs:				
Si	285	133(46.67)	152(53.33)	**4.084(0.043)**
No	18	4(2.22)	14(77.78)	
f.- Intento suicidio:				
Si	51	30(58.82)	21(41.18)	**4.585(0.032)**
No	252	107(42.46)	145(57.54)	

TABLA 5

ANÁLISIS MULTIVARIADO (REGRESIÓN LOGÍSTICA) DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

ABANDONO	**TOTAL=303**	**IC**	**FACTOR**
	OR	**95%**	**RIESGO**
Sexo: masculino	1.063	(1.217-1.765)	**Si**
Estado civil: soltero	1.225	(1.138-1652)	**Si**
Ocupación: desempleado	2.388	(1.125-4.972)	**Si**
Convivencia: solo	1.985	(1.651-2.143)	**Si**
Tiempo tratamiento:30-34 meses	6.631	(3.831-7.615)	**Si**
Diagnostico esquizofrenia: paranoide	5.576	(3.911-8.671)	**Si**
Nivel instrucción	8.391	(0.627-1.125)	No
Contacto social	0.828	(0.485-1.414)	No
Grupo etareo	0.841	(0.515-1.297)	No

Violencia	0.777	(0.492-1.224)	No
Antecedente enferm. Mental	0.859	(0.424-1.738)	No
Cambio institución	0.362	(0.208-0.631)	No
Comorbilidad psiquiátrica	0.722	(0.278-1.925)	No
Intento suicidio	0.489	(0.263-0.907)	No
Abuso sustancias	0.971	(0.693-1.322)	No
Estresor de vida	0.443	(0.179-1.094)	No
Historia recaídas	0.601	(0.034-0.107)	No
Tipo tratamiento	1.457	(0.825-1.684)	No
RAMs	0.327	(0.105-1.010)	No

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

La **tabla 1**, nos muestra en primer lugar que el grupo etáreo más frecuente fue entre los 16 a 30 años de edad y conforme la edad se va incrementando la frecuencia va disminuyendo. También observamos que hubo un 45.21% de abandono del tratamiento entre los pacientes con esquizofrenia que participaron en el estudio. Entre los que abandonaron el tratamiento más frecuente fue entre los que tenían 46 a 60 años de edad, es importante referir que entre los que tenían igual o más a 61 años no hubo casos de abandono; y al aplicar la prueba estadística encontramos que si habría asociación entre el abandono y la mayor edad del paciente.

La misma tabla nos muestra que fueron más frecuentes los del sexo masculino, y entre los que abandonaron el tratamiento fueron las mujeres sin embargo al análisis estadístico no se encontró significancia.

En cuanto al nivel de instrucción el más frecuente fue el secundario seguido del superior, y es entre los de nivel primario donde hubo más casos de abandono del

tratamiento seguido de los que no tienen instrucción, sin embargo no se encontró significancia estadística.

Con respecto a la ocupación de los pacientes en la que predominó la de desempleado y es justamente en este grupo donde fue más frecuente el abandono, pero al igual que en el caso anterior non se encontró asociación estadísticamente significativa.

Finalmente fue el estado civil de solteros los más frecuentes y los casos de abandono del tratamiento fueron los casados, sin significancia estadística. Ebert, Loosen, Leckman en su trabajo “Diagnosis and Treatment Psychiatry” [38] encontraron similitud entre el grupo etareo, sexo, y estado civil, no fue así en el nivel de instrucción donde se encontró un predominio del nivel analfabeto, esto se explica debido a la diferencia entre la población estudiada. Kessler, Demler, Frank en su publicación “Prevalence and Treatment of Mental Disorders” [39] encontró una ligera variación en el sexo a predominio de las mujeres.

En la **tabla 2**, se analiza las características socio-familiares de los pacientes, y es así en primer lugar con respecto a la convivencia los pacientes que tienen familia son los más frecuentes seguido de los que viven solos; siendo el abandono del tratamiento de aquellos consignados como “los que viven en “grupo”, encontrando que sí habría asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

En cuanto al contacto social se observa que la mayoría tendría esta característica y es en este grupo también donde hubo más casos de abandono pero sin significancia estadística.

En lo que respecta al estresor de vida, encontramos que fue más frecuente los pacientes que lo tenían y a su vez en donde hubo más abandonos y a la prueba estadística no se encontró asociación alguna.

La mayoría de los pacientes refirió no tener antecedentes familiares de enfermedad mental y es entre los que sí lo tenían los que más abandonaron el tratamiento, sin embargo no se encontró asociación estadísticamente significativa. Hales R, Yudofsky S, Talbott J. [11] en su trabajo existe igualdad con respecto a la presencia de estresor de vida y el antecedente de enfermedad mental, pero existe también una marcada diferencia en las características de convivencia donde la mayoría vive solo y no tiene un contacto social adecuado. Esto se explica debido a que la población estudiada es de origen latinoamericano donde

el paciente en su mayoría es acogido por familiares cercanos a contraposición de los ámbitos anglosajones donde el paciente es apartado del seno familiar.

La **tabla 3**, nos muestra las características de la enfermedad y en lo que se refiere al cambio de institución la mayoría refirió no haberlo hecho, pero entre los que sí lo hicieron es donde se encontró la mayor frecuencia de abandono al tratamiento, encontrándose una asociación altamente significativa, por lo tanto el cambio de institución de estos pacientes incrementaría su probabilidad de abandono.
La mayor frecuencia de los pacientes no tenía comorbilidad psiquiátrica, y es entre los que si la tenían los que más abandonaron el tratamiento, sin embargo no fue estadísticamente significativo lo observado.
En la mayoría de los pacientes se tenía una historia desconocida del consumo de sustancias seguida de alcohol y drogas; sin embargo entre los que abandonaron el tratamiento fueron más frecuentes los que consumían tabaco seguido de drogas; sin embargo no se encontró asociación alguna.
Finalmente se encontró que la mayor frecuencia no habría tenido recaídas; pero es entre los que las tuvieron donde se encontró en casi 4 veces más abandono al tratamiento, existiendo por lo tanto una asociación altamente significativa por lo que diremos que el haber tenido una recaída incrementaría la probabilidad de estos pacientes de abandonar el tratamiento. León en su trabajo de investigación "Factores Asociados a Mayores Niveles de Carga Familiar en Cuidadores Principales de Pacientes con Esquizofrenia en Actual Atención Ambulatoria del Hospital Víctor Larco Herrera" [6] presenta un porcentaje muy elevado de pacientes consumidores de drogas alucinógenas. Esto debido al tipo de historia clínica psiquiátrica que no realiza énfasis en este aspecto tan relevante. En lo que respecta al cambio de institución a predominio del no cambio de esta puede ser explicado a razón de que la mayoría de pacientes que asiste al centro de salud son de economía precaria lo que motiva que su cambio sea muy poco probable. En la comorbilidad psiquiátrica es poco probable que se presente más de una patología mental "*de Novo".* En cuanto al abuso de sustancias se obtuvo un elevado valor en el rango de desconocido por carecer de un énfasis especial en estos pacientes y en sus historias, ya que en otras latitudes existen formatos especiales para pacientes esquizofrénicos. En cuanto a la presencia de una

recaída baja es debido a que este centro cuenta con un seguimiento especial a cada uno de los pacientes con el diagnostico de esquizofrenia.

Entre las características clínicas analizadas **(tabla 4**) fueron el tipo de esquizofrenia donde fue más frecuente la paranoide y el abandono fue en la totalidad de los pacientes con esquizofrenia indiferenciada, seguida con la misma frecuencia la desorganizada y catatónica; al análisis estadístico no se encontró asociación.

El tipo de tratamiento más empleado fue el farmacológico más psicoterapia, y es entre los que solo recibían tratamiento farmacológico donde hubo la mayor frecuencia de abandonos encontrando una asociación altamente significativa, en consecuencia diremos que el solo recibir tratamiento farmacológico incrementó en estos pacientes la probabilidad de abandonar su tratamiento.

También se evaluó el tiempo de tratamiento, siendo más frecuente los que tenían entre 34 a 40 meses seguido de 6 a 12 meses; los abandonos fueron más frecuentes entre los que tenían de 34 a 40 meses seguido de 27 a 33 meses, y a la prueba estadística respectiva se encontró que esta asociación fue altamente significativa, por lo que diremos que el mayor tiempo de tratamiento incrementaría la probabilidad de abandono del tratamiento de los pacientes con esquizofrenia.

Fue más frecuente la referencia de no violencia entre los pacientes y es entre los que sí tenían violencia los que más abandonaron; encontrandose asociación estadística.

La gran mayoría de los pacientes presentaron RAMs y es también entre ellos donde hubo más abandonos, y al aplicar la prueba estadística se encontró asociación, es decir que la presencia de RAM incrementa la probabilidad de estos pacientes de que abandonen su tratamiento.

Finalmente se observa que en la mayoría no hubo historia de intento de suicidio. Sin embargo entre los que si hubo la frecuencia de abandono fue mayor; encontrando asociación significativa, en consecuencia donde hay historia de intento de suicidio la probabilidad de abandono al tratamiento en estos pacientes es mayor. Lambert M, Naber D, en su trabajo “Current Schizophrenia” [3], Gattaz W, Busatto G en “Advances in Schizophrenia Research” [19] Prince M, Stewart R, en “Practical Psychiatric Epidemiology”[40] en donde corrobora los resultados de

la elevada frecuencia de la esquizofrenia paranoide, el tratamiento farmacológico más psicoterapia, un tratamiento por un tiempo prolongado así como la presencia de reacciones adversas casi como regla general. En la característica intento de suicidio el trabajo de Nordentof M, Munk T, Agerbo E, “Change in suicide rates for patients with schizohrenia 1981-1997; case-control study” [41] nos presenta un elevado porcentaje para el intento de suicidio y en nuestro trabajo la no presencia del intento de suicidio fue determinante; esto debido probablemente a las características idiosincráticas del paciente estudiado comparado con otras poblaciones del primer mundo.

La **tabla 5**, nos muestra el análisis multivariado donde encontramos que de todas las variables estudiadas las que serían de riesgo para el abandono son el ser de sexo masculino, soltero, desempleado, estar solo, tener entre 34 a 40 meses de tratamiento y tener una esquizofrenia paranoide.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.2.- CONCLUSIONES

En los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Centro de Salud Mental Moisés Heresi se concluye al análisis bivariado que:

a). Al análisis bivariado que los factores edad, el vivir en grupo, el cambio de institución, la historia de recaídas, el vivir solo, el tratamiento farmacológico, el mayor tiempo de tratamiento farmacológico, la presencia de RAMs y el antecedente de intento de suicidio son factores asociados al abandono de tratamiento.

b). Al análisis multivariado el ser de sexo masculino, soltero, ser desempleado, vivir solo, el mayor tiempo de tratamiento y tener esquizofrenia paranoide son factores de riesgo al abandono de tratamiento.

5.2.- RECOMENDACIONES

1. Una adecuada sistematización de las historias clínicas en el centro de salud.
2. Creación de historias clínicas dirigidas especialmente al fenómeno esquizofrénico para cubrir campos poco revisados y brindar un eficaz tratamiento y seguimiento.
3. Elaborar un plan que permita crear dentro del centro de salud mental para identificar rápidamente la pobre adherencia al tratamiento y el manejo de estas.
4. Establecer programas de educación sanitaria dirigidos al paciente esquizofrénico y su familia, poniendo énfasis en la información de los efectos adversos, manejo y control, la toma de medicamentos, asi como objetivando los principales síntomas de recaída.
5. Brindar tratamiento psicoterápico a la familia del paciente esquizofrénico en aspectos relacionados con la salud mental para que esta sirva de apoyo-base al tratamiento de la enfermedad.

6. Entrenar a los profesionales de salud (médicos, enfermeras, personal técnico) para que brinden un adecuado “feeling terapéutico” y así poder enganchar al paciente para su adecuado tratamiento.
7. Crear una “ficha de manejo para recaídas” para ser utilizado por familiares y amigos en caso de próximos estados psicóticos, intentos de suicidio y asi poder brindar la ayuda adecuada en el tiempo adecuado. (Anexo 3)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado H. Curso de Psiquiatría. 1ra Edición. Lima: Imprenta Santa María; 1953, pág.: 338.

2. Snyder K, Gur R. Me, Myself and Them. 1ra Edition. Oxford University Press; 2007, pag: 34.

3. Lambert M, Naber D. Current Schizophrenia. 2daEdition. London: Medicine Group; 2009, pag: 117.

4. Sadock B, Sadock V. Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. 5ta Edition. New York : Lippincott Williams and Wilkins; 2009, pag:52-54.

5. Krickeberg K,Pham T, Pham V. Epidemiology: The Key to Prevention. 1raEdition. New York: Springer; 2011, pag: 14.

6. León F, Factores Asociados a Mayores Niveles de Carga Familiar en Cuidadores Principales de Pacientes con Esquizofrenia en Actual Atención Ambulatoria del Hospital Víctor Larco Herrera Marzo-Julio 2012 [Tesis]. Lima: UNMSM. Facultad de Medicina; 2012.

7. OMS. Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. Geneva: World Health Organization; 2003.

8. Osterberg L, Blaschket T. Adherence to Medication. The New England Journal of Medicine. 2005, August 4; 353:5; pag: 487-497.

9. Perkins D, Lieberman J, Gu H, Tohen M, McEvoy J, Green A, et al. Predictors of Antipsychotic Treatment Response in Patients With First-Episody Schizophrenia, Schizoaffective and Schizophreniform Disordes. British Journal of Psychiatry. 2004, December 12 ; 185; pag: 18-24.

10. Shorter E. Historical Dictionary of Psychiatry. 1ra Edition. New York; Oxford University Press; 2005, pag:267-272.

11. Hales R, Yudofsky S, Talbott J. Tratado de Psiquiatría. 2da Edición. Barcelona: Ancora s.a. American Psychiatric Association; 1996, pag: 460-462.

12. Odonnell P. Cortical Deficits in Schizophrenia: From Genes to Function. 1ra Edition. Baltimore: Springer; 2008, pag:7-8.

13. Carlsson A, Lecrubier Y. Progress in Dopamine Research in Schizophrenia. 2da Edition. Glasgow: Taylor and Francis Group; 2005,pag: 16-17.

14. Javitt D, Kantrowitz J. Handbook of Neurochemestry and Molecular Neurobilogy Schizophrenia. 1ra Edition. New York: Springer Science; 2009, pag:20-22.

15. Bradley R, Harris A, Jenner P. Integrating the Neurobiology of Schizophrenia. California: The Servier Inc.; 2007, pag: 149-151.

16. Eaton W, Byrne M, Ewald H. Association of Schizophrenia and Autoinmune Diseases. American Journal of Psychiatry. 2006, August 10; 163; pag: 521-528.

17. Salpolsky R.Stanford University Channel (2010). Schizophrenia. [En línea]. Accesado el día 10/05/ 2013. Disponible: http//www.youtube.com/watch?v=nEKlxGAmalt.

18. Weinberger D, Harrison P. Schizophrenia. 3raEdition.Oxford: Wiley-Blackwell; 2011, pag: 335-339.

19. Gattaz W, Busatto G. Advances in Schizophrenia Research. 1Edition. New York: Springer Science; 2010, pag: 5-6.

20. Meyer J, Nasrallah H. Medicall Illnes and Schizophrenia. 1raEdition. American Psychiatric Publishing Inc.; Wshington: 2001, pag:25-27.

21. Minkowski E. La esquizofrenia: Psicopatología de los Esquizoides y los Esquizofrénicos. 1ra Edición. México; Fondo Cultura Económica; 2000, pag: 103.

22. Kraepelin E. Introducción Clínica Psiquiátrica. 1ra Edición. Madrid: Imprenta F.Moliner; 1905, pag: 42.

23. Salokangas R. Dimensiones de los Síntomas y Pronósticos de Esquizofrenia. World Psychiatry.2003, diciembre 3; volumen 1 pag: 172-178.

24. Keefe R, McEvoy J. Negative Sympton and Cognitive Deficit Treatment Response in Schizophrenia. 1raEdition. Washington: American Psychiatric Press Inc; 2001, pag: 69-70.

25. Sluchevsk I. Psiquiatría. 1ra Edición. México DF: Editorial Grijalbo; 1960, pag:273-274.

26. Navratil L. Esquizofrenia y Arte. 1ra Edición. Barcelona: Seix Barral; 1972, pag:19.

27. Morrison J. DSM-IV Made Easy: The Clinicians Guide To Diagnostic. 1ra Edition. New York: Guildford Press; 2001, pag: 142-144.

28. Pichot P, Lopez-Ibor J. (Editor). DSM-IV: Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ta Edición. Barcelona: Masson S.A.; 1995, pag: 280-296.

29. Fallon I, Montero I, Sungur M, et al. Tratamiento Basado en la Evidencia en Esquizofrenia: Resultado de 2 años de Seguimiento en un Ensayo clínico Internacional de Campo Sobre el Tratamiento Optimo. World Psychiatry.2004, Setiembre 12; Volm:2, Numero:2; pag:102-109.

30. Castle D, Copolov D, Wykes T, et al. Pharmacological and Psychosocial Treatments in Schizophrenia. 2da Edition. London: Inform Healthcare; 2008,pag:52-56.

31. Maj M, Sartorius N. Schizophrenia. 2da Edition. Philadelphia: Wiley S.A.; 2002, pag: 232.

32. Mankad M, Beyer J, Weiner R. Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy. 1ra Edition. New York: American Psychiatric Publishing Inc; 2010

33. Scott A(editor). The ECT Handbook. 2da Edition. London: Royal College Psychiatric; 2009

34. Ritsner M. Brain Protection in Schizophrenia, Mood and Cognitive Disorders. 1ra Edition. New York: Springer Science; 2010, pag: 348-354.

35. Forum Economic World [Home page internet]. Switzerland: The Global Economic Burden of Non-Communicable Diseases 2011.[actualizada Mayo 2013]; Consultado 15705/2013. Disponible: http://www.weforum.org/reports/global-economcs-burden-non-comunicable-disease

36. Geddes J. Prevention of Relapses in Schizophrenia. The New England Journal of Medicine. 2002 January 3; vol: 346; pag: 56-58.

37. Hirsch R, Psychosocial factors in the cause and prevention of relapse in schizophrenia. British Medical Journal. 1983, May 21;286: pag: 25-37

38. Ebert M, Loosen P, Leckman B. Current Diagnosis Treatment: Psychiatry. 2da Edition. New York: Mc Graw-Hill Companies;2007.

39. Kessler R, Demmler O, Frank R. Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003. The New England Journal of Medicine. 2005, june 24; pag: 15-23.

40. Prince M, Stewart R, Ford T, Hotop M. Practical Psychiatric Epidemiology. 1ra Edition. New York; University Press; 2003.

41. Nordentof M, Munk T, Agerbo E. Change in Suicide Rates for Patients with Schizophrenia 1981-1997: Case-Control Study. British Medical Journal. 2004, June 22, pag:1-5.

.

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Historia clínica №:	***Lugar procedencia:*** ***Fecha nacimiento:***
Sexo Hombre: ☐ Mujer: ☐	**Edad** 16-30años: ☐ 31-45 años: ☐ 46-60años: ☐ ≥62 años: ☐
Estado civil Soltero: ☐ Casado: ☐ Otros: ☐	**Ocupación** Empleado: ☐ Subempleado: ☐ Desempleado: ☐
Instrucción No formal: ☐ Primaria: ☐ Secundaria: ☐ Superior: ☐	**Violencia** Si presento: ☐ No presento: ☐
Contacto social Si: ☐ No: ☐	**Convivencia:** Solo: ☐ Familia: ☐ Grupo: ☐ Desconocido: ☐
Antecedente enf. Mental: Si presento: ☐ No presento: ☐	**Tiempo tratamiento** 6-12 meses: ☐ 13-19meses: ☐ 20-26meses: ☐ 27-33meses: ☐ 34-36meses: ☐
Cambio institución médica Si: ☐ No: ☐	**Intento suicidio** Si: ☐ No: ☐
Comorbilidad psiquiátrica Si: ☐ No: ☐	**Estresor vida** Si: ☐ No: ☐
Historia recaídas Si: ☐ No: ☐	**RAM** Si presento: ☐ No presento: ☐
Tipo tratamiento Farmacológico: ☐ Farmac.+psicoterapic: ☐ Farmac.+psicot.+apoyo social: ☐	**Diagnostico esquizofrénico** Paranoide: ☐ Catatónico: ☐ Desorganizado: ☐ Indiferenciado: ☐ Residual: ☐
Abuso sustancias Tabaco: ☐ Alcohol: ☐ Drogas: ☐ Desconocido: ☐	

ANEXO 2

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS

VARIABLES	*TIPO*	*CODIGO*	DEFINICION
Edad	*Discreta*	*16-30 años:1* *31-45 años:2* *46-60 años:3* *≥61 años:4*	**Según indica la historia clínica**
Sexo	*Dicotómica*	*Hombre: 1* *Mujer:2*	**Según indica la historia clínica**
Estado civil	*Categórica*	*Soltero:1* *Casado:2* *Otros:3*	**De acuerdo al régimen legal consignado en historia clínica.**
Ocupación	*Categórica*	*Empleado:1* *Subempleado:2* *Desempleado:3*	**Empleado, si trabajaba. Subempleado si tenía un trabajo ocasional. Desempleado si no tiene trabajo.**
Instrucción	*Categórica*	*No Formal:1* *Primaria:2* *Secundaria:3* *Superior:4*	**Grado académico alcanzado por el paciente de acuerdo a historia clínica.**
Violencia	*Dicotómica*	*Sipresento:1* *Nopresento:2*	**Presencia de agresión al equipo de salud familia u otros.**
Contacto social	*Dicotómica*	*Si:1* *No:2*	**Si presenta un adecuado contacto social con familiares, amigos.**
Convivencia	*Categórica*	*Solo:1* *Con familia:2* *En grupo:3* *Desconocido:4*	**Con quien vive el paciente según historia clínica.**
Antecedente enf.mental	*Dicotómica*	*Si:1* *No:2*	**Presenta algún familiar con algún trastorno psiquiátrico.**
Tiempo de tratamiento	*Categórico*	*6-12 meses:1* *13-19 meses:2* *20-26 meses:3* *27-33 meses:4* *34-40 meses:5*	**Periodo de tiempo en el cual el paciente ha recibido tratamiento**
Cambio de institución	*Dicotómica*	*Si cambio:1* *No cambio:2*	**Paciente que cambia de médico tratante o institución médica.**
Comorbilidad psiquiátrica	*Dicotómica*	*Si presento:1* *No presento:2*	**Paciente que presenta algún trastorno psiquiátrico asociado.**
Intento de suicidio	*Dicotómica*	*Si:1* *No:2*	**Si el paciente tuvo algún intento de auto eliminarse**
Diagnostico esquizofrénico	*Categórico*	*Paranoide:1* *Catatonico:2* *Desorganizado:3* *Indiferenciado:4* *Residual:5*	**El diagnóstico es de acuerdo a la historia clínica.**
RAMs	*Dicotómica*	*Sin RAM:1* *Con RAM:2*	**Paciente que presento reacciones adversas con uso antipsicóticos**

Abuso de sustancias	*Categórica*	*Tabaco:1* *Alcohol:2* *Drogas:3* *Desconocido:4*	**Paciente que presenta concomitantemente el uso de sustancias de abuso**
Estresor de vida	*Dicotómica*	*Estilo vida sin stress:1* *Estilo vida con stress:2*	**Exposición a factores estresantes en familia y sociedad**
Historia de recaídas	*Dicotómica*	*Con recaidas:1* *Sin recaidas:2*	**Recaída: cuando el paciente vuelve a presentar síntomas psicóticos después de 6 meses tratamiento**
Tipo tratamiento	*Categórico*	*Farmacologico:1* *Farmacológico+ psicoterapia:2* *Farmacológico+ psicoterapia+ Apoyo social:3*	**Es farmacológico si solo recibe antipsicóticos. Es psicoterápico si hay ayuda tratamiento psicoterapia. Apoyo social si interviene servicio social de apoyo**

ANEXO 3

FICHA PARA EL MANEJO RECAIDAS

MI CONTACTO INMEDIATO:	
NOMBRE:_____ TELEFONO:_____	NOMBRE(2):_____ TELEFONO(2):_____
CONTACTO MEDICO:	

MEDICO PSIQUIATRA:_____ TELEFONO:_____	ENFERMERA:_____ TELEFONO:_____
INFORMACION MEDICA:	
MEDICAMENTO:_____ DOSIS:_____ ALERGIAS:_____ DIAGNOSTICO:_____	

ANEXO 3

FICHA PARA EL MANEJO RECAIDAS

MI CONTACTO INMEDIATO:	
NOMBRE:_____ TELEFONO:_____	NOMBRE(2):_____ TELEFONO(2):_____
CONTACTO MEDICO:	
MEDICO PSIQUIATRA:_____ TELEFONO:_____	ENFERMERA:_____ TELEFONO:_____
INFORMACION MEDICA:	
MEDICAMENTO:_____ DOSIS:_____ ALERGIAS:_____ DIAGNOSTICO:_____	