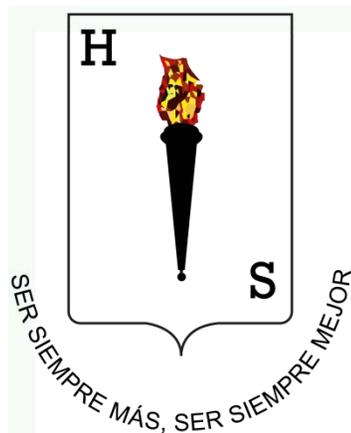


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL  
DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

CAUSAS DE LA DEFICIENCIA EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

SANDRA TERESA GARCÍA AMÉZQUITA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN ; 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## *Agradecimientos*

*Esta tesis fue realizada en la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, a la cual deseo expresar mi reconocimiento por todo el apoyo y facilidades prestadas.*

*Asimismo, quiero agradecer al Hospital de Nuestra Señora de la Salud por el apoyo durante la realización de la tesis.*

*A mis profesores que sin dudarlo me apoyaron en todo momento, dentro de lo que cabe en los estudios al darme buena información.*

*Agradezco también a mi directora de tesis M.A. E. María de la Luz Balderas Pedrero, por su guía a lo largo de todo el proceso para elaborar, por su paciencia y calidad humana.*

## *Dedicatorias*

*... "No vivas para que tu presencia se note, sino para que tu ausencia se sienta"...*

*Le dedico este trabajo a mis padres y hermana, por su confianza y apoyo incondicional, por todos los sacrificios que tuvieron que hacer, por los desvelos que me dedicaron, por los cuidados que me brindaron, por sus oraciones que probablemente elevaron en mi nombre, por todo su amor.*

*A toda mi familia que son muchos, y si los menciono a todos quizá no cabrían en esta hoja, agradezco por estar ahí, al pendiente de lo que pasaba conmigo y mi carrera, por sus buenos deseos, gracias.*

*A Arturo M. por brindarme la confianza y amor para seguir en esto, mi sueño de ser enfermera, agradezco su aliento y el saber y aprender que no existía otra opción, más que dejar que extendiera mis alas.*

*A todas las personas que debí agradecer, y que hicieron posible la realización de este trabajo.*

## CONTENIDO

1. DELIMITACIÓN DEL CONTEXTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN .....	1
2. CONTEXTO PROBLEMÁTICO .....	4
3. HIPÓTESIS .....	7
4. OBJETIVOS .....	8
4.1. Objetivo General .....	8
4.2. Objetivos Específicos.....	8
5. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN .....	9
6. METODOLOGÍA.....	10
7. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL .....	16
7.1. Conceptualización específica .....	16
7.2. Teorías Relativas .....	23
7.2.1. Orígenes de la esquizofrenia.....	23
7.2.2. Concepto de esquizofrenia.....	25
7.2.3. Curso de la esquizofrenia.....	28
7.2.4. Clasificación de esquizofrenia .....	32
7.2.5. Etiología de esquizofrenia .....	34
7.2.6. Epidemiología de esquizofrenia.....	35
7.2.7. Signos y síntomas de la esquizofrenia .....	36
7.2.8. Diagnóstico para la esquizofrenia.....	38
7.2.9. Tratamiento de esquizofrenia .....	40
7.2.10. Pronóstico para pacientes con esquizofrenia .....	44
7.3. Enfermería Psiquiátrica.....	46
7.3.1. Teoría y Modelo de Enfermería Psiquiátrica .....	47
7.3.2. Atención de enfermería a pacientes con esquizofrenia .....	50
7.3.3. PAE a Pacientes Psiquiátricos .....	52
8. INVESTIGACIÓN DE CAMPO .....	55
9. CONCLUSIONES.....	57

10. PROPUESTA DE SOLUCIÓN.....	61
11. RESULTADOS .....	65
12. FUENTES DE INFORMACIÓN .....	79
13. ANEXOS .....	81

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. ¿Tiene usted conocimiento de la patología esquizofrenia?.....	65
Tabla 2. ¿Ha tratado con algún paciente de este tipo?.....	66
Tabla 3. ¿Conoce la sintomatología de este tipo de pacientes?.....	67
Tabla 4. ¿En su programa académico ha cursado alguna materia de Enfermería Psiquiátrica?.....	68
Tabla 5. ¿Conoce algunas características que le permitan identificar a este tipo de pacientes?.....	69
Tabla 6. ¿A lo largo de su formación ha pasado por el servicio de psiquiatría? ...	70
Tabla 7. ¿Cree usted que la falta de conocimiento, sobre el trato a este tipo de paciente sea la causa principal de la deficiencia de atención por parte de enfermería?.....	71
Tabla 8. ¿Qué siente cuando ve a un paciente psiquiátrico con este padecimiento?.....	72
Tabla 9. ¿Ha sufrido algún tipo de agresión por este tipo de pacientes por no saber cómo tratarlos?.....	73
Tabla 10. ¿Cree que es importante dentro de su preparación profesional tener conocimiento sobre cómo tratar a pacientes con enfermedades psiquiátricas?.....	74
Tabla 11. ¿Estaría dispuesta a participar en talleres o clases donde se impartiera como tratar o proporcionar atención adecuada de enfermería este tipo de pacientes?.....	75
Tabla 12. ¿Cree usted que al tener la preparación adecuada su atención a este tipo de paciente sería más integral?.....	76
Tabla 13. ¿Desde su opinión ¿Cree usted que la falta de la empatía está relacionada con el poco conocimiento respecto al tema?.....	77
Tabla 14. ¿Al tener la preparación adecuada estaría dispuesta a proporcionar educación a la familia de este tipo de pacientes sobre cómo tratarlos fuera de hospital?.....	78

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. ¿Tiene usted conocimiento de la patología esquizofrenia? .....	65
Figura 2. ¿Ha tratado con algún paciente de este tipo?.....	66
Figura 3. ¿Conoce la sintomatología de este tipo de pacientes?.....	67
Figura 4. ¿En su programa académico ha cursado alguna materia de Enfermería Psiquiátrica?.....	68
Figura 5. ¿Conoce algunas características que le permitan identificar a este tipo de pacientes?.....	69
Figura 6. ¿A lo largo de su formación ha pasado por el servicio de psiquiatría? ..	70
Figura 7. ¿Cree usted que la falta de conocimiento, sobre el trato a este tipo de paciente sea la causa principal de la deficiencia de atención por parte de enfermería? .....	71
Figura 8. ¿Qué siente cuando ve a un paciente psiquiátrico con este padecimiento? .....	72
Figura 9. ¿Ha sufrido algún tipo de agresión por este tipo de pacientes por no saber cómo tratarlos?.....	73
Figura 10. ¿Cree que es importante dentro de su preparación profesional tener conocimiento sobre cómo tratar a pacientes con enfermedades psiquiátricas? .....	74
Figura 11. ¿Estaría dispuesta a participar en talleres o clases donde se impartiera como tratar o proporcionar atención adecuada de enfermería este tipo de pacientes?.....	75
Figura 12. ¿Cree usted que al tener la preparación adecuada su atención a este tipo de paciente sería más integral?.....	76
Figura 13. ¿Cree usted que al tener la preparación adecuada su atención a este tipo de paciente sería más integral?.....	77
Figura 14. ¿Al tener la preparación adecuada estaría dispuesta a proporcionar educación a la familia de este tipo de pacientes sobre cómo tratarlos fuera de hospital?.....	78

## 1. DELIMITACIÓN DEL CONTEXTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

La esquizofrenia es un trastorno cerebral severo que perdura toda la vida. Las personas que la padecen pueden escuchar voces, ver cosas que no existen o creer que otros leen sus pensamientos o controlan sus mentes. En los hombres, los síntomas suelen comenzar casi al final de la adolescencia y a partir de los 25 años de edad y en las mujeres generalmente comienzan entre los 25 y los 35 años de edad.

Dicha psicosis incluye alucinaciones y delirios, tales como escuchar voces.

Otros síntomas pueden incluir:

- Pensamientos o percepciones fuera de lo común
- Trastornos del movimiento
- Dificultades para hablar y expresar sus emociones
- Problemas de atención, memoria y organización

Nadie sabe con seguridad cuál es la causa de la esquizofrenia, pero la constitución genética y la química cerebral probablemente tienen alguna influencia.

Los medicamentos pueden aliviar muchos de los síntomas, pero pueden ser necesarios varios intentos antes de encontrar el fármaco adecuado. Pueden disminuirse las recaídas tomando el medicamento el tiempo que lo indique el médico. Con tratamiento, muchas personas mejoran lo suficientemente para llevar vidas satisfactorias.

La atención a las personas que padecen esquizofrenia y otros trastornos mentales graves siguen siendo un objetivo prioritario para los servicios públicos de salud mental, toda vez que constituyen el grupo de personas con enfermedad

mental más vulnerable, expuesto a los riesgos del desarraigo y la marginalidad; y que requieren redes de servicios sanitarios y sociales bien coordinados, profesionales bien formados y comprometidos, además de la implementación de programas de intervención probadamente eficaces.

El artículo presenta las características básicas de la atención a personas con esquizofrenia, teniendo en cuenta tanto las referencias internacionales como la experiencia desarrollada en los últimos cinco años.

La importancia de tener conocimiento sobre el concepto de esquizofrenia, es más que nada para proporcionar la atención adecuada de enfermería al paciente y evitar algún tipo de agresión hacia nosotras, y a ellos mismos.

Muchas veces la falta de información y el desconocimiento en general son las principales preocupaciones tanto de los enfermos como de sus familias cuando se produce un diagnóstico por enfermedad mental, especialmente de esquizofrenia.

Esta carencia se prolonga en muchos casos durante el desarrollo de la patología y promueve el desánimo y el desconcierto. Este déficit constituye el origen precisamente del movimiento asociativo de personas con enfermedad mental y sus familias, éstos y la necesidad humana de sentirse arropado y comprendido entre iguales.

La falta de información, los prejuicios y los mitos en la sociedad en general son también la causa de uno de los mayores problemas y obstáculos de las personas enfermas, el estigma.

Una “marca” que le sigue y entorpece su normalización e integración en la sociedad.

Es por esto que la presentación de esta tesis sobre causas de la deficiencia de atención de enfermería a pacientes con esquizofrenia que ahora tiene usted entre las manos, no puede ser sino motivo de enhorabuena.

Se trata de un instrumento nuevo para canalizar todas aquellas preguntas que hostigan a los afectados directa o indirectamente por esta enfermedad grave y crónica.

Desde las características, plurales y variadas, de la patología; las formas de hacerle frente en la familia tras la primera crisis; los cuidados personales; la mejor forma de actuar ante los síntomas; como apreciar a priori una recaída, o los distintos tipos de tratamiento y los recursos disponibles en la importancia de la información accesible para los enfermos y para sus cuidadores y allegados.

## 2. CONTEXTO PROBLEMÁTICO

La idea de locura ha existido desde tiempos antiguos. Los primeros datos que pueden estar relacionados con síntomas psicóticos datan del 2000 a. C. en el *Libro de los corazones*, parte del antiguo *Papiro de Ebers*.<sup>1</sup>

Sin embargo, un estudio reciente de la literatura de la Antigua Grecia y Roma mostró que, mientras la población general probablemente tenía conocimiento de los trastornos psicóticos, no había ninguna condición equivalente al moderno criterio de diagnóstico de esquizofrenia en aquellas sociedades.

Son muy raros los testimonios de síndromes similares a la esquizofrenia en la historia anterior a 1800, aunque los relatos de comportamientos irracionales, ininteligibles, o descontrolados sí eran frecuentes.<sup>1</sup>

Se ha producido una breve interpretación citando que las notas en el *Papiro Ebers* del Antiguo Egipto pueden implicar esquizofrenia, pero otros estudios no han podido certificar dicha conexión.

Una revisión de la literatura de la Antigua Grecia y Roma indica que si bien se ha descrito la psicosis, no son relatos que reúnan los criterios para la esquizofrenia. En la literatura médica árabe y psicológica de la Edad Media se observaron creencias y comportamientos psicóticos raros, similares a algunos de los síntomas de la esquizofrenia.

En el Canon de la Medicina, por ejemplo, Avicena describe una condición parecida a los síntomas de la esquizofrenia que llamó *Junun Mufrit* (locura grave), la cual diferenció de otras formas de locura (*Junun*), como la manía, la rabia y la psicosis maníaco-depresiva.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Dr. J. A. Vallejo Nájera pp. 197

A lo largo de toda mi formación académica dentro del nivel medio superior, fue cuando surgió el interés por este tipo de paciente, al ver en clase de psicología de la personalidad la película “Mente brillante”, me causo gran asombro e incertidumbre como esta patología, hace que la mente sea capaz de llevar a la persona a otra realidad que no existe pero la vive de una u otra forma.

Pero mi interés quedo en libros y más películas, esto con el fin de tener el conocimiento básico.

Al entrar a la Universidad, estar en contacto con este tipo de pacientes ese interés se volvió más grande, y me di cuenta que esta enfermedad no atraviesa por un curso tan leve como se presenta en las películas, aprendí que esta patología aparte de crear la disociación de la mente, crea consigo un deterioro del propio auto cuidado de la persona, afectando todos sus ámbitos personales, y causando angustia para él, su entorno y familia.

Creo que la atención de enfermería es básica para este tipo de pacientes, ya que la mayor parte del tiempo somos nosotras quien estamos en contacto con ellos, a lo largo de mi practica he vivido agresiones por parte de ellos, ya que no contamos con una preparación académica para enfrentarlo.

Debemos actualizar el tipo de cuidado cada uno de estos pacientes para poder proporcionar una atención adecuada, dejando a un lado y tratando de evitar las causas de la deficiencia y así mejorar nuestra atención.

Para elegir este tema surgieron las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son las causas de la esquizofrenia?
- ¿Cuál es el curso de la esquizofrenia?
- ¿Factores relacionados con la esquizofrenia?

- ¿Qué tipo de conocimientos se necesitan para proporcionar una buena atención a este tipo de pacientes?
- ¿Causas de la deficiencia de atención de enfermería a este tipo de pacientes?
- ¿Qué nos lleva a la pérdida de empatía hacia estos pacientes?
- ¿Pronóstico para este tipo de pacientes?
- ¿Cómo educar a su familia para que brinde una atención adecuada?

De acuerdo con lo expresado es posible plantear un problema de investigación en los siguientes términos:

**¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA DEFICIENCIA EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE A SALUD?**

### **3. HIPÓTESIS**

Las causas que provocan la deficiencia de atención de enfermería a pacientes con esquizofrenia son: la falta conocimiento de psiquiatría y la pérdida de empatía para con ellos.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo General**

Obtener conocimiento para poder conocer las causas de deficiencia de atención de enfermería a pacientes con esquizofrenia, teniendo presente los factores biosicosociales del paciente y la falta de conocimiento sobre esta patología, con el fin de crear un marco conceptual en el cual fundamentar la investigación.

### **4.2. Objetivos Específicos**

- Conocer las características para poder identificar a este tipo de pacientes
- Conocer el tipo de atención que se debe brindar a este tipo de pacientes
- Conocer el grado de preparación que posee enfermería para tratar este tipo de pacientes
- Tener conocimiento para proporcionar educación a su familia para que puedan atenderlos en casa
- Conocer que nos lleva a la pérdida de individualización y empatía hacia estos pacientes
- Conocer la disposición del personal y alumnas para capacitarse sobre el tema

## 5. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

### Variable independiente

Esquizofrenia

### Variable dependiente

Causas de la deficiencia de atención de enfermería pacientes con esquizofrenia

### Congruencia de variables

VARIABLE	DIMENSIONES
Causas de la deficiencia del cuidado de enfermería pacientes con esquizofrenia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Causas de la deficiencia</li><li>• Deficiencia de atención</li><li>• Atención de enfermería ideal para este tipo de pacientes</li><li>• Empatía hacia este tipo de pacientes</li><li>• PAE enfermero para pacientes esquizofrénicos</li><li>• Teoría de enfermería aplicada para este tipo de problema</li></ul>
Esquizofrenia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Orígenes de esquizofrenia</li><li>• Concepto de esquizofrenia</li><li>• Curso de esquizofrenia</li><li>• Clasificación de esquizofrenia</li><li>• Etiología</li><li>• Epidemiología</li><li>• Signos y síntomas</li><li>• Diagnostico</li><li>• Tratamiento</li><li>• Pronostico</li></ul>

## 6. METODOLOGÍA

Para poder realizar esta investigación se utilizaron los métodos y técnicas las cuales se describen de manera breve:

- **Método científico.** Es un método de investigación usado, principalmente en la producción de conocimiento en las ciencias. Para ser llamado científico, un método de investigación debe basarse en la empírica y en la medición, sujeto a los principios específicos de las pruebas de razonamiento.<sup>[1]</sup>
- Investigación documental. Es la que se realiza, como su nombre lo indica, apoyándose en fuentes de carácter documental, esto es, en documentos de cualquier especie tales como, las obtenidas a través de fuentes bibliográficas, hemerográficas o archivísticas; la primera se basa en la consulta de libros, la segunda en artículos o ensayos de revistas y periódicos, y la tercera en documentos que se encuentran en archivos como cartas oficios, circulares, expedientes, etcétera.
- Investigación de campo: Esta clase de investigación se apoya en informaciones que provienen entre otras, de entrevistas, cuestionarios, encuestas y observaciones.

La metodología cuantitativa es aquella que permite examinar los datos de manera científica, o más específicamente en forma numérica, generalmente con ayuda de herramientas del campo de la estadística, esta metodología es la que utilizare dentro de mi investigación, ya que se cuenta con la ayuda de un cuadro de investigación donde se tiene el registro de los pacientes con este padecimiento dentro de los últimos 5 años.

Se cuenta con el problema de investigación y se expondrá mediante un sistema numérico, y se presentara con claridad los elementos de investigación que conforman el problema, para así poder definirlo, limitarlo y saber exactamente dónde se inicia el problema, en qué dirección va y qué tipo de incidencia existe entre sus elementos.

- **Método estadístico.** El método estadístico tiene las siguientes etapas:

### **1. Recolección (medición)**

En esta etapa se recoge la información cualitativa y cuantitativa señalada en el diseño de la investigación. En vista que los datos recogidos suelen tener diferentes magnitudes o intensidades en cada elemento observado (por ejemplo el peso y la talla de un grupo de personas), a dicha información o datos también se le conoce como variables.

### **2. Recuento (computo)**

En esta etapa del método estadístico la información recogida es sometida a revisión clasificación y computo numérico.

### **3. Presentación**

En esta etapa del método estadístico se elaboran los cuadros y los gráficos que permiten una inspección precisa y rápida de los datos.

La elaboración de cuadros que también suele llamarse tablas, tiene por propósito acomodar los datos de manera que se pueda efectuar una revisión numérica precisa de los mismos.

La elaboración de gráficos tiene por propósito facilitar la inspección visual rápida de la información.

Casi siempre a cada cuadro con datos le puede corresponder una gráfica pertinente que represente la misma información.

Presentar la misma información tanto en tabla como en un correspondiente gráfico permite obtener una clara idea de la distribución de las frecuencias de las características estudiadas.

#### **4. Descripción**

En esta etapa la información es resumida en forma de medidas que permiten expresar de manera sintética las principales propiedades numéricas de grandes series o agrupamiento de datos.

#### **5. Análisis**

En esta etapa mediante fórmulas estadísticas y el uso de tablas específicamente diseñadas, se efectúa la comparación de las medidas de resumen previamente calculadas; por ejemplo, si antes se han calculado los promedios de peso de dos grupos de personas sometidas a diferentes dietas, el análisis estadístico de los datos consiste en la comparación de ambos promedios con el propósito de decidir si parece haber diferencias significativas entre tales promedio.

#### **Técnicas Utilizadas**

Para la recolección de toda la información necesaria para la elaboración de mi tesis utilice las siguientes herramientas:

- **Fichas de trabajo:** Es una forma para organizar la información documental usada en los trabajos de investigación de cualquier tipo. Se utiliza para recopilar, resumir o anotar los contenidos de las fuentes o datos utilizados en la investigación. Las fichas facilitan la realización de monografías, informes o publicaciones, pues si han sido confeccionadas correctamente hacen innecesaria consultas adicionales a las fuentes.

Tradicionalmente las fichas de trabajo eran cartulinas rectangulares, pero con el desarrollo de la informática y los medios de almacenamiento de datos electrónicos han pasado a usarse las bases de datos para archivar este tipo de información. Las fichas de trabajo suelen tener ciertas características comunes.

- **Fichas Hemerografías:** Son aquellas fichas que registran datos de un periódico o revista de donde se extrajo alguna información. Para registrar al medio impreso donde fue extraída la información, se anotan los siguientes datos en la ficha:

1. Título del periódico o revista (subrayado o manuscrito).
2. Años que lleva circulando o tiempo en que se publicó.
3. Número de la publicación.(Opcional)
4. Ciudad donde fue impreso, seguido del país (en caso de que haya ciudades homónimas en diferentes países).

- **Fichas electrónicas:** Son aquellas fichas que registran datos de una página de Internet de donde se extrajo alguna información. Para registrar al medio donde fue extraída la información, se anotan los siguientes datos en la ficha:

1. Apellidos y nombres del autor
2. Título (artículo)
3. Editor
4. Dirección electrónica ***Ray Ama a Paula'Paula Ama a Ray***
5. Fecha de consulta

- **Cuestionario:** Es un instrumento de investigación que consiste en una serie de preguntas y otras indicaciones con el propósito de obtener información de los consultados. Aunque a menudo están diseñados para poder realizar un análisis estadístico de las respuestas, no es siempre así. El cuestionario fue introducido por Sir Francis Galton. El cuestionario es un documento formado por un conjunto de preguntas que deben estar redactadas de forma coherente, y organizadas, secuenciadas y estructuradas de acuerdo con una determinada planificación, con el fin de que sus respuestas nos puedan ofrecer toda la información que se precisa.

## **METODOLOGÍA**

### **Investigación y tamaño de la muestra**

Esta investigación es no experimental, descriptiva y transeccional, y el plan de acción de diseño de la investigación está encaminado a determinar si la hipótesis donde se menciona las causas de la deficiencia de atención a pacientes con esquizofrenia son:

- La falta conocimiento de psiquiatría
- El miedo a sufrir un agresión por parte del paciente
- La pérdida del conocimiento de individualización hacia este tipo de pacientes
- La pérdida de la empatía por parte del personal hacia ellos
- Falta de capacitación al respecto

Para fines de esta investigación se tomó como población a las alumnas de segundo, tercero y cuarto años de nivel Técnico y Licenciatura de la Escuela de

Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud y a las enfermeras tituladas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció arbitrariamente el tamaño de la muestra de 30 enfermeras y alumnas.

Como instrumento de construcción se utilizó un cuestionario de 14 preguntas con opción múltiple y una abierta.

En la operacionalización de la hipótesis se muestra la secuencia de construcción de cuestionario.

Se realizó la prueba piloto a 12 alumnas de cuarto año de Licenciatura en Enfermera y Obstetricia.

Para la recolección de datos del cuestionario se aplicó en el Hospital y Escuela del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, los días 6 y 7 de abril del año 2014.

El proceso de construcción del cuestionario, empieza con el establecimiento de la pregunta y el objetivo de la investigación, para con base en sus conceptos principales determinar la construcción y la estructura del marco teórico. Para después dar respuesta a la pregunta de la investigación en forma de hipótesis, mediante la determinación de variables y dimensiones para su operacionalización, asegure que la construcción de instrumento de medición es confiable.

Para ordenar los datos y luego poder analizarlos, los resultados del cuestionario se vaciaron en una base de datos de Excel y se construyeron tablas con matrices de datos y gráficas para su estudio, describiendo las conclusiones en cada pregunta del cuestionario.

## **7. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

### **7.1. Conceptualización específica**

- **DSM-IV-TR:**

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés American Psychiatric Association, o APA) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

- **Deliro**

Etimológicamente viene del término latino "de-lirare" que significa salir del surco al labrar la tierra. La palabra ha evolucionado para significar la creencia que "se sale" de la norma establecida por el grupo de pertenencia social. En el lenguaje diario, describe una creencia que es falsa, extravagante o derivada de un engaño. En psiquiatría, la definición es necesariamente más precisa e implica que la creencia es patológica (el resultado de una enfermedad o proceso de una enfermedad). Como patología, es distinta de una creencia basada en información falsa o incompleta o de ciertos efectos de la percepción que son llamados, más precisamente, apercepción o ilusión.

- **Mioglobunuria**

El término mioglobunuria, hace referencia a la expulsión de mioglobina a través de la orina. La mioglobina es una proteína que se encuentra en condiciones normales dentro de las células musculares o miocitos. Cuando la mioglobina

pasa a la sangre (mioglobinemia) por alguna causa, esta se filtra a través del riñón provocando mioglobinuria y haciendo que la orina tenga un aspecto más oscuro del normal.

- **Anti-sicótico**

Es un fármaco que comúnmente, aunque no exclusivamente, se usa para el tratamiento de las psicosis. Los neurolépticos ejercen modificaciones fundamentalmente en el cerebro y pueden servir en casos de esquizofrenia para, por ejemplo, hacer desaparecer las alucinaciones, y generalmente —en dosis terapéuticas— no presentan efectos hipnóticos. Se han desarrollado varias generaciones de neurolépticos, la primera la de los antipsicóticos típicos, descubiertos en la década de 1950.

- **Alogía**

Empobrecimiento del pensamiento que se infiere de la observación del lenguaje y el comportamiento verbal, en el que se observan réplicas breves y completas a las preguntas formuladas, así como restricción de la cantidad del habla espontánea (pobreza del habla), y donde a veces el habla es adecuada cuantitativamente, pero incluye poca información por ser excesivamente concreta, demasiado abstracta, repetitiva o estereotipada (pobreza del contenido).  
DSM-IV

- **Abulia**

La Abulia, se refiere a la falta de voluntad o iniciativa y de energía. Es uno de los trastornos de disminución de la motivación. La abulia está en el medio del espectro de los trastornos de la motivación disminuida, como la apatía, siendo menos extrema, y el mutismo acinético, que es más grave que la abulia. Un

paciente con abulia es incapaz de actuar o tomar decisiones de forma independiente. Puede variar en gravedad desde lo sutil hasta lo abrumador.

- **Ecolalia**

Es una perturbación del lenguaje en la que el sujeto repite involuntariamente una palabra o frase que acaba de pronunciar otra persona en su presencia, a modo de eco. Es un trastorno del lenguaje caracterizado por la repetición semiautomática, compulsiva e iterativa de las palabras o frases emitidas por el interlocutor e imitando su entonación original.

- **DT**

Disnea tardía.

- **Enfermedades psiquiátricas**

Son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerados como anormales con respecto a grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.

Dependiendo del concepto de enfermedad que se utilice, algunos autores consideran más adecuado utilizar en el campo de la salud mental el término "trastorno mental" (que es el que utilizan los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes en la actualidad: la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana).

Sobre todo en aquellos casos en los que la etiología biológica no está claramente demostrada, como sucede en la mayoría de los trastornos mentales.

Además, el término "enfermedad mental" puede asociarse a estigmatización social. Por estas razones, este término está en desuso y se usa más trastorno mental, o psicopatología.

El concepto *enfermedad mental* aglutina un buen número de patologías de muy diversa índole, por lo que es muy difícil de definir de una forma unitaria y hay que hablar de cada enfermedad o trastorno de forma particular e incluso individualizada ya que cada persona puede sufrirlas con síntomas algo diferentes.

- **Psiquiatría**

La **psiquiatría** o **siquiatría** es la rama de la medicina dedicada al estudio de los trastornos mentales con el objetivo de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas con trastornos mentales y asegurar la autonomía y la adaptación del individuo a las condiciones de su existencia.<sup>2</sup>

- **Psicosis**

La **psicosis** es un término genérico utilizado en psiquiatría y psicología para referirse a un estado mental descrito como una escisión o pérdida de contacto con la realidad. A las personas que lo padecen se les denomina *psicóticas*. En la actualidad, el término «psicótico» es a menudo usado incorrectamente como sinónimo de psicopático.

Las personas que experimentan psicosis pueden presentar alucinaciones o delirios y pueden exhibir cambios en su personalidad y pensamiento desorganizado. Estos síntomas pueden ser acompañados por un comportamiento inusual o extraño, así como por dificultad para interactuar socialmente e incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria.

---

<sup>2</sup>Henri Ey, Paul Bernard (1995). *Tratado de psiquiatría*. Elsevier España. p.59.

Una amplia variedad de elementos del sistema nervioso, tanto orgánicos como funcionales, pueden causar una reacción psicótica.

Sin embargo, muchas personas tienen experiencias inusuales y de distorsión de la realidad en algún momento de sus vidas, sin volverse discapacitadas o ni siquiera angustiadas por estas experiencias.

Como resultado, se argumenta que la psicosis no está fundamentalmente separada de una conciencia normal, sino más bien es un continuum con conciencia normal.<sup>3</sup>

Desde esta perspectiva, las personas que son diagnosticadas clínicamente como psicóticas pueden estar teniendo simplemente experiencias particularmente intensas o angustiantes.

El *Diccionario médico de Stedman* define la psicosis como «un desorden mental grave, con o sin un daño orgánico, caracterizado por un trastorno de la personalidad, la pérdida del contacto con la realidad y causando el empeoramiento del funcionamiento social normal.

- **Esquizofrenia**

Es un trastorno mental complejo que dificulta:

- Establecer la diferencia entre lo que es real e irreal.
- Pensar de manera clara.
- Tener respuestas emocionales normales.
- Actuar normalmente en situaciones sociales.

---

<sup>3</sup> Johns, Louise C.; Jim van Os (2001). «The continuity of psychotic experiences in the general population.». *Clinical Psychology Review*

La **esquizofrenia** es un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento. Los que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas. Poseen ideas delirantes que pueden ser extravagantes, con alteración de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación y autismo entendido como aislamiento.

El deterioro de la función mental en estos enfermos ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con su capacidad para afrontar algunas de las demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad.

- **Valoración**

La valoración enfermera es pues la primera fase del P.E., constituye la base de las siguientes, pudiendo ser considerada, desde esta perspectiva como la piedra angular de la totalidad de trabajo enfermero, ya que es el método idóneo para aportar la información que ha de permitirnos formular el diagnóstico enfermero, y a partir de éste a proponer y llevar a cabo intervenciones enfermeras encaminadas a su logro y evaluarlas.

***“Un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y su respuesta a esta. “***

- **Diagnósticos de enfermería**

El **diagnóstico enfermero** o **diagnóstico de Enfermería**, en el contexto de la Enfermería, es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad que requieren cuidados de salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud o el fin de la vida. Su objetivo es identificar el estado de salud de un paciente o cliente y los problemas relativos al cuidado de su salud.

Según Mary Gordon (1990), un *diagnóstico de Enfermería* es un «problema de salud real o potencial que las/los profesionales de enfermería, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar». Los diagnósticos de Enfermería son, por lo tanto, *problemas* que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades independientes de enfermería.

La definición propuesta por la AENTDE (mayo de 2001) es la siguiente: «Juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/problemas de salud reales o potenciales, que el personal profesional de enfermería identifica, valida y trata de forma independiente».

El *diagnóstico enfermero* constituye la segunda etapa del proceso de enfermería, en la que se analizan los datos recogidos del paciente o cliente con la finalidad de identificar los problemas que constituirán la base del plan de cuidado.

- **Intervenciones de enfermería**

Es una acción autónoma basada en fundamentos que se realizan para beneficiar al paciente de un modo predecible relacionado con el diagnóstico de enfermería. En 1987, el centro para la clasificación de enfermería en la universidad de Iowa introdujo la NIC (Nursing Interventions Classification) y en 1991 la NOC (Nursing Outcomes Classification), estas dos clasificaciones adicionales fueron desarrolladas para el uso con la NANDA y otros sistemas de diagnósticos.

## 7.2. Teorías Relativas

### 7.2.1. Orígenes de la esquizofrenia

La idea de locura ha existido desde tiempos antiguos. Los primeros datos que pueden estar relacionados con síntomas psicóticos datan del 2000 a. C. en el *Libro de los corazones*, parte del antiguo *Papiro de Ebers*.<sup>4</sup>

Sin embargo, un estudio reciente de la literatura de la Antigua Grecia y Roma mostró que, mientras la población general probablemente tenía conocimiento de los trastornos psicóticos, no había ninguna condición equivalente al moderno criterio de diagnóstico de esquizofrenia en aquellas sociedades.

Se ha producido una breve interpretación citando que las notas en el *Papiro Ebers* del Antiguo Egipto pueden implicar esquizofrenia,<sup>5</sup> pero otros estudios no han podido certificar dicha conexión.

Una revisión de la literatura de la Antigua Grecia y Roma indica que si bien se ha descrito la psicosis, no son relatos que reúnan los criterios para la esquizofrenia. En la literatura médica árabe y psicológica de la Edad Media se observaron creencias y comportamientos psicóticos raros, similares a algunos de los síntomas de la esquizofrenia.

En el Canon de la Medicina, por ejemplo, Avicena describe una condición parecida a los síntomas de la esquizofrenia que llamó *Junun Mufrit* (locura grave), la cual diferenció de otras formas de locura (*Junun*), como la manía, la rabia y la psicosis maníaco-depresiva.

Según J. A. Vallejo- Nájera (Introducción a la psiquiatría pp. 193-194)

---

<sup>4</sup> Dr. J. A. Vallejo Nájera pp. 197

Entre la multitud de posibles variantes de enfermedades mentales, existe un grupo que corresponde en líneas generales a lo que la gente entiende por loco, enajenado y demente.

El radical común está en la falta de lógica, en la incomprendibilidad de su conducta. En el siglo pasado se fueron agrupando diversos modos de algunos de estos enfermos según su sintomatología más llamativa, pero fue el colosal esfuerzo clasificador KRAEPELIN, fundador de la actual nosología psiquiátrica.

Y la denominó demencia precoz lo definió así; una serie de síndromes clínicos cuya común característica a constituyen la destrucción de la correlación o armonía interna de la personalidad, con preferente participación de la efectividad y voluntad. Llamo la atención de KRAEPELIN la temprana edad de aparición y la frecuente terminación en su estado de profundo deterioro de la intelectualidad. Distinguió tres formas: 1.-Hebefrenica, 2.-Catatonica, 3.-Paranoide.

Se limitó a un estudio descriptivo, no dando importancia preponderante uso síntomas sobre otros y no admitiendo un trastorno primario fundamental.

La segunda etapa del estudio de la esquizofrenia comenzó con E. BLEULER, quien sustituyó el nombre de demencia precoz por esquizofrenia, el combinó es estudio descriptivo con un esfuerzo interpretativo, intentando penetrar la dinámica del proceso esquizofrénico.

Ya en esa época se habían difundido los trabajos geniales de FREUD y JUNG y se llegó a la definición de que la esquizofrenia es hendidura, escisión o disociación. Tal corte o ruptura del psiquismo sería en trastorno básico y de él derivan diferentes síntomas y signos.



### 7.2.2. Concepto de esquizofrenia

A lo largo de la investigación me encontré con diferentes conceptos, algunas entendibles, otros pocos entendibles pero al igual todos con algo en común, definen o concuerdan con la pérdida de la realidad.

A continuación expondré algunas definiciones:

- El término esquizofrenia fue introducido por el psiquiatra suizo. Bleuler en 1911, si bien este trastorno ya fue identificado por el psiquiatra alemán Kraepelin en 1896 bajo el nombre de *demencia precoz* (Citado en Belloch, Sandín y Ramos, 1995, p. 474), queriendo enmarcar con este término a aquellas personas que necesariamente sufrían graves deterioros cognitivos y comporta mentales similares a las demencias experimentadas por algunas personas ancianas, pero refiriéndose en este caso a la edad juvenil.

Bleuler, sin embargo, observó que no era así en todos los casos y consideró más apropiado dar el nombre de esquizofrenia a un cuadro que se caracterizaba por una

escisión en la asociación de ideas, una retirada de la realidad y de la vida social. El término esquizofrenia en sí significa " mente partida".

La edad de aparición de la esquizofrenia está comprendida entre los 15 y los 45 años. Aunque suele comenzar al final de la adolescencia también hay casos de aparición en la infancia que suelen enmascarse con problemas escolares o alteraciones del comportamiento.

La heredabilidad del trastorno se sitúa por encima del 81% en estudios de gemelos, con un riesgo de padecer la enfermedad diez veces superior en familiares de primer grado (Duñó, 2009).

Pero esta heredabilidad es compleja, ya que la esquizofrenia no sigue un patrón de herencia mendeliana y su estudio es difícil, entre otros motivos, por la carencia de marcadores biológicos que definan fenotipos consistentes.<sup>5</sup>

1. La esquizofrenia es un trastorno cerebral severo que perdura toda la vida. Las personas que la tienen pueden escuchar voces, ver cosas que no existen o creer que otros leen sus pensamientos o controlan sus mentes.

Nadie sabe con seguridad cuál es la causa de la esquizofrenia, pero la constitución genética y la química cerebral probablemente tienen alguna influencia. Las medicinas pueden aliviar muchos de los síntomas, pero pueden ser necesarios varios intentos antes de encontrar el fármaco adecuado. Pueden disminuirse las recaídas tomando el medicamento el tiempo que lo indique el médico. Con tratamiento, muchas personas mejoran lo suficientemente para llevar vidas satisfactorias.

2. La esquizofrenia es una enfermedad mental grave, que se manifiesta en uno de cada cien individuos; es un trastorno psiquiátrico, que afecta a la persona

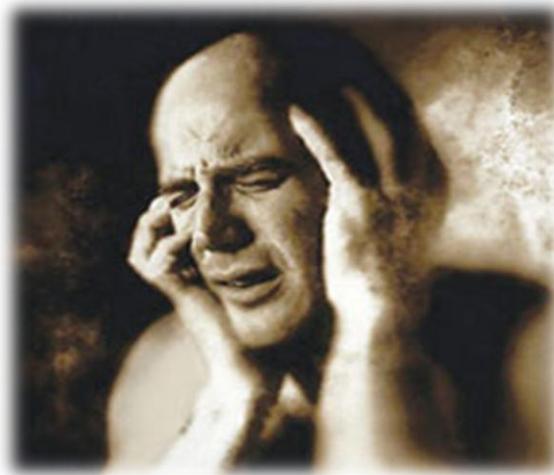
---

<sup>5</sup>S. Karger "Compendio de psiquiatría" pp. 33

en su visión de la realidad, y cuya aparición suele realizarse hacia la pubertad, agravándose cada vez más.

El aparato psíquico de una persona que padece de esquizofrenia no funciona con normalidad, y las únicas soluciones son la medicación y la terapia, para disminuir los síntomas, ya que la ciencia no ha hallado una real cura todavía.

La palabra esquizofrenia es de origen griego, y se compone de dos términos: “schizo” y “phrenos”, cuyos significados son “división” y “mente”, de manera respectiva. Entre otras cosas, esta enfermedad trae consigo delirio, disminución en la capacidad de reacción ante los estímulos emocionales, alucinaciones, un pensamiento desorganizado, y alteraciones de la conducta.



3. Definición de Diccionario Medico Mosby. Es integrante de un importante grupo de enfermedades psiquiátricas caracterizado por una gran distorsión de la realidad con trastornos en el lenguaje y la comunicación, aislamiento de la interacción social y desorganización, fragmentación del pensamiento, la percepción y las relaciones emocionales.

Con frecuencia hay también apatía y confusión, delirios, alucinaciones formas peculiares del lenguaje con evasividad, incongruencia y ecolalia, conducta extraña, regresiva, aislada.

### **7.2.3. Curso de la esquizofrenia**

El curso de la esquizofrenia puede variar. Cuando los síntomas de una esquizofrenia se presentan por primera vez en la vida de una persona y desaparecen por completo después de poco tiempo se habla de un episodio esquizofrénico o psicótico; en general, después de estos episodios no quedan síntomas negativos.

Durante el curso de la esquizofrenia se suelen distinguir tres fases:

1ª fase prodrómica. Se denomina fase prodrómica a la fase que se produce antes de una crisis, por lo tanto hay una serie de síntomas que nos pueden ayudar, en algunos casos, a detectarla: tensión y nerviosismo, pérdida del apetito o desorganización en las comidas, dificultad para concentrarse, dificultad en dormir, disfruta menos de las cosas, no recuerda con precisión, depresión y tristeza, preocupado con una o dos cosas, ve menos a sus amistades, piensa que se ríen o hablan mal de él, pérdida de interés en las cosas, se siente mal sin motivo claro, se siente muy agitado o emocionado, se siente inútil, otros cambios. Es la fase en la vida de la persona que se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad. Se puede constatar que algunas personas que sufren la enfermedad ya habían sido diferentes en la niñez y en la juventud; aparecían como solitarios, callados, con bajo rendimiento. La mayoría de los estudios que abordan ToM en la esquizofrenia suponen implícitamente que ToM se deteriora en las personas afectadas a causa de algún proceso neuropatológico que comienza después de la pubertad.



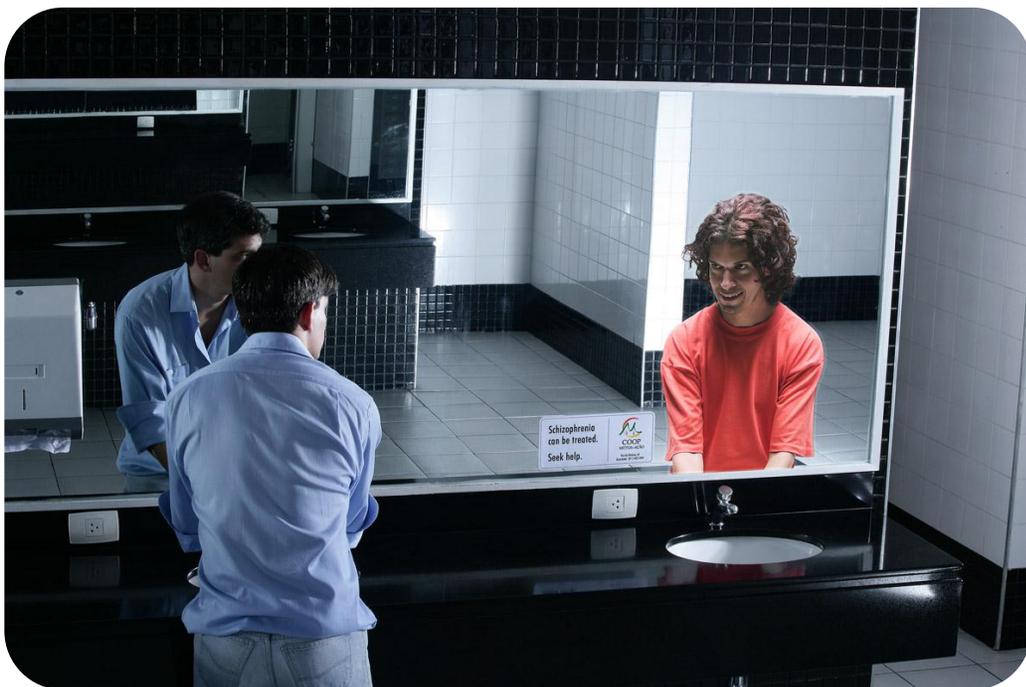
De hecho, una variedad de estudios sugiere que los síntomas precursores de la infancia en la esquizofrenia son comunes y que muchos de estos precursores se pueden encontrar en el ámbito social, incluyendo el habla. Las personas que más tarde desarrollan esquizofrenia podrían tener una predisposición (genética) a problemas de ToM, y esto puede influir en sus primeras interacciones con los padres y compañeros. Por lo tanto, existe la necesidad de realizar estudios longitudinales de ToM en niños con riesgo de desarrollar esquizofrenia (Brüne, 2005). Pero no necesariamente tiene que ser así. Hay casos en los que no se detecta ninguna anomalía precoz en la persona que sufre de esquizofrenia.

2º fase activa. Es la fase donde se desencadena la enfermedad. A esta fase se le denomina “brotos” o “crisis”. Los síntomas que se producen son los positivos (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento...) y es en esta fase en la que la familia se alarma y suele pedir ayuda médica. Estas crisis suelen aparecer repentinamente y el cuadro completo se suele desarrollar en unos días. En otros casos, el comienzo de la enfermedad puede producirse muy lentamente y de forma desapercibida. La duración de los brotes varía según la persona y puede

extenderse desde unas semanas hasta un año. Un mismo enfermo suele tener brotes de duraciones parecidas. Lo mismo ocurre con los intervalos entre brotes, según las características de las persona pueden oscilar entre meses y varios años y son, generalmente, de la misma duración en una misma persona.



3ª fase residual. Durante esta fase los síntomas negativos llegan a su culmen y el deterioro personal, social y laboral es grave. No la sufren todas las personas.



La edad media de inicio para el primer episodio psicótico de la esquizofrenia es a mitad de la tercera década de la vida en los varones y al final de esa década en las mujeres. El inicio puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los sujetos muestran algún tipo de fase prodrómica manifestada por el lento y gradual desarrollo de diversos signos y síntomas (p. ej., aislamiento social, pérdida de interés en los estudios o el trabajo, deterioro de la higiene y el aseo, comportamiento extraño y explosiones de ira).

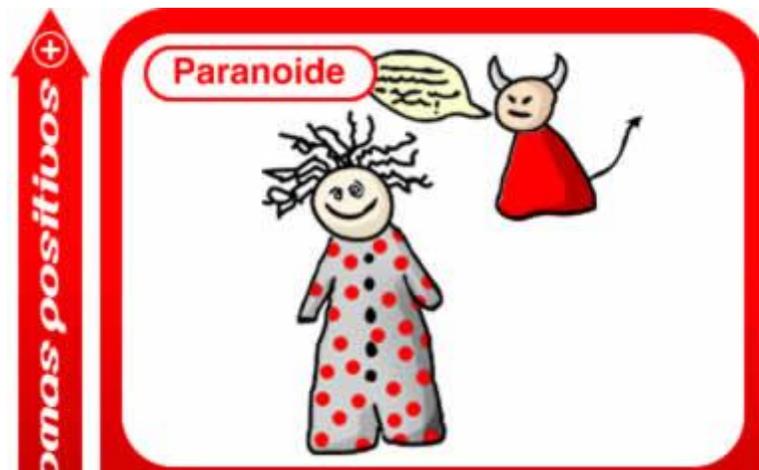
A los familiares les puede resultar difícil interpretar este comportamiento y pueden pensar que el sujeto «está pasando una etapa difícil». Sin embargo, en un momento dado, la aparición de algún síntoma de la fase activa califica el trastorno como una esquizofrenia. La edad de inicio puede tener significado tanto fisiopatológico como pronóstico. Los sujetos con un inicio a una edad más temprana suelen ser varones y tienen peor adaptación pre-mórbida, menor nivel de estudios, más evidencia de anormalidades cerebrales estructurales, signos y síntomas negativos más sobresalientes, más evidencia de deterioro cognoscitivo evaluado neuropsicológicamente y peor evolución. Por el contrario, los sujetos con un inicio más tardío son más a menudo mujeres, muestran menor evidencia de anormalidades cerebrales estructurales o deterioro cognoscitivo y presentan una mejor evolución.

Numerosos estudios han señalado un grupo de factores que están asociados con un mejor pronóstico. Estos incluyen el buen ajuste pre-mórbido, el inicio agudo, una edad más avanzada de inicio, sexo femenino, acontecimientos precipitantes, alteraciones del estado de ánimo asociadas, duración breve de los síntomas de la fase activa, buen funcionamiento entre los episodios, síntomas residuales mínimos, ausencia de anormalidades cerebrales estructurales, función neurológica normal, historia familiar de trastorno del estado de ánimo y no tener historia familiar de esquizofrenia.

Los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con esquizofrenia presentan un riesgo para la esquizofrenia aproximadamente diez veces superior al de la población general.<sup>6</sup>

#### 7.2.4. Clasificación de esquizofrenia

A. Tipo Paranoide. En esta categoría están los pacientes con síntomas positivos más prominentes (**Figura 1**). Para hacer el diagnóstico deben existir alucinaciones frecuentes o por lo menos un delirio que preocupe a la persona. Los delirios más frecuentes son los de persecución o de grandeza.



**Figura. 1 Espectro entre síntomas positivos y negativos**

B. Tipo Desorganizada. Este subtipo, antiguamente llamado hebefrénico, es caracterizado fundamentalmente por la desorganización de la conducta y el lenguaje, estos pacientes con frecuencia presentan conductas autistas y aislamiento social severo, ocupan su tiempo en actividades sin propósito y reaccionan a los estímulos con afecto inapropiado.

<sup>6</sup> DSM-IV-TR

La mayoría son diagnosticados antes de los 25 años; con frecuencia se encuentran marcadas alteraciones en el funcionamiento premórbido y un inicio insidioso de la enfermedad. Estos pacientes generalmente tienen poca conciencia de su enfermedad (*insight*), alteraciones en los mecanismos de integración sensorial y malos puntajes en las pruebas neuropsicológicas. Cuando estas características se cumplen, el pronóstico es reservado, tratándose con frecuencia de pacientes refractarios al tratamiento.



C. Tipo Catatónico. Los pacientes catatónicos tienen marcadas alteraciones motoras que varían desde el extremo de inhibición motora expresada en forma de estupor hasta la agitación. Son hallazgos característicos: flexibilidad cérea, rigidez, cataplexia y negativismo.

En estos pacientes hay que tener cuidados extremos por el alto riesgo de malnutrición, autoagresión y enfermedades relacionadas con actividad motora extrema como hiperpirexia y mioglobinuria. Este tipo de esquizofrenia era muy frecuente en la antigüedad, pero con el desarrollo de los fármacos anti-sicóticos se ha vuelto extremadamente rara.



D. Tipo Indiferenciado. El diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada es un diagnóstico de exclusión. Se hace solamente cuando los pacientes cumplen el criterio A de esquizofrenia, pero no encajan en ningún otro subtipo.

E. Tipo Residual. En la caracterización de la esquizofrenia residual, lo más importante es el curso de la enfermedad, ya que es necesaria para el diagnóstico la presencia de síntomas de una forma continua en un período superior a 2 meses, ya sean síntomas negativos o positivos atenuados.

Estos pacientes con frecuencia presentan afecto plano y aislamiento social. El comportamiento excéntrico y pensamiento ilógico con asociaciones laxas son comunes, pero no deben predominar en el cuadro clínico para poder hacer el diagnóstico. Es rara la aparición de ideas delirantes o alucinaciones, cuando ocurren tienen un respaldo afectivo marcado.

#### 7.2.5. Etiología de esquizofrenia

Las **causas de la esquizofrenia** han sido objeto de mucho debate, con diversos factores propuestos, resultando algunos favorables y otros modificados o descartados a través de los años. La investigación científica sugiere que la

genética, el desarrollo prenatal, el medio ambiente en la vida temprana del individuo, la neurobiología y teorías psicológicas y los procesos sociales, son algunos de los factores más importantes. La investigación actual psiquiátrica en el desarrollo de este trastorno a menudo se basa en un modelo centrado en el desarrollo neurológico. Aunque no se ha identificado una causa común de la esquizofrenia para todas las personas diagnosticadas con la enfermedad, actualmente la mayoría de los investigadores y los clínicos sugieren que los resultados favorecen una combinación de ambas vulnerabilidades cerebrales (ya sea congénita o adquirida) junto con acontecimientos vitales de la persona después de nacer. Está ampliamente adoptado el método que se conoce como modelo de "vulnerabilidad al estrés", y el debate científico se centra ahora en gran parte sobre la contribución real de cada uno de estos factores al desarrollo y mantenimiento de la esquizofrenia. La esquizofrenia es más comúnmente diagnosticada por primera vez durante la adolescencia tardía o adultez temprana, lo que sugiere a menudo que es el proceso final de la niñez y la adolescencia. Hay en promedio un inicio un poco antes para los hombres que para mujeres, con la posible influencia de la hormona femenina estrógeno encabezando las hipótesis de la causa de la diferencia de aparición en los dos sexos, y la influencia sociocultural también jugando un papel que aún no se precisa del todo.<sup>7</sup>

#### **7.2.6. Epidemiología de esquizofrenia**

La prevalencia se refiere al número de individuos con una enfermedad existente en una población concreta en un periodo de tiempo específico. La prevalencia de la esquizofrenia varía sustancialmente en todo el mundo, con cifras invariablemente inferiores en las poblaciones de países en vías de desarrollo que en las de países desarrollados.

---

<sup>7</sup> Richard R. Lewine. Edad de la menarquía y el inicio de la esquizofrenia en la mujer. (en inglés). Volumen 69, Issues 2-3, 1 Agosto 2004, pág. 183-188.

La prevalencia anual de esquizofrenia corregida por la edad alcanza una media de 34 por 1.000 en los países en vías de desarrollo comparado con un promedio de prevalencia en Europa y Norteamérica del 6,3 por 1.000.

Esta diferencia se debe probablemente a la dificultad de identificar a las personas con esquizofrenia en las mayores tasas de mortalidad y las mayores tasas de recuperación en los países en vías de desarrollo.

### **7.2.7. Signos y síntomas de la esquizofrenia**

Los síntomas de esquizofrenia generalmente se van presentando lentamente a lo largo de meses o años. Algunas veces, la persona puede tener muchos síntomas y otras veces sólo unos pocos.

Las personas con esquizofrenia pueden tener dificultad para conservar amigos y trabajar. También pueden tener problemas con la ansiedad, la depresión y los pensamientos o comportamientos suicidas.

Los síntomas iniciales pueden abarcar:

- Sentirse irritable o tenso.
- Dificultad para concentrarse.
- Dificultad para dormir.

A medida que la enfermedad continúa, la persona puede tener problemas con el pensamiento, las emociones y el comportamiento, como:

- Comportamientos extraños.
- Escuchar o ver cosas que no existen (alucinaciones).

- Aislamiento.
- Disminución de la emoción.
- Problemas para prestar atención.
- Creencias fuertemente sostenidas que no son reales (delirios).
- Los pensamientos "saltan" entre diferentes temas (asociaciones sueltas).
- **Signos**
  - Cambios bruscos y repentinos en el humor.
  - Cambios sociales que los hace presentarse como personas solitarias, aisladas o extrañas a los demás.
  - Cambios en la auto-percepción, que se define como "signo de espejo", en donde la persona se nota cambiada y no puede reconocerse a sí misma al mirarse en un espejo.
  - Excitación extrema, delirios y alucinaciones conocidas como "brote", cuando se presentan de forma brusca y sorpresiva.
  - Lo más llamativo y característico, es sin duda la alteración del pensamiento, especialmente en los cambios dentro de una conversación, ocasionados por la percepción de una alucinación, para de inmediato cambiar a otro tema totalmente distinto sin darse cuenta de ello.
  - Otra característica, se relaciona con el contenido de lo que piensan, al asignar significados propios a las palabras al mismo tiempo que se presenta una invasión de ideas, que no es comprensible por ninguna persona.

- Ciertos trastornos orgánicos del cerebro, el retraso mental, la depresión grave o los trastornos paranoicos pueden producir algunos síntomas de la esquizofrenia
- . Los tumores cerebrales, determinados medicamentos y el abuso del alcohol o de estupefacientes también pueden provocar una conducta psicótica, por lo que antes de establecer un diagnóstico se deben descartar estos y otros problema.

### 7.2.8. Diagnóstico para la esquizofrenia

#### Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia:

- A. *Característicos*: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):
- Ideas delirantes
  - Alucinaciones
  - Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
  - Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
  - Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

**Nota:** Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

- B. *Disfunción social/laboral*: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).
- C. *Duración*: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).
- D. *Exclusión de los trastornos esquizo-afectivo y del estado de ánimo*. El trastorno esquizo-afectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a:
- 1) No ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa.
  - 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.
- E. *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica*: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna

sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

- F. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo*: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

### **7.2.9. Tratamiento de esquizofrenia**

Como aún no se conocen las causas de la esquizofrenia, los tratamientos se concentran en tratar de eliminar los síntomas de la enfermedad.

Éstos incluyen medicamentos anti-psicóticos y varios tratamientos psicosociales.

**Medicamentos anti psicóticos.** Los medicamentos anti-psicóticos han estado disponibles desde mediados de 1950. Los más antiguos son los convencionales o “típicos”. Algunos de los que se utilizan comúnmente son:

- Clorpromazina (Torazina)
- Haloperidol (Haldol)
- Perfenazina (Etrafon, Trilafon)
- Flufenazina (Prolixina)

En la década de 1990, se crearon nuevos medicamentos anti-psicóticos que se conocen como de segunda generación o “atípicos”.

Uno de estos medicamentos es la clozapina (Clozaril), un medicamento efectivo que trata los síntomas psicóticos, las alucinaciones y las desconexiones con la realidad.

En ciertas ocasiones, la clozapina puede causar un serio problema llamado agranulocitosis, que es la pérdida de glóbulos blancos que ayudan a combatir las infecciones.

Las personas que toman clozapina deben realizarse recuentos de glóbulos blancos cada una o dos semanas. Este problema, más el costo de los análisis de sangre, hace que el tratamiento con clozapina sea difícil de seguir para muchas personas. De todas formas, este tratamiento es de gran ayuda para los pacientes que no responden a otros medicamentos antipsicóticos.

También se crearon otros antipsicóticos atípicos y ninguno causa agranulocitosis.

Algunos ejemplos incluyen:

- Risperidona (Risperdal)
- Olanzapina (Zyprexa)
- Quetiapina (Seroquel)
- Ziprasidona (Geodon)
- Aripiprazol (Abilify)
- Paliperidona (Invega)

### **¿Cuáles son los efectos secundarios?**

Algunas personas padecen efectos secundarios cuando comienzan a tomar estos medicamentos, pero en su mayoría desaparecen después de unos días y a

menudo pueden ser tratados con éxito. De todas formas, es aconsejable no conducir vehículos hasta no adaptarse a los nuevos medicamentos anti-psicóticos.

Los efectos secundarios de varios anti-psicóticos incluyen:

- Somnolencia
- Mareos al cambiar de posición
- Visión borrosa
- Taquicardia
- Sensibilidad al sol
- Sarpullido
- Problemas menstruales en las mujeres

Los medicamentos anti-psicóticos atípicos pueden hacer que una persona engorde en forma considerable y cambie su metabolismo, lo que a su vez puede aumentar el riesgo de desarrollar diabetes y colesterol alto.

El médico debe controlar regularmente el peso, los niveles de glucosa y los niveles de lípidos de una persona que está tomando medicamentos anti-psicóticos atípicos.

Estos medicamentos también pueden tener efectos secundarios relacionados con el movimiento físico, como:

- Rigidez
- Espasmos musculares persistentes
- Temblores

- Desasosiego

El uso prolongado de medicamentos anti-psicóticos típicos puede desencadenar en una condición llamada disquinesia tardía (DT) que se caracteriza por movimientos musculares involuntarios, generalmente en la zona alrededor de la boca.

La DT puede presentarse en forma leve o severa y en algunas personas no tiene cura. En ciertos casos, las personas se recuperan en forma parcial o total cuando dejan de tomar el medicamento.

La DT aparece en algunas personas que toman anti-psicóticos atípicos, pero en realidad puede darse en cualquier persona. Las personas que piensan que podrían tener DT, deben consultar con el médico antes de dejar de tomar el medicamento.

### 7.2.10. Pronóstico para pacientes con esquizofrenia

Buen pronóstico	Mal pronóstico
Inicio tardío.	Inicio temprano.
Factores precipitantes claros.	Ausencia de factores precipitantes.
Inicio agudo.	Inicio insidioso.
Buen funcionamiento laboral, social y sexual en el periodo premórbido.	Mal funcionamiento laboral, social y sexual en el periodo premórbido.
Síntomas afectivos, especialmente de tipo depresivo.	Comportamiento autístico o aislamiento.
Casado.	Soltero, viudo o divorciado.
Buenos sistemas de apoyo.	Deficiencia de los sistemas de apoyo.
Síntomas positivos.	Síntomas negativos.
Historia familiar de trastornos de afecto.	Signos o síntomas neurológicos.
	Historia de un trauma perinatal.
	Ausencia de remisiones en un periodo superior a 3 años.
	Múltiples recaídas.
	Historia de conducta violenta, asalto.

La perspectiva para las personas con esquizofrenia es cada vez mejor. Aunque todavía no tiene cura, los tratamientos funcionan muy bien. Muchas personas con esquizofrenia mejoran lo suficiente como para llevar una vida satisfactoria e independiente.

Se siguen realizando investigaciones y el entendimiento sobre genética, neurociencia y ciencia conductual para ayudar a los científicos y profesionales de la salud a comprender mejor las causas de este trastorno y encontrar una manera de predecirla y evitarla.

Este trabajo ayudará a los expertos a desarrollar mejores tratamientos para que las personas con esquizofrenia puedan realizarse en la vida. Alentamos a las familias y a las personas que padecen esta enfermedad a participar en investigaciones clínicas.



### **7.3. Enfermería Psiquiátrica**

La enfermería psiquiátrica es una de las cinco disciplinas principales de la salud mental. Funciona a la par de la psiquiatría, psicología, trabajo social y terapia matrimonial y familiar para dirigirse a las necesidades de la salud mental de la comunidad.

Tiene lugar en distintos contextos. Además de los hospitales psiquiátricos tradicionales, las enfermeras psiquiátricas también pueden trabajar en casas hogares, centros de servicio social, instalaciones de tratamiento de drogas y alcohol, y centros para pacientes externos.

Las enfermeras psiquiátricas examinan y evalúan a los pacientes, proveen servicios para administrar los casos, y, además, los enfermeros de práctica avanzada pueden brindar terapia individual, familiar y grupal.

#### **Fundamentos de la enfermería psiquiátrica**

La teoría de enfermería psiquiátrica se construye sobre la creencia de que cada individuo tiene un valor inherente y de que todos tienen el potencial para cambiar y la capacidad de hacerse más sanos y más auto-suficientes.

Primero, las personas necesitan cumplir sus propias necesidades físicas básicas. Una vez que esto suceda, todos los seres humanos necesitan sentirse seguros y amados y sentir que pertenecen.

Todos los individuos buscan la sensación de auto-estima y auto-realización. Las enfermeras psiquiátricas ayudan a que la gente se sane al cumplir terapéuticamente dichas necesidades básicas que no tenían anteriormente.

Todo comportamiento humano tiene un significado y puede entenderse sólo desde el marco interno de referencia del individuo. Las personas difieren en su capacidad de sobrellevarlo, y la enfermería psiquiátrica busca aumentar las

capacidades de afrontar los problemas del paciente al comprometerse de manera terapéutica.<sup>8</sup>

### 7.3.1. Teoría y Modelo de Enfermería Psiquiátrica

#### Hildegard Peplau

Fue segunda hija de seis hermanos, nacida de padres inmigrantes. Considerada una de las enfermeras más importantes del mundo, conocida por muchos como la “enfermera del siglo” y como la madre de la enfermería “psiquiátrica”.

Desde la publicación del trabajo de Peplau el proceso interpersonal ha sido integrado en las prácticas de enfermería en EE.UU. y el extranjero.

#### El Modelo de Peplau

Su modelo puede utilizarse como un marco de trabajo a corto plazo y como herramienta para analizar los procesos terapéuticos.

#### Bases teóricas del modelo

El Modelo de Peplau se incluye en las **teorías sobre Enfermería de nivel medio**, las cuales se derivan de trabajos de otras disciplinas relacionadas con la enfermería. Proponen resultados menos abstractos y más específicos en la práctica que las grandes teorías.

Son propias del ejercicio de la enfermería y delimitan el campo de la práctica profesional, la edad del paciente, la acción o intervención de la enfermera y el resultado propuesto.

---

<sup>8</sup> Wiscar, Gail“ Principios sobre atención psiquiátrica ”Michelle T. Laraia,2005

### **Teoría psicodinámica de la Enfermería:**

Las relaciones interpersonales están abarcadas por las siguientes disciplinas y conceptos:

1. Psicodinámica de relaciones interpersonales.
2. Teoría psicoanalista.
3. Teoría de las necesidades humanas.
4. Concepto de motivación y desarrollo personal.

### **Supuestos principales para Peplau**

Peplau identifica dos supuestos explícitos:

1. El aprendizaje de cada paciente cuando recibe una asistencia de enfermería es sustancialmente diferente según el tipo de persona que sea la enfermera.
2. Estimular el desarrollo de la personalidad hacia la madurez es una función de Enfermería. Sus profesionales aplican principios y métodos que orientan el proceso hacia la resolución de problemas interpersonales.

En su modelo se expresan los siguientes principios de base:

1. Toda conducta humana tiene una importancia y estiramientos hacia una meta que puede ser la investigación de un sentimiento de satisfacción o un sentimiento de satisfacción mismo.
2. Todo lo que constituye un obstáculo, o un impedimento a la satisfacción de una necesidad, un impulso o un objetivo constituye «una frustración».

Considerando que la ansiedad puede suceder en las relaciones interpersonales, es necesario estar consciente que la enfermera puede aumentar la ansiedad del paciente no informándole bastante o no contestando preguntas etc.

### **Relación enfermera-paciente**

La esencia del modelo de Peplau, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere atención de salud, y una enfermera educada especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

Este modelo, publicado por primera vez en 1952, describe cuatro fases en la relación entre enfermera y paciente: **Orientación, identificación, Aprovechamiento, y resolución.**

Peplau reconoce la ciencia de Enfermería como una ciencia humana, que centra el cuidado en la relación interpersonal.

1. **Orientación:** Durante la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y entender su problema.
2. **Identificación:** La enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad.
3. **Aprovechamiento:** El paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.
4. **Resolución:** Las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas.

## **Aceptación de la teoría por la comunidad de Enfermería**

En el ejercicio profesional es visto como un punto de vista novedoso, un método nuevo, y unos fundamentos teóricos para la práctica de la enfermería en trabajos terapéuticos con pacientes. Sus ideas han inspirado un modelo para la práctica de la enfermería psiquiátrica, explicado además de manera aplicable.

La interacción enfermera-persona usuaria constituye uno de los ejes centrales de la provisión del cuidado de enfermería. Interacción es el proceso de contactar con el otro por un tiempo determinado, utilizando como vehículo la comunicación.

Este contacto ya sea a través del cuerpo, las palabras, los ojos, los sonidos o los objetos establece una relación. Se trata de un proceso interactivo donde la persona co-participa o co-interviene y por tanto todo tipo de ayuda se ha de hacer CON la persona.

Como pude observar dentro de esta teoría es importante establecer una relación con el paciente, ese conectarnos con él para así poder brindar una atención adecuada.

### **7.3.2. Atención de enfermería a pacientes con esquizofrenia**

Las intervenciones de enfermería en la **Fase Aguda** de la esquizofrenia:

- Cuidados físicos: mantenimiento de la hidratación, nutrición e higiene.
- Administración del tratamiento farmacológico: asegurando la toma y detectando la aparición de efectos secundarios. Control de las constantes.
- Ante la aparición de ideas delirantes y alucinaciones hay que orientar al paciente en la realidad, ganar la confianza del paciente escuchando sus ideas delirantes, evitar negar o discutir las alteraciones del pensamiento que se expresen en la comunicación

verbal(pero nunca dar a entender que se aceptan), estar el mayor tiempo posible a su lado para transmitirle seguridad, hacerle seguir los horarios de sueño y alimentación, disminuir los estímulos exteriores y asegurar un entorno de seguridad para el paciente.

- Ante el paciente agitado o con conductas hostiles una sujeción mecánica, mantener la calma y hablarle de forma suave y mantener el contacto visual y atender a sus demandas.
- Ante el paciente con conductas inhibidas acompañarle al paciente durante periodos regulares, no abrumar con palabras, hacerle cumplir la rutina del Servicio, horarios de comidas, etc. y añadir estímulos externos que puedan motivarle: juegos, actividades, etc.

En la **Fase Residual** de la enfermedad se realiza lo siguiente:

- Control de la medicación a nivel ambulatorio, a través de consultas de, enfermería.
- Crear obligaciones rutinarias para evitar que esté desocupado o que permanezca largas horas encamado. Orientarle a recursos de terapia, ocupacional.
- Favorecer la reinserción social y el contacto con la gente y con el mundo, externo.

El objetivo general es intentar que el paciente adquiriera la máxima independencia para que pueda valerse por sí mismo, tanto socialmente como dentro del ámbito familiar, consiguiendo así la mejor calidad de vida posible.

### **7.3.3. PAE a Pacientes Psiquiátricos**

1. Disminuir la conducta inhibida; proporcionar una actividad estructurada dirigida a objetivos:

Pasar el tiempo necesario con el paciente aun cuando éste no pueda responder verbalmente o lo haga en forma incoherente. Dirigir nuestro interés y cuidado. Prometer sólo aquello que se pueda cumplir en forma realista. Brindarle la oportunidad para que aprenda que sus sentimientos son válidos y no difieren mucho de los demás. Limitar el ambiente del enfermo para aumentar sus sentimientos de seguridad. Asignar los miembros del equipo terapéutico que atenderán al paciente. Comenzar con interacciones una a una, y después hacer avances para que el paciente pueda integrarse a pequeños grupos según los tolere (introducirlo lentamente). Establecer y conservar una rutina cotidiana; explicarle toda variación de ésta al paciente.

2. Aumentar la autoestima del enfermo y los sentimientos de valía:

Proporcionarle atención en una forma sincera y con interés.

Apoyarle en todos sus éxitos —cumplimiento de responsabilidades dentro del servicio, proyectos, interacciones con los miembros del equipo terapéutico y otros pacientes, etcétera. Ayudar al paciente a mejorar su aspecto; auxiliarlo cuando sea necesario para que se bañe, se vista, procure el lavado de sus ropas, etcétera.

Auxiliar al paciente a aceptar la mayor responsabilidad por su aseo personal en la medida que pueda hacerlo (no hacer por el paciente lo que él pueda hacer por sí mismo).

3. Orientar al enfermo en la realidad para su estabilidad mental:

Reorientar al paciente en persona, lugar y tiempo según sea necesario (llamarlo por su nombre, decirle el nombre de la enfermera, indicarle en dónde se encuentra, darle la fecha, etc.).

4. Incrementar la capacidad del enfermo para diferenciar entre el concepto de sí mismo y el externo en el cual se desarrolla:

Ayudar al paciente a distinguir lo real y lo que no lo es. Valorar las percepciones reales del enfermo y corregir los errores de senso-percepción en una forma que esté apegada a los hechos. No argumentar con el paciente la poca validez de sus percepciones ni tampoco darle apoyo para las mismas.

5. Ayudar al paciente a restablecer los límites del yo:

Permanecer con el paciente si tiene miedo; a veces tocar al paciente puede resultar terapéutico. Evaluar la eficacia del uso del contacto físico en cada enfermo antes de usarlo en forma consistente. Ser sencillo, honrado y conciso cuando se hable con el enfermo. Hablar con el paciente de temas concretos y simples; evitar las discusiones ideológicas o teóricas. Dirigir las actividades para ayudar al paciente ha de aceptar la realidad y a mantenerse en contacto con ella; usar la terapia recreativa ocupacional cuando sea apropiado.

6. Asegurar un medio ambiente de seguridad para el enfermo.

Reafirmar al enfermo que el medio ambiente tiene seguridad explicándole los procedimientos que se siguen en el servicio, las rutinas, las pruebas, etc., en una forma breve y simple. Proteger al enfermo de tendencias autodestructivas (retirar objetos que puedan utilizarse en conductas autodestructivas).

Percatarse de que el paciente está tramando acciones que sean nocivas para sí mismo y para los demás en respuesta a las alucinaciones auditivas.

7. Conservar un ambiente seguro, terapéutico para los demás pacientes.

Retirar al paciente del grupo si su conducta se vuelve demasiado abigarrada, molesta o peligrosa para los demás. Ayudar al grupo de enfermos a aceptar la conducta „extraña” del paciente recién llegado: dar explicaciones simples al grupo de pacientes cuando sea necesario (por ejemplo, “el paciente está muy enfermo en este momento; necesita de nuestra comprensión y apoyo”). Considerar las necesidades de los demás pacientes y planear que por lo menos un miembro del equipo terapéutico se encuentra a disposición de los otros enfermos si es que se necesitan a los demás para atender al paciente recién llegado.

8. Ayudar al enfermo a superar su conducta regresiva.

Recordar: La regresión es un retorno propositivo (consciente o inconsciente) a un nivel más bajo de funcionamiento —un intento de eliminar la ansiedad y restablecer el equilibrio. Evaluar el actual nivel de funcionamiento del enfermo y partir desde ese punto para su atención.

Establecer contacto con el nivel de conducta del enfermo, después tratar de motivarlo a que abandone su conducta regresiva y se integre a una conducta de adulto. Ayudarlo a identificar las necesidades o sentimientos no cumplidos que producen la conducta regresiva.

## 8. INVESTIGACIÓN DE CAMPO

El cuestionario se aplicó a un 10 % de la población, se aplicó durante dos días, y las gráficas son resultado de los datos obtenidos de los cuestionarios analizados.

Para obtener el número de personas para la aplicación se tomaron en cuenta los criterios siguientes:

Con el propósito de que la muestra fuera representativa, se realizó una determinación estadística utilizando para ello, la siguiente fórmula:

$$N = \frac{Z^2 p q n}{E^2 (N-1) + Z^2 p q}$$

En donde:

N: tamaño de la población

n: número de elementos de muestra

Z: calificación tipificada

p: porcentaje estimado de las características

q: 1-p

E: error de estimación permitido

N: tamaño de la población

En cuanto al área geográfica, se seleccionó el Hospital y Escuela de Nuestra Señora de la Salud, por reunir las siguientes características:

- ✓ El Hospital cuenta un edificio especializado en psiquiatría, en el cual se desempeñan estudiantes y enfermeras tituladas.
- ✓ Es la única escuela donde se tiene acceso a prácticas con pacientes psiquiátricos, durante su formación académica.

Por lo que se refiere a las personas encuestadas las siguientes características:

- ✓ Enfermeras tituladas de la institución
- ✓ Estudiantes de la escuela de enfermería
- ✓ Sin previa sensibilización
- ✓ Con actitudes tradicionales y sin ellas
- ✓ Participan en el servicio de psiquiatría

Universo de trabajo:

Enfermeras tituladas .....	30
2A 13 Alumnas 2"A" .....	13
Alumnas 2"B" .....	39
Alumnas 3"A" .....	12
Alumnas 3"B" .....	37
Alumnas 4"B" .....	23
Total .....	154

## 9. CONCLUSIONES

*...”Nunca nadie se ha quitado la esquizofrenia con la fuerza de voluntad”...*

Desde la elección del tema, supe que esto no sería fácil, me costó trabajo y dedicación aprender sobre esquizofrenia, pero mi inquietud y deseos de aprender fueron más allá.

Día a día al observar como mis compañeras incluyéndome a mí, llegamos al servicio de psiquiatría temerosas de pensar que tengamos en casa pacientes agresivos es una experiencia horrible, al desempeñarme me percate que tengo la capacidad para establecer una conexión con ellos, esa interacción de la que nos habla Peplau, saber y tener presente que más que un enfermo mental, es un ser humano con dignidad, valor e individualidad al igual que los demás, solo que con capacidades mentales diferente o alteradas.

Al término de mi tesis llegué a las siguientes conclusiones:

1. Concluyo que el 87% de mi población carecen de conocimientos sobre esquizofrenia, y sus pocos conocimientos se deben a la observación empírica que viven en el hospital, dentro su práctica diaria.
2. Casi en su totalidad de mis encuestadas, han tratado con algún paciente esquizofrénico en el avance de su formación, pero esto me resulta un riesgoso para ambos ya que al no conocer cómo tratarlo y no tener idea sobre lo que implica esta patología, se exponen a sufrir agresión por parte del paciente, y a la vez no se brinda una adecuada atención de enfermería, es aquí donde comencé a descubrir una causa de la deficiencia de atención.
3. Para mala fortuna dentro del programa académico que ofrece la escuela, no se cuenta con la materia de psiquiatría, tampoco enfermería psiquiátrica, lo cual ampliamente está mal, ya que somos licenciadas y debemos contar una gama

amplia de conocimiento para poder tratar a todo tipo de pacientes, y esto me parece una regresión en lugar de avance el eliminar materias que son de utilidad y en ocasiones solo rellenar los espacios con materias que no van acorde a la profesión, con el tiempo me he dado del deterioro que sufre cada vez nuestro programa académico por diferentes cuestiones, pero sobre todo en el área de la salud mental.

4. Mi población no conoce del todo las características de este tipo de pacientes, es por ello que se favorece la deficiencia de atención de enfermería a pacientes con esquizofrenia.
5. La mayoría han pasado por el servicio de psiquiatría pero sin conocimientos adecuados, y esto me llevo a comprobar ampliamente que la falta de conocimiento nos lleva a la principal causa de deficiencia de atención.
6. Tanto las alumnas como el personal de enfermería al tratar con este tipo de pacientes, experimentan angustia, concluyo que esto se debe a la poca capacitación que se tiene en el área de trabajo sobre este tema, y es normal ya que vamos al campo de batalla sin armas y en un 23% que una cifra alarmante han sufrido ataques por parte de pacientes esquizofrénicos.
7. Me encontré con una disponibilidad increíble, por parte de las alumnas y personal de enfermería para participar en capacitaciones para saber cómo tratar a este tipo de pacientes, estando dispuestas desde participar en un taller hasta llegar a la petición de implementar materia en el programa.
8. Concluyó también que al tener la preparación adecuada sobre cómo tratar a este tipo de pacientes se llegara a terminar con esa deficiencia de atención y el 97% de mi población concuerda con mi punto de vista.
9. Concluyo que la falta de empatía y el no ver al paciente desde un aspecto integral y holístico, van ligadas al poco conocimiento, ya que si bien lo

veremos cómo paciente y le daremos trato digno pero es difícil acoplarse cuando no conocemos sobre la patología y esto nos lleva a la deficiencia.

10. La mayoría de las alumnas está dispuesta a proporcionar atención a los familiares después de recibir una previa capacitación.

Esto me parece de suma importancia, ya que el tratar con este tipo de pacientes resulta de gran complejidad, y debemos enseñar a la familia que el paciente es el enfermo y que debe ayudarlo con una previa capacitación para hacer más ameno el trato.

Después de todo mi trabajo, llegué a la conclusión que las principales causas de deficiencia de atención por parte del personal de enfermería a pacientes con esquizofrenia es la falta de conocimiento y todo ello, desencadena lo demás, la falta de empatía, individualización entre otros.

Se cuenta con la disposición adecuada para mejorar este aspecto, lo cual me llevo a observar que tenemos una buena disposición y eso habla bien de nosotras, no tenemos miedo al no saber pero buscamos la forma de remediarlo y aprender cosas nuevas que beneficien mi carrera profesional.

Me llena de orgullo descubrir que con alumnas no hemos fallado, porque no me topé con ninguna estudiante que se negara a ser capacitada, esto quiere decir que la escuela y nosotras hemos impregnado la frase de la propia escuela “SER SIEMPRE MÁS; SER SIEMPRE MEJOR”, y vamos en busca de nuevos horizontes para nuestra preparación de calidad y a la vez para nuestro servicio de calidez en beneficio del paciente.

Con todo el trabajo realizado, se comprueba ampliamente la hipótesis planteada, confirmado que las causas de deficiencia de atención de enfermería a pacientes con esquizofrenia son: la falta de conocimiento y la pérdida de la

empatía para con ellos y todo esto se comprobó con la aplicación y resultados de mi cuestionario aplicado a estudiantes y personal.

## 10. PROPUESTA DE SOLUCIÓN

La psiquiatría es algo que atrae mi atención con facilidad, ya que desde mi ingreso a esta universidad, el tener y poder contar con prácticas en el servicio de psiquiatría despertó en mí el interés de incursionar un poco más en esta materia que es la psiquiatría, me resulta un tanto interesante e intrigante, ya que son cosas diferentes en cada paciente y es algo que no tiene cura pero a la vez me resulta estresante, el no contar con el conocimiento adecuado para poder tratar a estos pacientes, eso fue lo que me llevo más que nada a realizar mi investigación sobre pacientes con esquizofrenia, y el no contar con una preparación adecuada para poder brindar intervenciones ya que en mi calendario de materias no llevo la materia de psiquiatría, pero aun así me mandan a dar practicas con este tipo de pacientes, lo cual m expone no solo a mí, sino a mis compañeras y es por ello que llegue a dos propuestas:

- A. Incrementar la materia de enfermería psiquiátrica al programa de estudio
- B. Impartir un taller sobre introducción y atención de enfermería apacientes con esquizofrenia y dentro del mismo se dará la capacitación a familiares el cual constara de lo siguiente:

*...”Los ojos de los otros nuestras prisiones, sus pensamientos nuestras jaulas”...*

La Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud te invita al Taller de Atención de Enfermería a pacientes con Esquizofrenia.

Donde no solo aprenderás lo que es esquizofrenia tu visión será más allá al tener presente los síntomas y signos y de esta forma aprenderás el tipo de atención que te hará ser capaz de proporcionar una atención adecuada al tus pacientes.

Las fechas serán: 8,9 y 10 de mayo, en el Auditorio del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, ¡NO FALTES!

**Objetivo:** Capacitar a las enfermeras y estudiantes de Hospital de Nuestra Señora de la Salud para aprender sobre la atención de enfermería a pacientes con esquizofrenia, desde una base bien fundamentada tanto en el conocimiento de la patología así como el apoyo de la empatía y la individualización.

**Justificación:** La falta de conocimiento sobre la atención de enfermería a pacientes con esquizofrenia nos da como resultado una de las causa principales de la deficiencia de dicha atención, pero en el trayecto de ser mejores cada día se pretende indagar en este campo que de alguna forma la escuela deja por un lado.

**Programa:**

8 Mayo 2014

8:00 a 9:00 am	Inscripciones
9:00 a 10:00 am	El ser humano, integral, integrado e integrador
10 a 10:30 am	Inauguración (Autoridades de la Escuela)
10:30 a 11:00 am	Receso
11:00 a 11:45 am	Orígenes de la esquizofrenia Dr. Bedolla
11:45 a 12:30	pm Curso de esquizofrenia Dr. Bedolla
12:30 a 13:00 pm	Paciente psiquiátrico; esquizofrénico Dr. Lara
13:00 a 13:45	Enfermería psiquiátrica LE Olivia Paniagua
13:45 a 14:30	Teoría de Hildegard Peplau LE Martha Alcaraz

9 Mayo 2014

8:00 a 9:00 am	PAE a pacientes esquizofrénico LE Olivia P.
9:00 a 10:00 am	Empatía: ponerte en los zapatos del otro Lic. Medina
10 a 10:30 am	Características del paciente esquizofrénico Dr. Vázquez
10:30 a 11:00 am	Educación a familiares sobre el tema LE Olivia Paniagua
11:00 a 11:45 am	Receso
11:45 a 12:30 pm	Bioética en psiquiatría Lic. Medina
13:00 a 13:45 pm	Examen
13:45 a 14:30 pm	Retroalimentación (lluvia de ideas)

10 Mayo 2014

8:00 a 9:00 am	Dinámica sobre deshumanización de enfermería Lic. Mendoza
9:00 a 10:00 am	Representación teatral (Alumnas de cuarto año)
10 a 10:30 am	Retroalimentación sobre la obra
10:30 a 11:00 am	Monólogos sobre el cuidado (publico)
11:00 a 11:45 am	Educación a familiares (practica) LE Olivia Paniagua
11:45 a 12:30 pm	No, a la marginación de los pacientes psiquiátricos. LE Amparo Ferreira
13:00 a 13:45 pm	Invitado especial(Reflexión individualización)
13:45 a 14:	30 Entrega de Constancias

Al finalizar el taller, se seguirá realizando un seguimiento para la capacitación del personal enfermero y alumnas de la escuela del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, y de esta forma se evaluará la propuesta.

## 11. RESULTADOS

Pregunta 1	Poco	Mucho	Nada
¿Tiene usted conocimiento de la patología esquizofrenia?	27	1	2

Tabla 1. ¿Tiene usted conocimiento de la patología esquizofrenia?

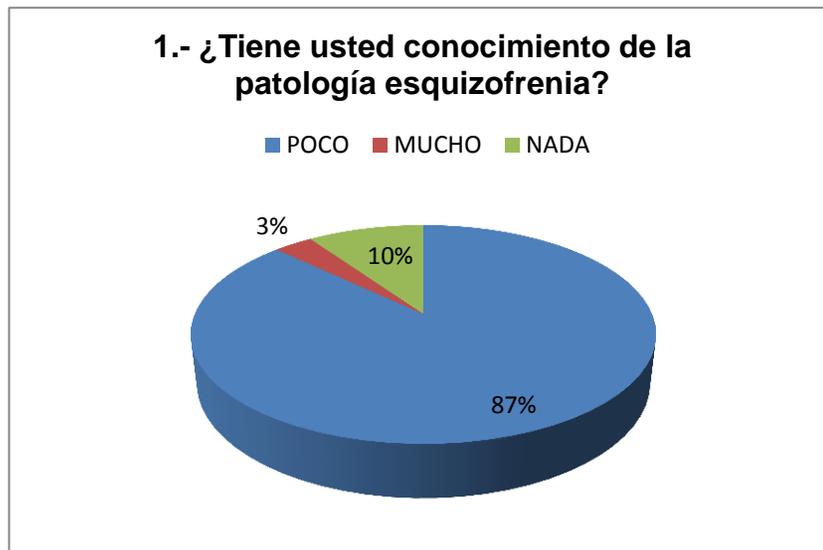


Figura 1. ¿Tiene usted conocimiento de la patología esquizofrenia?

**Interpretación:** En esta pregunta puedo observar, que el 87% de la comunidad estudiantil y profesional tiene poco conocimiento sobre la patología y en menor cantidad que es 10% no tiene idea de lo que esto implica.

**Fuente:** Cuestionario aplicado a las alumnas y tituladas de la escuela y hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Pregunta 2	Si	No
¿Ha tratado con algún paciente de este tipo?	26	4

Tabla 2. ¿Ha tratado con algún paciente de este tipo?



Figura 2. ¿Ha tratado con algún paciente de este tipo?

**Interpretación:** En esta pregunta es que el 87% de estudiantes y profesionales han estado en contacto con este tipo de pacientes, aun sin contar con el conocimiento adecuado de lo que es esquizofrenia lo que las ha llevado a estar expuestas a agresión y deficiencia de atención por el poco o nulo conocimiento.

**Fuente:** Cuestionario aplicado a las alumnas y tituladas de la escuela y hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Pregunta 3	Si	No
¿Conoce la sintomatología de este tipo de pacientes?	24	6

Tabla 3. ¿Conoce la sintomatología de este tipo de pacientes?

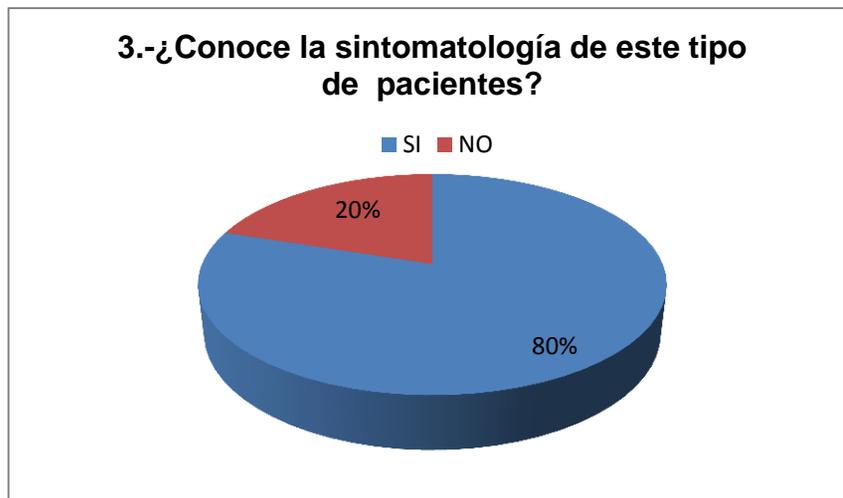


Figura 3. ¿Conoce la sintomatología de este tipo de pacientes?

**Interpretación:** En esta pregunta resulta un tanto perturbadora, ya que si bien el 80% conoce los síntomas de un paciente esquizofrénico, como es que no tienen conocimiento de la patología, creo que en esta pregunta se presentó un tanto de confusión.

**Fuente:** Cuestionario aplicado a las alumnas y tituladas de la escuela y hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Pregunta 4	Si	No
¿En su programa académico ha cursado alguna materia de Enfermería Psiquiátrica?	1	29

Tabla 4. ¿En su programa académico ha cursado alguna materia de Enfermería Psiquiátrica?



Figura 4. ¿En su programa académico ha cursado alguna materia de Enfermería Psiquiátrica?

**Interpretación:** En esta pregunta es que el 97% que somos mayoría jamás se nos ha impartido una materia de enfermería psiquiátrica, donde nos orienten sobre el tipo de atención que se debe de brindar a pacientes con esquizofrenia, esto nos lleva a comprender el porqué de la falta de conocimiento.

**Fuentes:** Cuestionario aplicado a las alumnas y tituladas de la escuela y hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Pregunta 5	Si	No
¿Conoce algunas características que le permitan identificar a este tipo de pacientes?	24	6

Tabla 5. ¿Conoce algunas características que le permitan identificar a este tipo de pacientes?

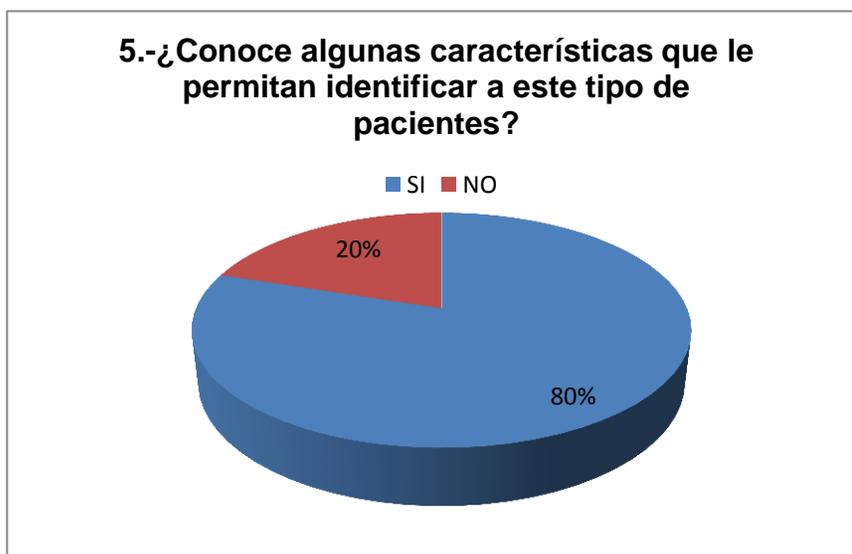


Figura 5. ¿Conoce algunas características que le permitan identificar a este tipo de pacientes?

**Interpretación:** Del 100% de estudiantes y enfermeras tienen noción de las características, pero ello no les permite brindar atención adecuada debido a la falta de bases durante su formación.

**Fuente:** Cuestionario aplicado a las alumnas y tituladas de la escuela y hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Pregunta 6	Si	No
¿A lo largo de su formación ha pasado por el servicio de psiquiatría?	28	2

Tabla 6. ¿A lo largo de su formación ha pasado por el servicio de psiquiatría?



Figura 6. ¿A lo largo de su formación ha pasado por el servicio de psiquiatría?

**Interpretación:** De la población que se tomó para la aplicación del instrumento de medición, solo un 7% no ha pasado por el servicio de psiquiatría, lo que nos lleva a datos de alarma, ya que el resto ha estado en el servicio, y han tratado a este tipo de pacientes, y sin conocer el tipo de atención que se debe brindar a esquizofrénicos.

**Fuente:** Cuestionario aplicado a las alumnas y tituladas de la escuela y hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Pregunta 7	Si	No
¿Cree usted que la falta de conocimiento, sobre el trato a este tipo de paciente sea la causa principal de la deficiencia de atención por parte de enfermería?	26	4

Tabla 7. ¿Cree usted que la falta de conocimiento, sobre el trato a este tipo de paciente sea la causa principal de la deficiencia de atención por parte de enfermería?



Figura 7. ¿Cree usted que la falta de conocimiento, sobre el trato a este tipo de paciente sea la causa principal de la deficiencia de atención por parte de enfermería?

**Interpretación:** Dentro de la población e 87%, creen que la falta de conocimiento es la causa principal de la deficiencia de atención a este tipo de pacientes, ya que es imposible proporcionar una atención de calidad y calidez cuando no se cuenta con el conocimiento adecuado.

**Fuente:** Cuestionario aplicado a las alumnas y tituladas de la escuela y hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Pregunta 8	Miedo	Rechazo	Angustia	Indiferencia
¿Qué siente cuando ve a un paciente psiquiátrico con este padecimiento?	7		22	1

Tabla 8. ¿Qué siente cuando ve a un paciente psiquiátrico con este padecimiento?

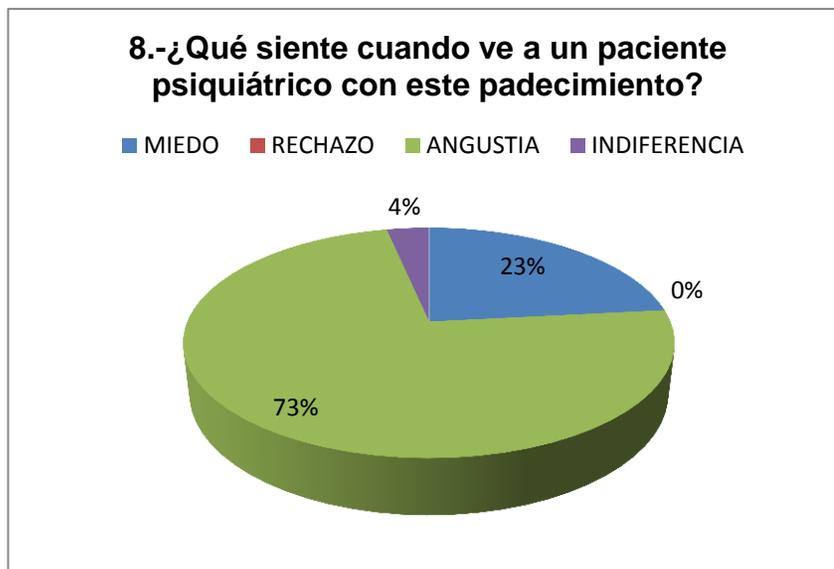


Figura 8. ¿Qué siente cuando ve a un paciente psiquiátrico con este padecimiento?

**Interpretación:** Al analizar esta pregunta podemos observar que el 73% de nuestra muestra experimenta angustia al tratar con este tipo de pacientes, dicha angustia es normal ya que corresponde a un estímulo de nuestro SNC, por enfrentarnos a algo que desconocemos.

**Fuente:** Cuestionario aplicado a las alumnas y tituladas de la escuela y hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Pregunta 9	Si	No
¿Ha sufrido algún tipo de agresión por este tipo de pacientes por no saber cómo tratarlos?	10	20

Tabla 9. ¿Ha sufrido algún tipo de agresión por este tipo de pacientes por no saber cómo tratarlos?

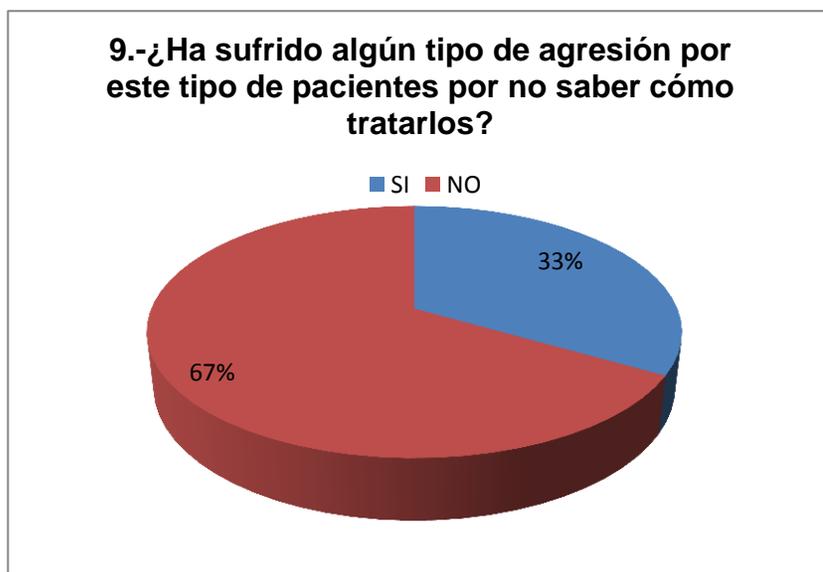


Figura 9. ¿Ha sufrido algún tipo de agresión por este tipo de pacientes por no saber cómo tratarlos?

**Interpretación:** Aunque es menor el porcentaje 33% de enfermeras y estudiantes que han sido agredidas por este tipo de pacientes, de alguna forma resulta alarmante, ya que esto no debería de suceder, si tuvieras la preparación y conocimiento adecuado de cómo tratarlos.

**Fuente:** Cuestionario aplicado a las alumnas y tituladas de la escuela y hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Pregunta 10	Si	No
¿Cree que es importante dentro de su preparación profesional tener conocimiento sobre cómo tratar a pacientes con enfermedades psiquiátricas?	30	-

Tabla 10. ¿Cree que es importante dentro de su preparación profesional tener conocimiento sobre cómo tratar a pacientes con enfermedades psiquiátricas?

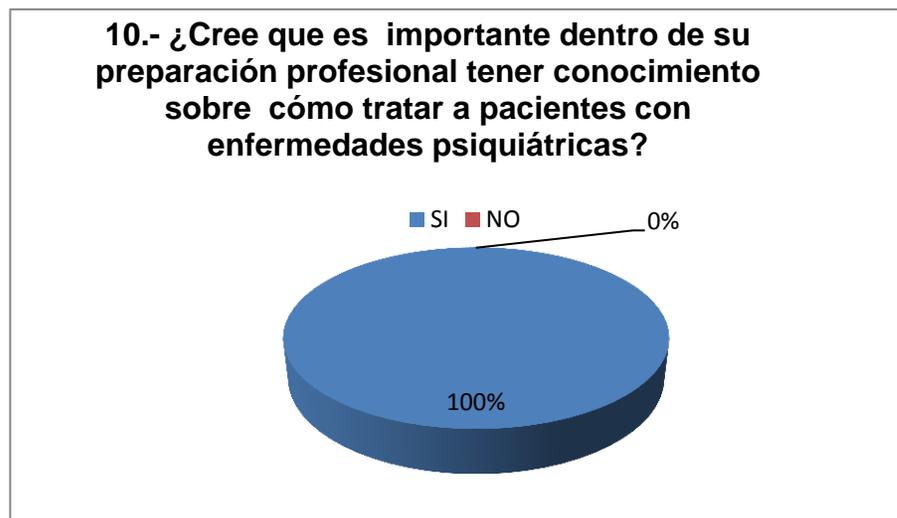


Figura 10. ¿Cree que es importante dentro de su preparación profesional tener conocimiento sobre cómo tratar a pacientes con enfermedades psiquiátricas?

**Interpretación:** Aunque no todo el personal pose el conocimiento sobre cómo tratar a este tipo de pacientes esta pregunta resulta un tanto favorable, ya que el 100% de estudiantes y enfermeras creen que es importante conocer cómo manejar a estos pacientes y ello nos abre campo a realizar capacitaciones dentro de talleres.

**Fuente:** Cuestionario aplicado a las alumnas y tituladas de la escuela y hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Pregunta 11	Si	No
¿Estaría dispuesta a participar en talleres o clases donde se impartiera como tratar o proporcionar atención adecuada de enfermería este tipo de pacientes?	30	-

Tabla 11. ¿Estaría dispuesta a participar en talleres o clases donde se impartiera como tratar o proporcionar atención adecuada de enfermería este tipo de pacientes?



Figura 11. ¿Estaría dispuesta a participar en talleres o clases donde se impartiera como tratar o proporcionar atención adecuada de enfermería este tipo de pacientes?

**Interpretación:** Se cuenta con la disposición del 100% de nuestra población para recibir la capacitación, lo cual es adecuado ya que una vez teniendo el conocimiento de las causas que llevan a la deficiencia de atención de enfermería a este tipo de pacientes, a través de los talleres podemos corregir.

**Fuente:** Cuestionario aplicado a las alumnas y tituladas de la escuela y hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Pregunta 12	Si	No
¿Cree usted que al tener la preparación adecuada su atención a este tipo de paciente sería más integral?	30	-

Tabla 12. ¿Cree usted que al tener la preparación adecuada su atención a este tipo de paciente sería más integral?



Figura 12. ¿Cree usted que al tener la preparación adecuada su atención a este tipo de paciente sería más integral?

**Interpretación:** El 100% de la muestra cree que al tener conocimiento mejorarán sus planes de actuación en esquizofrenia, de tal manera que el eje de las actuaciones se centre en la recuperación de las personas afectadas, mediante un marco de trabajo positivo.

**Fuente:** Cuestionario aplicado a las alumnas y tituladas de la escuela y hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Pregunta 13	Si	No
Desde su opinión: ¿Cree usted que la falta de la empatía está relacionada con el poco conocimiento respecto al tema?	29	1

Tabla 13. Desde su opinión ¿Cree usted que la falta de la empatía está relacionada con el poco conocimiento respecto al tema?

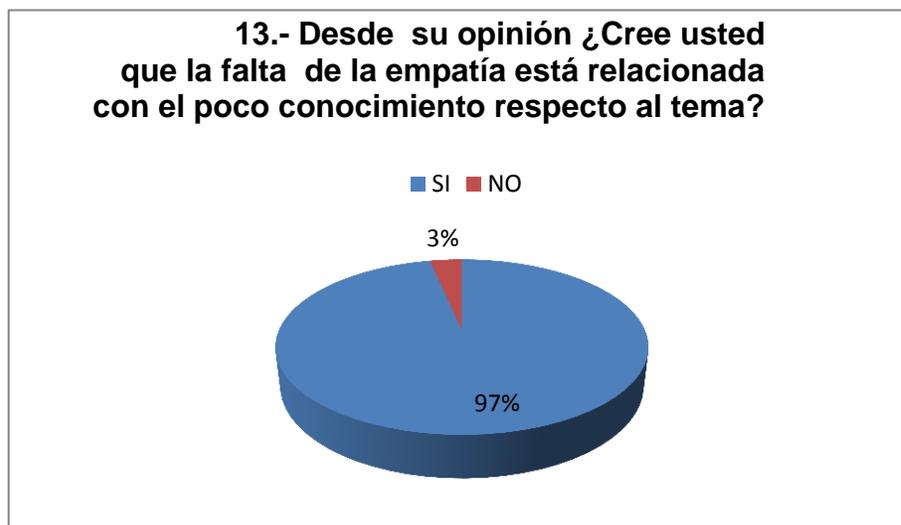


Figura 13. ¿Cree usted que al tener la preparación adecuada su atención a este tipo de paciente sería más integral?

**Interpretación:** El no tener conocimiento sobre la patología y tipo de atención, nos orienta a manifestar falta de empatía, ya que carecemos de herramientas para ser capaces de ponernos en sus zapatos por falta de conocimiento.

**Fuente:** Cuestionario aplicado a las alumnas y tituladas de la escuela y hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Pregunta 14	Si	No
¿Al tener la preparación adecuada estaría dispuesta a proporcionar educación a la familia de este tipo de pacientes sobre cómo tratarlos fuera de hospital?	30	-

Tabla 14. ¿Al tener la preparación adecuada estaría dispuesta a proporcionar educación a la familia de este tipo de pacientes sobre cómo tratarlos fuera de hospital?

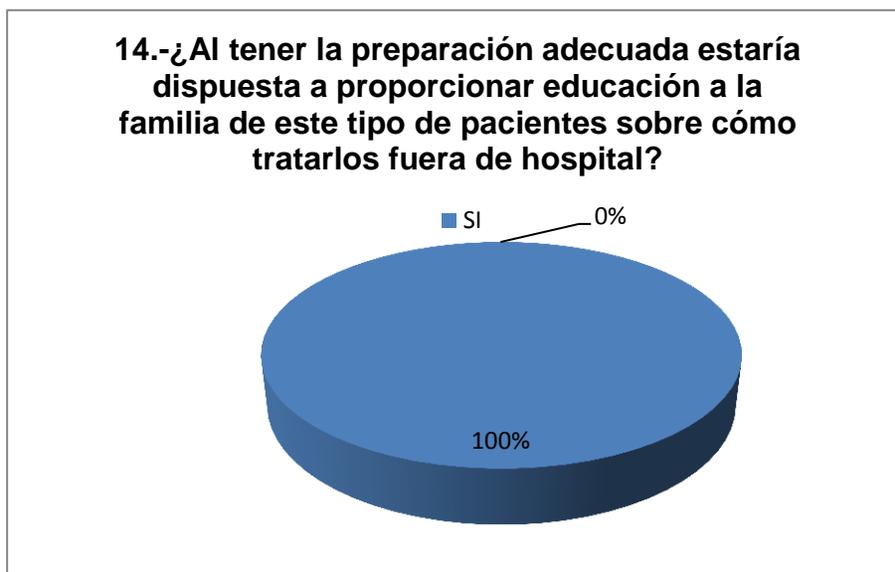


Figura 14. ¿Al tener la preparación adecuada estaría dispuesta a proporcionar educación a la familia de este tipo de pacientes sobre cómo tratarlos fuera de hospital?

**Interpretación:** Se cuenta con la disposición adecuada para aprender sobre el tema y adecuar así a la familia ya que el 100% está dispuesto a participar.

**Fuente:** Cuestionario aplicado a las alumnas y tituladas de la escuela y hospital de Nuestra Señora de la Salud.

## 12. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. F. Cervantes Jimeno, "Compendio de Psiquiatría", 2ª edición, España, Ed. TORAY.
2. J. A. Vallejo Nájera, "Introducción a la psiquiatría", 3ª edición Barcelona, Ed. CIENTIFICO MEDICA.
3. Louis. E. Anderson," Diccionario de medicina Mosby", Barcelona, Ed. OCEANO.
4. Dorothy R.N. "Elementos de enfermería psiquiátrica", 2ª edición, Inglesa, Ed. PRENSA MEDICA MEXICANA
5. Rosette Poletti, "Aspectos psiquiátricos de los cuidados de enfermería", Barcelona, Ed. ROL s.a.
6. María Dolores Bernabeu Tamayo," Enfermería psiquiátrica y en salud mental" Tomo I, 2ª edición, Ed. MONSA PRAYMA
7. María Dolores Bernabeu Tamayo," Enfermería psiquiátrica y en salud mental" Tomo II, 2ª edición, Ed. MONSA PRAYMA
8. [www.MEDILINEPLUS.com](http://www.MEDILINEPLUS.com)
9. CIE-10
10. DSM-IV-TR
11. [www.elmundosalud.com](http://www.elmundosalud.com) unidad de información general
12. Wiscar, Gail. "Principios de atención psiquiátrica", Michelle t. Labaira, 2005.
13. Taxonomía NANDA; NIC; NOC.
14. Amaira Ortiz Zarate "Trastorno Psicóticos" volumen 4, Editorial Elseveir Masson.
15. P. Bernad, Brisset "Tratado de Psiquiatría" segunda edición. Editorial Toray, pp.30-32
16. Gispert Carlos; Garriz José " Manuela de Enfermería" Editorial Océano pp.270-271
17. María Isabel Betancur "Esquizofrenia" primero edición, Editorial Online, pp. 18

18. José Antonio Valdez, Carmelo Vázquez “ Esquizofrenia: Fundamentos Psicológicos y Psiquiátricos de la Rehabilitación” Primera edición Editorial Siglo 21
19. BLEICHMAR, H. (1997) Avances en Psicoterapia psicoanalítica. Ed. Paidós, Bs.As.
20. FREUD, Sigmund (1917) Introducción al Psicoanálisis, Conf. N°. 26: La teoría de la libido y el narcisismo", pág. 390/391 Amorrortu Editorial, Bs.As., 1977.
21. FROMM-REICHMANN, Frieda (1962) Problemas de la transferencia en los esquizofrénicos, en Psicoterapia en las psicosis. Ed. Hormé, Bs. As.

## 13. ANEXOS

### A. Cuestionario:

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA  
SALUD CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO CLAVE 8722-12

Cuestionario para ser aplicado a alumnas y personal de enfermería que asisten al Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

OBJETIVO. Conocer las causas de la deficiencia de atención de enfermería pacientes con esquizofrenia:

✚ Instrucciones: Subraye la respuesta que usted crea conveniente.

1. ¿Tiene usted conocimiento de la patología esquizofrenia?

A) Poco                      B) Mucho                      C) Nada

2. ¿Ha tratado con algún paciente de este tipo?

A) Si                      B) No

3. ¿Conoce la sintomatología de este tipo de pacientes?

A) Si                      B) No

4. ¿En su programa académico ha cursado alguna materia de Enfermería Psiquiátrica?

A) SI                      B) NO

5. ¿Conoce algunas características que le permitan identificar a este tipo de pacientes?

A) SI                      B) NO

6. ¿A lo largo de su formación ha pasado por el servicio de psiquiatría?

A) SI                      B) NO

7. ¿Cree usted que la falta de conocimiento, sobre el trato a este tipo de paciente sea la causa principal de la deficiencia de atención por parte de enfermería?

A) Si                      B) NO

8. ¿Qué siente cuando ve a un paciente psiquiátrico con este padecimiento?

A) Miedo                      B) Rechazo                      C) Angustia                      E) Indiferencia

9. ¿Ha sufrido algún tipo de agresión por este tipo de pacientes por no saber cómo tratarlos?

A) SI                      B) NO

10. ¿Cree que es importante dentro de su preparación profesional tener conocimiento sobre cómo tratar a pacientes con enfermedades psiquiátricas?

A) Si                      B) NO

11. ¿Estaría dispuesta a participar en talleres o clases donde se impartiera como tratar o proporcionar atención adecuada de enfermería este tipo de pacientes?

A) SI                      B) NO

12. ¿Cree usted que al tener la preparación adecuada su atención a este tipo de paciente sería más integral?

A) SI                      B) NO

13. Desde su opinión ¿Cree usted que la falta de la empatía está relacionada con el poco conocimiento respecto al tema? ¿Por qué?

A) SI                      B) NO

---

14. ¿Al tener la preparación adecuada estaría dispuesta a proporcionar educación a la familia de este tipo de pacientes sobre cómo tratarlos fuera de hospital?

A) Si                      B) No

**Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra  
Señora de la Salud**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

**CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA**

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

ELABORADO POR:

**SANDRA TERESA GARCÍA AMÉZQUITA**

ASESORA DE TESIS:

**MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO**

## ÍNDICE

1.-Introduccion .....	86
2.-Definición del problema de investigación .....	88
3.-Variables de estudio .....	89
4.-Objetivos de estudio .....	90
5.-Metodología .....	91
6.-Esquema metodológico.....	92
7.-Justificasion de estudio .....	93
8.-Factibilidad.....	95
9.-Marco Teórico .....	96
10.-Cronograma .....	131
11.-Bibliografía .....	132

## 1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno cerebral severo que perdura toda la vida. Las personas que la padecen pueden escuchar voces, ver cosas que no existen o creer que otros leen sus pensamientos o controlan sus mentes. En los hombres, los síntomas suelen comenzar casi al final de la adolescencia y a partir de los 25 años de edad y en las mujeres generalmente comienzan entre los 25 y los 35 años de edad.

Dicha psicosis incluye alucinaciones y delirios, tales como escuchar voces.

Otros síntomas pueden incluir:

- Pensamientos o percepciones fuera de lo común
- Trastornos del movimiento
- Dificultades para hablar y expresar sus emociones
- Problemas de atención, memoria y organización

Nadie sabe con seguridad cuál es la causa de la esquizofrenia, pero la constitución genética y la química cerebral probablemente tienen alguna influencia.

Las medicinas pueden aliviar muchos de los síntomas, pero pueden ser necesarios varios intentos antes de encontrar el fármaco adecuado. Pueden disminuirse las recaídas tomando el medicamento el tiempo que lo indique el médico. Con tratamiento, muchas personas mejoran lo suficientemente para llevar vidas satisfactorias.

La atención a las personas que padecen esquizofrenia y otros trastornos mentales graves siguen siendo un objetivo prioritario para los servicios públicos de salud

mental, toda vez que constituyen el grupo de personas con enfermedad mental más vulnerable, expuesto a los riesgos del desarraigo y la marginalidad; y que requieren redes de servicios sanitarios y sociales bien coordinados, profesionales bien formados y comprometidos, además de la implementación de programas de intervención probadamente eficaces.

El artículo presenta las características básicas de la atención a personas con esquizofrenia, teniendo en cuenta tanto las referencias internacionales como la experiencia desarrollada en los últimos cinco años.

La importancia de tener conocimiento sobre el concepto de esquizofrenia, más que nada es en base a ello proporcionar la atención adecuada de enfermería al paciente y evitar algún tipo de agresión hacia nosotras.

Muchas veces la falta de información y el desconocimiento en general son las principales preocupaciones tanto de los enfermos como de sus familias cuando se produce un diagnóstico por enfermedad mental, especialmente de esquizofrenia.

Esta carencia se prolonga en muchos casos durante el desarrollo de la patología y cunde el desánimo y el desconcierto. Este déficit constituye el origen precisamente del movimiento asociativo de personas con enfermedad mental y sus familias, éstos y la necesidad humana de sentirse arropado y comprendido entre iguales.

La falta de información, los prejuicios y los mitos en la sociedad en general son también la causa de uno de los mayores problemas y obstáculos de las personas enfermas, el estigma. Una “marca” que le sigue y entorpece su normalización e integración en la sociedad.

Es por esto que la presentación de esta tesis sobre atención de enfermería a pacientes esquizofrenia que ahora tiene usted entre las manos, no puede ser sino motivo de enhorabuena. Se trata de un instrumento nuevo para canalizar

todas aquellas preguntas que hostigan a los afectados directa o indirectamente por esta enfermedad grave y crónica.

## 2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

Tema

Atención de Enfermería a pacientes con Esquizofrenia

Variable 1 Atención de enfermería

Variable 2 Esquizofrenia

Subtema:

Atención de enfermería a pacientes con esquizofrenia que acuden a consulta externa del Hospital de Nuestra Señora de la Salud en Morelia Michoacán.

Problema

¿Cuál es el tipo de atención que se debe proporcionar a pacientes con esquizofrenia que acuden a consulta externa del Hospital de Nuestra Señora de la salud, teniendo en cuenta los factores causantes?

Hipótesis

La atención de enfermería que se debe brindar a los pacientes con esquizofrenia debe ser biosicosocial, para poder atender los factores causantes y de esta forma, apegarlos a la realidad.

### 3. VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	DIMENSIONES
Atención de enfermería a pacientes con esquizofrenia	Cuidados Atención Prevención Docencia
Esquizofrenia	Definición Etiología Epidemiología Signos y síntomas Diagnostico Tratamiento Pronostico

#### 4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Brindar atención de enfermería adecuada a pacientes con esquizofrenia, teniendo presente los factores biosicosociales del paciente, con el fin de crear un marco conceptual en el cual fundamentar la investigación.

## 5. METODOLOGIA

El **método científico** es un método de investigación usado principalmente en la producción de conocimiento en las ciencias. Para ser llamado científico, un método de investigación debe basarse en la empírica y en la medición, sujeto a los principios específicos de las pruebas de razonamiento.

**Investigación documental:** Es la que se realiza, como su nombre lo indica, apoyándose en fuentes de carácter documental, esto es, en documentos de cualquier especie tales como, las obtenidas a través de fuentes bibliográficas, hemerográficas o archivísticas; la primera se basa en la consulta de libros, la segunda en artículos o ensayos de revistas y periódicos, y la tercera en documentos que se encuentran en archivos como cartas oficios, circulares, expedientes, etcétera.

**Investigación de campo:** Esta clase de investigación se apoya en informaciones que provienen entre otras, de entrevistas, cuestionarios, encuestas y observaciones.

La metodología cuantitativa es aquella que permite examinar los datos de manera científica, o más específicamente en forma numérica, generalmente con ayuda de herramientas del campo de la estadística, esta metodología es la que utilizare dentro de mi investigación, ya que se cuenta con la ayuda de un cuadro de investigación donde se tiene el registro de los pacientes con este padecimiento dentro de los últimos 5 años.

Se cuenta con el problema de investigación y se expondrá mediante un sistema numérico, y se presentara con claridad los elementos de investigación que conforman el problema, para así poder definirlo, limitarlo y saber exactamente dónde se inicia el problema, en qué dirección va y qué tipo de incidencia existe entre sus elementos.

## 6. ESQUEMA METODOLÓGICO

TITULO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	INDICADORES DE LA INVESTIGACION
Atención de enfermería a pacientes con esquizofrenia	Brindar atención de enfermería adecuada a pacientes con esquizofrenia, teniendo presente los factores biosicosociales del paciente, con el fin de crear un marco conceptual en el cual fundamentar la investigación.	<p>1.- Identificar los factores causantes esquizofrenia</p> <p>2.-Identificar el concepto global sobre esquizofrenia</p> <p>3.-Identificar en qué medida la enfermera puede contribuir a la atención de este tipo de pacientes</p>	<p>-causalidad</p> <p>-factores</p> <p>-tipos</p> <p>-Concepto</p> <p>-Etiología</p> <p>-Epidemiologia</p> <p>-Signos y síntomas</p> <p>-Diagnostico</p> <p>-Tratamiento</p> <p>-Pronostico</p> <p>-Tipo de atención</p> <p>-PAE</p> <p>-Calidad de los servicios</p> <p>-Tipos de servicio</p> <p>-Autonomía</p>

## 7. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Quiero comenzar manifestando los motivos que me han llevado a la realización de la presente tesis y las razones de tipo personal que me han impulsado a la elección del área de investigación del objeto de estudio.

En primer lugar, voy a exponer las razones de carácter particular, vinculadas a mi actividad académica que me han llevado a iniciar esta labor de estudio y análisis.

Expondré una serie de consideraciones de carácter personal que se refieren a la actividad que he venido desarrollando durante los últimos casi cuatro años.

Esto me ha permitido profundizar en múltiples aspectos relacionados con las actividades que desempeño en el quehacer diario, desde lo más generales a lo más específicos, dependiendo de atención que se ha proporcionado a este tipo de pacientes, intentando introducir las nuevas técnicas que han ido surgiendo en los últimos años.

Todos estos aspectos me han supuesto una motivación y un reto muy importante, al permitirme profundizar en aspectos en los que mi formación anterior estaba poco sedimentada, permitiéndome, además, avanzar en mi conocimiento con el desarrollo de nuevas técnicas de atención a estos pacientes.

Lo que me impulsa a estudiar este tema sobre la atención a los pacientes con esquizofrenia, es la poca experiencia y preparación en este aspecto de enfermería psiquiátrica que nos aporta la escuela, lo cual en ocasiones nos expone ya que tenemos que estar en el edificio de psiquiatría desempeñándonos como profesionales, y al llegar a tratar con este tipo de pacientes no sabemos cómo tratarlos, que tipo de atención necesitan para evitar salir dañados ambos.

La última razón personal hay que buscarla en el hecho de que siempre me ha apasionado trabajar con este tipo de pacientes, para mí, ha sido gratificante hasta este momento, aunque espero lo sea mucho más en el futuro con las técnicas que desarrollare después de este trabajo de investigación, poniendo, de esta manera, en práctica, las investigaciones.

En segundo lugar, voy a justificar las razones de la elección del campo de estudio desde un punto de vista estricto, es decir, cuál ha sido la razón técnica para centrarme en el estudio.

Para ello, he intentado realizar una visión panorámica, aunque no exhaustiva, de las características de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital de Nuestra Señora de la Salud y así poder identificar sus características para poder brindar atención adecuada, tomando en cuenta aquellos aspectos que me han parecido más relevantes.

Mi objeto de estudio se centra en los pacientes que han asistido a consulta externa en los últimos 5 años al Hospital de la Salud, teniendo en cuenta que la atención las características de dichos pacientes.

Con mi tesis pretendo beneficiar a los pacientes principalmente, ya que ellos son el núcleo principal de dicha investigación, al tener bien presente el tema de investigación, que me llevara a conocer los factores y características de dicho paciente y así poder ser capaz de brindar la atención necesaria, teniendo y entendiendo que él es el enfermo, que no debo tomar represalias en su contra, que mi objetivo es brindar atención integral y adecuada para lograr un mejor desempeño, y de alguna forma enseñar a su familia a poder tratarlo.

Con todo ello no solo se beneficiara el paciente también enfermería tendrá beneficios ya que esta investigación nos llevar a tener conocimiento y así ser útiles en su cuidado y atención.

## 8. FACTIBILIDAD

Actualmente las consultas en el Hospital hacia la especialidad de psiquiatra están en aumento, y en virtud de los pacientes esquizofrénicos, y contando con el acceso a estas consultas, me pareció el momento indicado para abordar el tema.

Es momento de revisar la tabla de datos a la cual tengo facilidad y algunos expedientes del Hospital.

El siguiente estudio es viable por las siguientes razones:

- Se cuenta con el acceso a pacientes con este padecimiento.
- Se tiene el conocimiento de algunos comportamiento de algunos pacientes esquizofrénicos
- Se cuenta con el apoyo de un psiquiatra y una enfermera psiquiátrica
- Debido a la situación de mi escuela teórico-práctica tengo la facilidad de convivir con estos pacientes
- Tengo la oportunidad de conocer su posible tratamiento
- Se cuenta con el tiempo para poder observar su desempeño intrahospitalario

## 9. MARCO TEORICO

### 9.1 CONCEPTUALIZACION ESPECIFICA

#### 9.1.1 Orígenes evolutivos de la esquizofrenia

“La idea de locura ha existido desde tiempos antiguos. Los primeros datos que pueden estar relacionados con síntomas psicóticos datan del 2000 a. C. en el Libro de los corazones, parte del antiguo Papiro de Ebers.”<sup>1</sup>

Sin embargo, un estudio reciente de la literatura de la Antigua Grecia y Roma mostró que, mientras la población general probablemente tenía conocimiento de los trastornos psicóticos, no había ninguna condición equivalente al moderno criterio de diagnóstico de esquizofrenia en aquellas sociedades.

Son muy raros los testimonios de síndromes similares a la esquizofrenia en la historia anterior a 1800, aunque los relatos de comportamientos irracionales, ininteligibles, o descontrolados sí eran frecuentes.

Se ha producido una breve interpretación citando que las notas en el Papiro Ebers del Antiguo Egipto pueden implicar esquizofrenia, pero otros estudios no han podido certificar dicha conexión.

Una revisión de la literatura de la Antigua Grecia y Roma indica que si bien se ha descrito la psicosis, no son relatos que reúnan los criterios para la esquizofrenia. En la literatura médica árabe y psicológica de la Edad Media se observaron creencias y comportamientos psicóticos raros, similares a algunos de los síntomas de la esquizofrenia.

En el Canon de la Medicina, por ejemplo, Avicena describe una condición parecida a los síntomas de la esquizofrenia que llamó Junun Mufrit (locura grave),

la cual diferenci6 de otras formas de locura (*Junun*), como la manía, la rabia y la psicosis maníaco-depresiva.<sup>9</sup>

Sin embargo, nunca se llegó a reportar algo que se le asemeje a la esquizofrenia en la *Cirugía Imperial* por Serafeddin Sabuncuoglu, un importante libro de texto médico islámico del siglo XV. Dadas las escasas evidencias históricas, la esquizofrenia, al menos con la <sup>10</sup>frecuencia con que se encuentra hoy, puede que sea un fenómeno moderno, o, alternativamente, puede haber permanecido oscurecida en los textos históricos dentro de conceptos relacionados, como la melancolía o la manía.

Un detallado reporte de un caso en 1797 en relación con James Tilly Matthews, así como las descripciones publicadas por el francés Philippe Pinel (1755-1826) en 1809, son a menudo considerados los primeros casos de esquizofrenia en la literatura médica y psiquiátrica del pasado.

### 9.1.2 Concepto de Esquizofrenia

El término esquizofrenia fue introducido por el psiquiatra suizo Bleuler en 1911, si bien este trastorno ya fue identificado por el psiquiatra alemán Kraepelin en 1896 bajo el nombre de *demencia precoz* (Citado en Belloch, Sandín y Ramos, 1995, p. 474), queriendo enmarcar con este término a aquellas personas que necesariamente sufrían graves deterioros cognitivos y comportamentales similares a las demencias experimentadas por algunas personas ancianas, pero refiriéndose en este caso a la edad juvenil.

Bleuler, sin embargo, observó que no era así en todos los casos y consideró más apropiado dar el nombre de esquizofrenia a un cuadro que se caracterizaba por

---

<sup>9</sup> Dr. J. A. Vallejo Nájera pp. 197

una escisión en la asociación de ideas, una retirada de la realidad y de la vida social. El término esquizofrenia en sí significa " mente partida".

La edad de aparición de la esquizofrenia está comprendida entre los 15 y los 45 años. Aunque suele comenzar al final de la adolescencia también hay casos de aparición en la infancia que suelen enmascararse con problemas escolares o alteraciones del comportamiento.

La prevalencia de esta enfermedad se sitúa en el 1%, independientemente de la cultura y nivel de desarrollo (Jablensky et al., 1992).

El pronóstico de la esquizofrenia parece ser peor en países desarrollados (González y Sanjuán, 2006).

La heredabilidad del trastorno se sitúa por encima del 81% en estudios de gemelos, con un riesgo de padecer la enfermedad diez veces superior en familiares de primer grado (Duñó, 2009).

Pero esta heredabilidad es compleja, ya que la esquizofrenia no sigue un patrón de herencia mendeliana y su estudio es difícil, entre otros motivos, por la carencia de marcadores biológicos que definan fenotipos consistentes.<sup>11</sup>

### 9.1.3 Curso de la esquizofrenia

El curso de la esquizofrenia puede variar. Cuando los síntomas de una esquizofrenia se presentan por primera vez en la vida de una persona y desaparecen por completo después de poco tiempo se habla de un episodio esquizofrénico o psicótico; en general, después de estos episodios no quedan síntomas negativos.

---

<sup>11</sup> S. Karger "Compendio de psiquiatría" pp. 33

Se puede hablar de una esquizofrenia cuando ya en la primera ocasión que se presentan las manifestaciones de la enfermedad se mantienen durante un tiempo más o menos largo, cuando los síntomas vuelven a aparecer al cabo de algún tiempo y cuando la enfermedad desemboca en sintomatología negativa.

Durante el curso de la esquizofrenia se suelen distinguir tres fases:

*1ª fase prodrómica.* Se denomina fase prodrómica a la fase que se produce antes de una crisis, por lo tanto hay una serie de síntomas que nos pueden ayudar, en algunos casos, a detectarla: tensión y nerviosismo, pérdida del apetito o desorganización en las comidas, dificultad para concentrarse, dificultad en dormir, disfruta menos de las cosas, no recuerda con precisión, depresión y tristeza, preocupado con una o dos cosas, ve menos a sus amistades, piensa que se ríen o hablan mal de él, pérdida de interés en las cosas, se siente mal sin motivo claro, se siente muy agitado o emocionado, se siente inútil, otros cambios.

Es la fase en la vida de la persona que se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad. Se puede constatar que algunas personas que sufren la enfermedad ya habían sido diferentes en la niñez y en la juventud; aparecían como solitarios, callados, con bajo rendimiento.

La mayoría de los estudios que abordan ToM en la esquizofrenia suponen implícitamente que ToM se deteriora en las personas afectadas a causa de algún proceso neuropatológico que comienza después de la pubertad.

De hecho, una variedad de estudios sugiere que los síntomas precursores de la infancia en la esquizofrenia son comunes y que muchos de estos precursores se pueden encontrar en el ámbito social, incluyendo el habla (por ej., Crow, Done y Saker, 1995). Las personas que más tarde desarrollan esquizofrenia podrían tener una predisposición (genética) a problemas de ToM, y esto puede influir en sus primeras interacciones con los padres y compañeros. Por lo tanto, existe la necesidad de realizar estudios longitudinales de ToM en niños con riesgo de desarrollar esquizofrenia (Brüne, 2005).

Pero no necesariamente tiene que ser así. Hay casos en los que no se detecta ninguna anomalía precoz en la persona que sufre de esquizofrenia.

*2º fase activa.* Es la fase donde se desencadena la enfermedad. A esta fase se le denomina “brotos” o “crisis”. Los síntomas que se producen son los positivos (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento...) y es en esta fase en la que la familia se alarma y suele pedir ayuda médica. Estas crisis suelen aparecer repentinamente y el cuadro completo se suele desarrollar en unos días. En otros casos, el comienzo de la enfermedad puede producirse muy lentamente y de forma desapercibida. La duración de los brotes varía según la persona y puede extenderse desde unas semanas hasta un año. Un mismo enfermo suele tener brotes de duraciones parecidas. Lo mismo ocurre con los intervalos entre brotes, según las características de las persona pueden oscilar entre meses y varios años y son, generalmente, de la misma duración en una misma persona.

*3ª fase residual.* Durante esta fase los síntomas negativos llegan a su culmen y el deterioro personal, social y laboral es grave. No la sufren todas las personas.

#### **9.1.4 Clasificación de la esquizofrenia**

Atendiendo a la sintomatología, podemos encontrarnos con diferentes tipos de esquizofrenia.

- Tipo paranoide de esquizofrenia. Se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo auditivas. Los delirios y las alucinaciones a veces constituyen una unidad. Es la más frecuente, suele iniciarse entre los 20 y 30 años y es la que mejor evoluciona a pesar de la aparatosidad del cuadro.

Es característico:

- Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
  - No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.
- 
- Tipo catatónico de esquizofrenia. En este tipo predomina el trastorno del movimiento o movimientos motores. Los expertos hablan de "estupor catatónico". A pesar de tener la conciencia despierta, el enfermo no reacciona a los intentos de entrar en contacto con él. Su rostro permanece inmóvil e inexpresivo, no se percibe ningún movimiento interior e incluso fuertes estímulos de dolor pueden no provocar reacción alguna. En los casos más graves pueden llegar a no hablar, ni comer, ni beber durante periodos lo suficientemente largos como para que peligre su vida. Sin embargo en el interior de la persona puede haber verdaderas tormentas de sentimientos, que a menudo solo se manifiestan en una aceleración del pulso. También se da repeticiones constantes del mismo movimiento (automatismos) y muecas. Los cuadros de extrema gravedad, en los que el enfermo por ejemplo se mantiene sobre una pierna durante unas semanas, solo se observa muy raras veces gracias a las posibilidades actuales del tratamiento. Solo ocurren cuando nadie se ocupa del enfermo o cuando el tratamiento no es eficaz. El pronóstico para este tipo de esquizofrenia suele

ser malo. El cuadro clínico está dominado por, al menos, dos de los siguientes síntomas:

- Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cética) o estupor.
- Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
- Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.
- Tipo desorganizado de esquizofrenia. En este tipo predomina un afecto absurdo, no apropiado (se suelen reír cuando se les da una mala noticia), las conductas suelen ser infantiles, el estado de humor es absurdo, existe desinhibición en los sentimientos. Suelen tener comportamientos extraños, como reír sin motivo aparente y realizar muecas. A menudo muestran falta de interés y de participación. Aunque hay casos en los que se manifiestan alucinaciones y delirios, esto no es una condición ecuaníme en este tipo de esquizofrenia, y en la mayoría de los casos los brotes no son claramente delimitables. Suele comenzar en edades tempranas como es la pubertad, por eso reciben el nombre de esquizofrenias juveniles e incluso hay casos en los que la enfermedad viene de la infancia (psicosis infantil). Los desarrollos hebefrénicos lentos y desapercibidos, por presentar pocos síntomas, se califican como esquizofrenia simple. Por la ausencia de síntomas es difícil de reconocerla, (los indicios suelen ser el descuido personal, conductas solitarias...). El pronóstico suele ser desfavorable en comparación con las otras esquizofrenias, debido a la personalidad inmadura del enfermo. Se caracteriza porque:
  - Predominan lenguaje desorganizado.
  - Comportamiento desorganizado
  - Afectividad aplanada o inapropiada.

- Tipo indiferenciado de esquizofrenia. Es un tipo de esquizofrenia en la cual no predomina un síntoma concreto para el diagnóstico, es como la mezcla de las otras anteriores. En este tipo de esquizofrenia están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.
- Tipo residual de esquizofrenia: En estos casos debe haber habido, por lo menos, un episodio de esquizofrenia anteriormente, pero en el momento actual no hay síntomas psicóticos importantes. Es la fase en la que los síntomas negativos son más evidentes. Se deben cumplir los siguientes criterios para su diagnóstico:
  - Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
  - Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

Otro de los intentos de subagrupar a los pacientes esquizofrénicos se ha basado en la división de sus síntomas en positivos y negativos.

La primera referencia a esta separación de los síntomas en dos grupos la podemos encontrar en los trabajos de Kraepeling (1896) y Bleuler (1911).

Este autor consideró tres grupos básicos de síntomas:

- el síndrome positivo de la esquizofrenia aguda,
- el síndrome negativo de la esquizofrenia crónica y
- un tercer síndrome formado por síntomas de los dos anteriores (Belloch et al., 1995).

### 9.1.5 Etiología

La causa de la esquizofrenia permanece desconocida, y posiblemente no sea única. Lo más probable es que varios factores intervengan en su aparición, tal como el estrés ambiental, y ciertas condiciones psicosociales. Aunque múltiples investigaciones apuntan a un origen orgánico del trastorno, todavía se carece de un modelo consensual que explique su variada sintomatología clínica, por lo cual se clasifica dentro de los «trastornos funcionales» y no puramente «orgánicos», como la enfermedad de Alzheimer.

En vista de que los síntomas positivos de la esquizofrenia son atenuados por medicamentos adecuados, se reconoce implícitamente una base no sólo funcional, sino también neurológica del trastorno. Además, se sabe con certeza que en la esquizofrenia aparece un exceso de dopamina, un neurotransmisor cerebral.<sup>73</sup>

#### Hipótesis multifactoriales

Algunos autores consideran a la esquizofrenia como «psicosis endógena», y a veces se la agrupa junto a la psicosis maníaco depresiva, también considerada «endógena».

El término *endógeno* derivó de la idea de «degeneración» como «desviación malsana de un individuo», surgida en el siglo XIX, asociándola fuertemente a la idea de predisposición hereditaria degenerada. Posteriormente lo «endógeno» fue modificándose hacia la idea de disposición, más que «degeneración», y luego designó simplemente un origen desconocido, una psicosis sin base somática conocida, aunque se deja entrever que probablemente la tenga.

Aunque es un desafío delimitar bien el trastorno —dado que muchas otras enfermedades pueden presentar síntomas similares a la esquizofrenia, entre ellas el trastorno afectivo bipolar, la depresión, y otros síndromes delirantes—, hay

evidencia suficiente que sugiere que en la esquizofrenia existe una vulnerabilidad genética sobre la que actúan estresores ambientales para, finalmente, desencadenar la condición.

La idea de una vulnerabilidad intrínseca, denominada diátesis, presente en algunas personas, puede conllevar a un deterioro psicótico por intermedio de estresores biológicos, psicológicos o medio-ambientales, una teoría integradora conocida como el «modelo de diátesis-estrés». La evidencia sugiere que aunque la esquizofrenia tiene un importante componente hereditario, el inicio del cuadro está significativamente influenciado por factores ambientales o de estrés. La idea de que los factores biológicos, psicológicos y sociales son todos importantes, se conoce como el «modelo biopsicosocial».

Sin embargo, el peso relativo de cada uno de estos factores está lejos de ser precisado y es objeto de continuos debates. La esquizofrenia probablemente derive de un tipo de herencia bastante complejo.

Varios genes que se han propuesto como candidatos probablemente interactúen entre sí, originando la vulnerabilidad para el trastorno, o posiblemente estén en la base de algunos de sus elementos que en conjunto permiten el diagnóstico.

### Aspectos Genéticos

Organización del gen *SYN2*, uno de los genes donde se sospecha ocurre un polimorfismo de nucleótido simple asociado a la esquizofrenia.

Hay evidencia sobre la heredabilidad de la esquizofrenia, que ha llegado a estimarse por sobre un 80% y hasta un 87%.

Aun así, la investigación actual estima que el ambiente juega un considerable rol en la expresión de los genes involucrados en el trastorno. Esto es, poseer una

carga genética importante no significa que la condición vaya a desarrollarse necesariamente.

La mejor prueba de ello son las tasas de concordancia genética, es decir, la proporción de parejas de gemelos en que ambos tienen la condición, que se han estimado en alrededor de un 48% para gemelos monocigóticos y un 4% para gemelos dicigóticos.

Esto es, en el 48% de las parejas de gemelos monocigóticos los dos coinciden en el diagnóstico. Esto indica la alta heredabilidad de la esquizofrenia, pero también muestra la enorme influencia del ambiente, ya que el resto de las parejas gemelas sólo tienen a un miembro con la condición, a pesar de que los gemelos monocigóticos comparten la casi totalidad de sus genes. Los estudios aún están sujetos a interpretación.

Un campo abierto a la investigación actual y de rápido y continuo desarrollo es la genética molecular, que ha tratado de identificar los genes que pueden elevar el riesgo de desarrollar una esquizofrenia. Sus resultados aún son frágiles, y es claro que pueden variar en los próximos años. La búsqueda de genes y *loci* cromosómicos ha sido lenta y frustrante, probablemente porque existen múltiples genes de susceptibilidad, cada uno con un efecto pequeño, que actúa ligado a procesos epigenéticos y factores ambientales.

La investigación también ha sido dificultosa por problemas prácticos, como la ausencia de formas monogénicas o mendelianas de herencia, y la ausencia de un diagnóstico neuropatológico u otros marcadores biológicos del o los síndromes.

Entre los genes involucrados, se ha notado la ausencia de *CACNA1B* y *DOC2A* en pacientes con esquizofrenia, que son genes que codifican proteínas de señalización mediados por calcio en la excitación de neuronas. Otros dos genes, *RET* y *RIT2*, que se hallan implicados en la formación del tubo neural, presentan

variantes específicas en pacientes con esquizofrenia. Existe evidencia sustancial, aunque no incontrovertible, de que el gen de la Neurregulina 1 (*NRG1*), en el brazo largo del cromosoma 8, estaría implicado en la susceptibilidad a la esquizofrenia.

Un hecho destacable es la aparente asociación entre los genes que predisponen a la esquizofrenia y a los trastornos bipolares, incluyendo varios genes candidatos prometedores como el gen *G72/G30*.

Además de las evidencias genéticas, para Nil Kaymaz y Jim van Os el inicio de ambas tiene lugar entre la adolescencia y la edad adulta joven, con un inicio más temprano en los hombres, incidencias y prevalencias parecidas, factores de riesgo similares, estudios de neuroimagen que revelan cambios parecidos y algunas similitudes en los cuadros clínicos apoyan la interrelación de estas dos enfermedades, poniendo en crítica la clásica división entre esquizofrenia y bipolaridad o entre trastornos psicóticos afectivos y no afectivos en los manuales de diagnóstico DSM y el CIE.

Por otro lado, la esquizofrenia y el trastorno bipolar son indudablemente enfermedades heterogéneas, hecho planteado originalmente desde Kraepelin y reflejan ser la influencia de numerosos factores ambientales y genéticos. Por ejemplo, la posibilidad de padecer de esquizofrenia no aumenta si un familiar en primer grado es diagnosticado de enfermedad bipolar, como tampoco aumenta la posibilidad de tener una enfermedad bipolar si un familiar padece de esquizofrenia. Es probable que los trastornos esquizoafectivos, que poseen una sintomatología tanto esquizofrénica como afectiva en distintas proporciones, tengan en algunos casos una base genética. Sin embargo, los estudios de ligamiento de estos trastornos no han producido resultados concluyentes debido a la implicación de muchos genes con efectos pequeños. Estos resultados ponen de manifiesto algunas de las dificultades de estudiar enfermedades tan complejas.

## **Factores Prenatales**

Algunos estudios han obtenido evidencia de que en ocasiones la esquizofrenia puede ser ocasionada por factores no genéticos. En los casos que no exista un desorden esquizofrénico en la historia familiar de una persona esquizofrénica, es muy probable encontrar una historia de complicaciones en o alrededor del momento del nacimiento, tales como infecciones por virus influenza durante el primer trimestre del embarazo, desnutrición materna, o asfixia perinatal, teniendo como resultado mayor probabilidad de presentar los síntomas de esa enfermedad.

Se cree que algunos factores causales se reúnen a principios del desarrollo neurológico del individuo aumentando su riesgo de desarrollar esquizofrenia después del nacimiento. Un hallazgo curioso es que las personas diagnosticadas con esquizofrenia tienen más probabilidades de haber nacido en primavera o invierno, al menos en el hemisferio norte.

Existen ahora pruebas de que la exposición prenatal a ciertas infecciones aumenta el riesgo de desarrollar esquizofrenia más tarde en la vida, proporcionando más evidencia de un vínculo entre ciertas enfermedades del desarrollo intrauterino y el riesgo de desarrollar la enfermedad.

Otro factor muy investigado es la posibilidad de una migración neuronal anormal durante el neurodesarrollo resultante en un defecto estructural que ocurre temprano en la vida y produce deficiencias que, junto con precipitantes ambientales, por ejemplo, el estrés, llevan a síntomas esquizofrénicos en la adolescencia y la edad adulta.

## **Factores Sociales**

Ciertos factores ambientales suelen actuar como desencadenantes y nunca como causa principal de aparición. Se ha encontrado que el vivir en un medio urbano

puede ser un factor de riesgo que puede contribuir al desarrollo de la esquizofrenia.

Otro factor de riesgo es la desventaja social, tal como la pobreza<sup>1</sup> y la migración relacionada con la adversidad social, la discriminación racial, la exclusión social, la disfunción familiar, el desempleo o las deficientes condiciones de vivienda. Ciertas experiencias vividas durante la infancia, incluyendo el abuso o traumatismos, también han sido implicadas como factores de riesgo de un diagnóstico de esquizofrenia más tarde en la vida.

Mientras tanto, investigaciones realizadas por Paul Hammersley y John Read establecieron que aproximadamente dos tercios de pacientes con esquizofrenia han sufrido abusos físicos o sexuales durante la infancia.

La paternidad o maternidad no puede considerarse responsable de la esquizofrenia de un hijo, pero las relaciones disfuncionales pueden contribuir a incrementar el riesgo de padecer esta enfermedad.

El psicoanálisis de Jacques Lacan sostiene que se trata de una «ruptura en la cadena significativa», para identificar un modelo estético propio, es decir, una falla en la instauración de la «Ley Principal» o alternancia funcional entre inteligencia y afectividad que regula el desarrollo psicológico del niño y que produce un punto en el paciente esquizofrénico donde se da al inconsciente la estructura psíquica del trastorno. Muchos Post-Freudianos consideran que se trata de una falla en el maternizaje temprano, entre ellos, Viktor Tausk, Melanie Klein, Paul C. Racamier, José Bleger, Harold Searles, Helene Deutsch otros.

Las definiciones sociales como causa de la esquizofrenia difieren enormemente según las escuelas. Sigmund Freud consideró la esquizofrenia como una manifestación del «ego debilitado» e incapacidad para recurrir a las defensas del ego para afrontar los conflictos con las fuerzas instintivas del Ello. Adolf Meyer

creía que la esquizofrenia era una respuesta a una serie de situaciones traumáticas de la vida un «deterioro de hábitos».

Theodore Lidz menciona que durante los años formativos de sujetos esquizofrénicos, sus familias no eran, por lo general, felices, manifestando constantes conflictos y tensiones.

Ramón Sarró Burbano divulgó en España el concepto de Henry Ey, para el cual "el sueño es en relación a la dormición lo que el delirio es al proceso generador de las psicosis y neurosis, es decir en ambos casos la actividad subsistente o positiva". Para Jacques Lacan, que introdujo el uso de la lingüística en la psiquiatría, todo discurso incoherente sería un discurso psicótico, en tanto evidenciaría un conflicto con la realidad.

## **Drogodependencia**

Las correlaciones biológicas entre toxicomanía y esquizofrenia tienen una base más clara en el caso de las drogas alucinógenas y anfetamínicas que en las opiáceas—como la heroína en el caso de la imagen.

Aunque alrededor de la mitad de todos los pacientes con esquizofrenia abusan de drogas, como el licor, ha sido difícil de demostrar una clara relación de causalidad entre el consumo de drogas y la esquizofrenia.

Las dos explicaciones más apeladas para esta causalidad son que el uso de sustancias provoca esquizofrenia o que el uso de sustancias es una consecuencia de la esquizofrenia, y es posible que ambas sean correctas.

Un meta-análisis del 2007 calcula que el consumo de cannabis está estadísticamente asociado con un aumento dosis-dependiente del riesgo de desarrollo de trastornos psicóticos, incluyendo la esquizofrenia.

Hay poca evidencia para sugerir que otras drogas como el alcohol causen la psicosis, o que los individuos psicóticos eligen fármacos específicos para su automedicación; existe cierto apoyo a la teoría de que se usan las drogas para hacer frente a los estados desagradables como la depresión, la ansiedad, el aburrimiento y la soledad.

La adicción alcohólica comórbida con esquizofrenia en hombres y mujeres se relaciona con un mal cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico y con tasas más altas de hospitalización, comparada con esquizofrenia sola y puede tener un curso extraordinariamente desfavorable debido al hecho de que la adicción alcohólica lleva a una reducción de las funciones sociales y cognitivas.

### **Otras Hipótesis**

Algunos autores afirman que el agrandamiento progresivo de los ventrículos laterales, reducciones en las sustancias blanca y gris de los lóbulos frontal y temporal, entre otros hallazgos en los cerebros de pacientes con esquizofrenia no descarta un proceso neurodegenerativo, por lo que sigue siendo estudiada bajo esa premisa, como la enfermedad de Parkinson y la depresión.<sup>1</sup> El deterioro estructural podría ser consecuencia de la esquizofrenia o una causa predisponente.

La hipótesis que postula una asociación entre la esquizofrenia con la respuesta inmune no es nueva, pero sólo ahora con los avances de la biología molecular comienza a ser evaluada.

Algunos investigadores en el área de inmunogenética se han abocado a demostrar la influencia del complejo Antígeno Leucocitario Humano (ALH) en algunas enfermedades psiquiátricas, incluyendo la esquizofrenia. Varios estudios han involucrado consistentemente al cromosoma 6, donde se encuentra localizado el ALH.

Otros hallazgos sugieren que la esquizofrenia se acompaña de alteraciones metabólicas previas a la administración de medicamentos. Mientras tanto, se ha visto una gran variedad de diferencias endocrinas entre pacientes esquizofrénicos y los sujetos normales, pero aún no se ha demostrado que alguna de estas variables sea significativa.

Se ha sugerido que la esquizofrenia está asociada a una reducción de la actividad metabólica de la corteza prefrontal y a un aumento en el lóbulo temporal.

La esquizofrenia está relacionada con la infección de la toxoplasmosis.

#### 9.1.6 Epidemiología

Se cree que la esquizofrenia afecta principalmente a la cognición, pero también suele contribuir a la aparición de problemas crónicos de comportamiento y emoción. Las personas con esquizofrenia pueden tener trastornos adicionales, incluyendo depresión y trastornos de ansiedad.<sup>11</sup> Aproximadamente el 40 % de los pacientes esquizofrénicos han consumido drogas al menos en una ocasión durante sus vidas. Ciertos problemas sociales, tales como el desempleo de larga duración, la pobreza y la falta de vivienda, son frecuentes en estos pacientes.

#### **Prevalencia mundial**

La prevalencia de la esquizofrenia —la proporción de personas que es esperable que experimenten esta enfermedad en algún momento de sus vidas— se ha establecido alrededor del 1 % de la población, con escasas variaciones entre los países. Sin embargo, una revisión sistemática de numerosos estudios encontró en 2002 una prevalencia de vida de 0,55 %. Desde entonces, también se ha documentado una prevalencia menor de esquizofrenia en países en vías de desarrollo.

El análisis de un total de 1.721 estimaciones de 188 estudios que abarcan 46 países, calculó la mediana de las estimaciones de prevalencia en 4,6 por 1000 para la prevalencia puntual, definida como la prevalencia durante cualquier intervalo de menos de un mes; 3,3 para la prevalencia de período, definida como la prevalencia durante un período de 1 a 12 meses; 4,0 para la prevalencia de vida o la proporción de individuos en la población que alguna vez manifestará la enfermedad y que están vivos en un día determinado; y el 7,2 de cada 1000 individuos para el riesgo mórbido de por vida, el cual intenta incluir toda la vida de una cohorte de nacimientos, tanto del pasado como del futuro, e incluye a los fallecidos en el momento de la encuesta.

Estas cifras sugieren que el estimado de 0,5-1 % para la prevalencia publicada en muchos libros de texto es una sobreestimación. El análisis sistemático de la realidad sugiere que es algo inferior, y los autores sugieren que es más preciso decir que alrededor de 7 a 8 por cada 1000 personas se verán afectadas. Más aún, algunos estudios han demostrado que la prevalencia de la esquizofrenia varía dentro de los países y a nivel local y de suburbios.

#### 9.1.7 Signos y síntomas

Dos o más de los siguientes, cada uno presente durante una parte significativa de un período de un mes, o menos, si ha sido tratado con éxito. Sólo se requiere uno de estos síntomas si los delirios son extraños, o si los delirios consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

- Delirios.
- Alucinaciones auditivas.
- Discurso desorganizado, por ejemplo, frecuentes descarrilamientos o incoherencia.
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

- Síntomas negativos, como el aplanamiento afectivo, que es una falta o disminución de respuesta emocional, alogia (falta o disminución del habla), o abulia (falta o disminución de la motivación).
- Comportamientos violentos ocasionales
- Rencor y deseos vengativos
- 

#### 9.1.8 Diagnóstico de Esquizofrenia

Exponemos a continuación los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia según el DSM-IV-TR.

A. *Síntomas característicos*: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia).
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

**Nota:** Solo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. *Disfunción social/laboral*: Durante una parte significativa de tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral). Marco Teórico

C. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo*: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

D. *Duración*: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse solo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

E. *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica*: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo*: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se realizará si las ideas delirantes o las

alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

La esquizofrenia tiene un carácter individual, esto es, no todos los individuos tienen que presentar los mismos síntomas y al mismo tiempo. Además, con frecuencia se presentan cuadros mixtos que pueden ser difíciles de clasificar. También se observa muchas veces que el cuadro de la enfermedad varía a lo largo del tiempo.

#### 9.1.9 Tratamiento

El tratamiento de la esquizofrenia se basa fundamentalmente en fármacos llamados antipsicóticos, los cuales controlan los síntomas activos, pero es necesario, y a la vez complementario que la persona reciba un tratamiento rehabilitador de corte psicosocial (psicológico, ocupacional y social).

Es fundamental que la persona deje de alucinar, de delirar, pero también lo es que recupere sus hábitos de vida, que esté durante todo el día ocupado, que tenga su grupo de amigos, es decir, la integración en la sociedad, la normalización.

Especialmente importante es también mejorar las habilidades sociales de las personas y su capacidad de interacción, para lo cual es clave el entrenamiento en cognición social.

*El efecto de los antipsicóticos se describe como tranquilizador para casos de inquietud motora, conductas agresivas y tensiones interiores. Las alucinaciones, delirios y trastornos esquizofrénicos de la percepción prácticamente desaparecen con los fármacos.*

Cuando los brotes de la enfermedad se repiten, el tratamiento permanente con neurolépticos ofrece una protección importante y relativamente segura contra las recaídas a crisis agudas. Se distingue dos grandes grupos de antipsicóticos: los llamados *clásicos* o *típicos* que se caracterizan por bloquear los receptores dopaminérgicos d2, son muy eficaces en los síntomas positivos, pero provocan bastantes efectos secundarios y *los atípicos* que actúan sobre receptores serotoninérgicos, produciendo menos efectos secundarios y son eficaces, igualmente, en los síntomas positivos.

El tratamiento farmacológico es esencial en el tratamiento de la esquizofrenia y demás psicosis, pero es necesario un buen soporte terapéutico para la buena evolución de la enfermedad. Según se desprende de lo expuesto hasta el momento, en las últimas décadas ha habido un aumento importante del número de estudios centrados en los aspectos neuropsicológicos de la esquizofrenia, los cuales han pretendido conocer los déficits cognitivos que presentan los pacientes esquizofrénicos y las consecuencias de estos déficits en su adaptación funcional.

El reconocimiento de la importancia de los déficits cognitivos en la esquizofrenia ha generado un creciente interés por la posible modificación de éstos a través de la rehabilitación neurocognitiva (Elias, Chesa, Izquierdo, Fernández y Sitjas, 2003). En esta línea, se han desarrollado una serie de terapias psicológicas adaptadas a las distintas necesidades y fases de la enfermedad en combinación con el tratamiento psico-farmacológico (Vallina y Lemos, 2001). Este tipo de rehabilitación se inicia en los años 80 y busca modificar de manera estable determinadas capacidades cerebrales en virtud de la neuroplasticidad del sistema nervioso. Para ello, se sirve de técnicas de aprendizaje y cambio de la conducta, así como de modificaciones en el entorno o de la ayuda de instrumentos de apoyo.

Vallina y Lemos (2001) hicieron una revisión de los estudios sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos en la esquizofrenia e identificaron el desarrollo de cuatro grandes modalidades de tratamiento psicológico durante las últimas

décadas: las intervenciones psicoeducativas familiares, el entrenamiento en habilidades sociales, las terapias cognitivo-conductuales para los síntomas psicóticos, y los paquetes integrados multimodales (Roder, Brenner, Hodel y Kienzie, 1996).

Se han realizado trabajos en los que específicamente se estudia la aplicabilidad y eficacia de la rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia. En un estudio piloto que utilizaba en esquizofrénicos las técnicas de rehabilitación del daño cerebral (Davalos, Green y Rial 2002), los autores concluyen que asociar rehabilitación cognitiva en las áreas de atención / concentración, memoria y función ejecutiva dentro de un tratamiento integrado mejora las habilidades para la vida diaria. Otros autores, como Wykes et al. (2002) han mostrado resultados similares (Vargas, 2004).

Una vez que se ha podido constatar la posibilidad de modificar el déficit cognitivo de los pacientes con esquizofrenia, lo verdaderamente importante es generalizar los resultados obtenidos a la recuperación de las actividades sociales y laborales diarias, que, como ya sabemos, quedan resentidas en las personas con esquizofrenia, es decir, desarrollar una serie de programas para aplicar estos hallazgos experimentales al ámbito clínico.

En este sentido, se han diseñado los llamados Programas de Rehabilitación Psicosocial.

*Rehabilitación Psicosocial.* El soporte terapéutico que, según los últimos estudios, necesitan las personas con esquizofrenia es la Rehabilitación Psicosocial, entendida hoy como la proporción de ayuda que requiere la persona para el desenvolvimiento socio-emocional, ayuda operativizada en entrenamiento en habilidades sociales, en capacidades de autocontrol, en funcionamiento autónomo en casa y en la comunidad y en el uso del tiempo de ocupación y de ocio.

Se asume que padecer un trastorno psicótico no puede ser el obstáculo que impida el desarrollo de roles sociales valiosos, como el trabajo o al menos una ocupación, vivienda, relaciones interpersonales y afectivas, consideración social y utilización de recursos comunitarios.

Dentro de este tratamiento rehabilitador cobra especial importancia el entrenamiento en habilidades sociales y cognición social. Existen diferentes terapias encaminadas a la estimulación de estas capacidades, pero cabe destacar *la terapia psicológica integrada* (I.P.T; Roder et al., 1996).

La terapia aludida se basa en la idea de que en el trastorno esquizofrénico habría una relación entre unos déficit cognitivos y las disfunciones de la conducta social, produciendo un “círculo vicioso” entre ambos componentes.

Los déficit cognitivos presentados estarían relacionados con disfunciones del procesamiento de la información de tipo atencional (atención) y codificación de la información (representación); a su vez esas disfunciones llevarían a producir otros déficit cognitivos más complejos en el proceso de formación de conceptos y recuperación de la información (memoria).

Este déficit complejo a su vez interaccionaría con los procesos atencionales y de representación. En resumen a nivel cognitivo habría un “círculo vicioso” de interacción entre funciones cognitivas elementales (atención, representación) y funciones cognitivas complejas (formación de conceptos, memoria). Esto conformaría el círculo vicioso de tipo I (cognitivo).

Por otro lado tendríamos el círculo vicioso de tipo II (cognitivo- social): el déficit cognitivo derivado del círculo/tipo I impediría que el sujeto adquiriera habilidades de afrontamiento social adecuadas, lo que llevaría a una alta vulnerabilidad a los estresores sociales, disminuyendo su capacidad de afrontamiento general, que a su vez afectaría a los déficits cognitivos.

El programa terapéutico que sigue este modelo se compondría de 5 subprogramas dirigidos a disminuir los déficits cognitivos y de habilidades sociales característicos de la esquizofrenia. La I.P.T se presentaría en un formato grupal de cinco a siete pacientes, con tres sesiones por semana, cada una de 30 a 60 minutos de duración, durante un periodo de tres meses (36 sesiones).

Los cinco Subprogramas se realizarían de forma secuencial comenzando por el subprograma de “Diferenciación Cognitiva” (discriminación de categorías estímulares: nombres, formas geométricas, colores, días de la semana; formación de conceptos: sinónimos y antónimos, jerarquía de conceptos, etc.; recuperación de información mediante 253) estrategias mnemotécnicas, etc.); seguiría el subprograma de “Percepción Social” (a partir de determinadas representaciones de escenas sociales por un actor, los pacientes tendrían que discriminar varios estados emocionales e interpretarlos, así como su conducta, posteriormente el grupo valoraría el grado de “adecuación a la realidad” de esas conductas representadas; se discutirían las interpretaciones personales en base a las evidencias reales para ellas); el tercer subprograma llamado “Comunicación Verbal”, consistiría básicamente en el ensayo-modelado de varias escenas donde se entrena a los pacientes a discriminar y hacer peticiones verbales adecuadas en situaciones sociales (p.ej. como desarrollar una conversación); el cuarto subprograma, llamado “Habilidades Sociales” consiste en el modelado ensayo y práctica de determinadas habilidades sociales (p.eg. peticiones asertivas, pedir información, etc.); y el último subprograma, llamado “Resolución de Problemas Interpersonales”, desarrolla las habilidades sociales en el terreno de resolución de conflictos relacionales (p.ej. asertividad, manejo de desacuerdos, etc.)

#### 9.1.10 Pronostico

Entender el posible curso de la enfermedad puede ayudar a guiar su tratamiento. Los factores más frecuentemente asociados con un mejor pronóstico general incluyen el ser mujer, la aparición rápida, en oposición a la instalación insidiosa de

los síntomas, la edad avanzada para el momento del primer episodio, síntomas predominantemente positivos en lugar de negativos y el buen funcionamiento previo a la enfermedad. La determinación o capacidad de recuperación psicológica también se han asociado con un mejor pronóstico.

### **Desempeño social**

La esquizofrenia sin síntomas negativos se ha relacionado a menudo con un buen ajuste social entre las crisis.

Los pacientes con esquizofrenia tienen una alta tasa de abuso de sustancias, y los que consumen drogas tienen sus primeras hospitalizaciones a edades más tempranas, tienen hospitalizaciones más frecuentes y tienen más disfunción en sus relaciones interpersonales y familiares.

La fuerza del cometido de los pacientes a sus ilusiones es directamente proporcional a la probabilidad de que sea reingresado a un centro asistencial e inversamente proporcional a su resiliencia.

Algunos pacientes se vuelven tan psicóticos y desorganizados que no pueden satisfacer sus necesidades básicas, tales como resolución de problemas, establecer y alcanzar metas futuras, proveer su propia vivienda, comida, vestido y pueden requerir un mayor apoyo para mantener su independencia. Este tipo de pacientes tienen una mayor probabilidad de comportamiento agresivo que aquellos con menos síntomas psicóticos. Los pacientes con esquizofrenia también tienen una tasa disminuida de matrimonio y aumentada de divorcios.

A menudo, aunque en una proporción menor, las personas con enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia, se encuentran en precariedad y no reciben el tratamiento que necesitan. No obstante otros terminan curándose, como es el caso de John Forbes Nash, o bien recibiendo tratamiento médico alternativo

a los fármacos con lo que consiguen alcanzar una mejor calidad de vida y superar obstáculos y limitaciones.

### **Prognosis de remisiones y recidivas**

Una vez que se establece el diagnóstico correcto de esquizofrenia, existen para la mayoría de los pacientes cuatro posibilidades fundamentales en el curso de su enfermedad:

1. La resolución completa de los síntomas con o sin tratamiento sin recidiva nunca, el caso de aproximadamente 10-20 % de los pacientes.
2. El paciente mejora completamente pero presenta recidivas de forma repetida con recuperación total cada vez, lo que ocurre en 30-35 % de los casos.
3. Se presentan recidivas repetidas con recuperación parcial e incompleta sin que los síntomas se vuelvan más pronunciados cada vez, lo que ocurre en 30-35 % de los casos.
4. La enfermedad sigue un curso natural de empeoramiento rápido e inevitable desde la aparición de los síntomas, el caso de aproximadamente 10-20 % de los pacientes.

Sin tratamiento, 75 % de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia sufren recaídas al cabo de un año. Bajo tratamiento controlado con neurolépticos, solo el 15 % recaen al final de un año y al cabo de 5 años, un 20 %.

### **Comorbilidad y esperanza de vida**

La esperanza de vida de las personas con el trastorno es de 10 a 12 años menos que la de quienes no lo tienen, probablemente debido al aumento de problemas de salud física y una mayor tasa de suicidios.<sup>1</sup>

La enfermedad cardíaca precoz es la causa más frecuente de muerte en pacientes con esquizofrenia, el riesgo de morir por enfermedad cardiovascular es de dos a tres veces mayor que en la población general.

Este riesgo se acelera debido a que su tasa de consumo de cigarrillos es de 30-35 % superior a la de la población en general. Las personas con esquizofrenia también fuman más que los pacientes con otros trastornos mentales

Aunque varios estudios han demostrado que los pacientes con esquizofrenia fuman más que la población general, aún no se ha producido una explicación definitiva de esta diferencia.

El riesgo de suicidio está fuertemente asociado con la depresión postpsicótica, los intentos previos de suicidio, abuso de drogas, agitación o agitación motora, el miedo a la desintegración mental, la baja adherencia al tratamiento y enlutamientos recientes.

La sobredosis con los medicamentos de su tratamiento como método de suicidio no es común porque los antipsicóticos tienen un alto índice terapéutico, es decir, las dosis letales son muy superiores a las dosis que producen un efecto terapéutico.

#### 10.1.2 Concepto de Enfermería

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

#### 9.1.11 Atención de enfermería

### **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E.)**

#### **CONCEPTO**

*El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.*

#### **CARACTERÍSTICAS del P.A.E.**

- Tiene validez universal.
- Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales.
- Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional.
- Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara.
- Consta de cinco etapas cíclicas.

#### **OBJETIVOS del P.A.E.**

- Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.
- Imprimir a la profesión un carácter científico.

- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- Traza objetivos y actividades evaluables.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
- Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.

RECOGIDA y SELECCIÓN de DATOS (Valoración) Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

DIAGNÓSTICO de ENFERMERÍA Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

**ETAPAS del P.A.E.**

PLANIFICACIÓN Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

EJECUCIÓN O INTERVENCIÓN Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

EVALUACIÓN Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

### 9.1.12 Atención al paciente con esquizofrenia

La atención a las personas que padecen esquizofrenia y otros trastornos mentales graves sigue siendo un objetivo prioritario para los servicios públicos de salud mental, toda vez que constituyen el grupo de personas con enfermedad mental más vulnerable, expuesto a los riesgos del desarraigo y la marginalidad; y que requieren redes de servicios sanitarios y sociales bien coordinadas, profesionales bien formados y comprometidos, además de la implementación de programas de intervención probadamente eficaces. El artículo presenta las características básicas de la atención a personas con esquizofrenia en sistemas comunitarios, teniendo en cuenta tanto las referencias internacionales como la experiencia desarrollada en Andalucía en los últimos veinte años.

#### **PLAN DE CUIDADOS:**

1.- Disminuir la conducta inhibida; proporcionar una actividad estructurada dirigida a objetivos:

Pasar el tiempo necesario con el paciente aun cuando éste no pueda responder verbalmente o lo haga en forma incoherente. Dirigir nuestro interés y cuidado.

Prometer sólo aquello que se pueda cumplir en forma realista.

Brindarle la oportunidad para que aprenda que sus sentimientos son válidos y no difieren mucho de los demás

Limitar el ambiente del enfermo para aumentar sus sentimientos de seguridad.

Asignar los miembros del equipo terapéutico que atenderán al paciente.

Comenzar con interacciones una a una, y después hacer avances para que el paciente pueda integrarse a pequeños grupos según los tolere (introducirlo lentamente).

Establecer y conservar una rutina cotidiana; explicarle toda variación de ésta al paciente.

2.- Aumentar la autoestima del enfermo y los sentimientos de valía:

Proporcionarle atención en una forma sincera y con interés.

Apoyarle en todos sus éxitos —cumplimiento de responsabilidades dentro del servicio, proyectos, interacciones con los miembros del equipo terapéutico y otros pacientes, etcétera.

Ayudar al paciente a mejorar su aspecto; auxiliarlo cuando sea necesario para que se bañe, se vista, procure el lavado de sus ropas, etcétera.

Auxiliar al paciente a aceptar la mayor responsabilidad por su aseo personal en la medida que pueda hacerlo (no hacer por el paciente lo que él pueda hacer por sí mismo).

Pasar el tiempo suficiente con el enfermo.

3.-Orientar al enfermo en la realidad:

Reorientar al paciente en persona, lugar y tiempo según sea necesario (llamarlo por su nombre, decirle el nombre de la enfermera, indicarle en dónde se encuentra, darle la fecha, etc.).

4.- Incrementar la capacidad del enfermo para diferenciar entre el concepto de sí mismo y el ambiente externo:

Ayudar al paciente a distinguir lo real y lo que no lo es. Valorar las percepciones reales del enfermo y corregir los errores de sensopercepción en una forma que esté apegada a los hechos. No argumentar con el paciente la poca validez de sus percepciones ni tampoco darle apoyo para las mismas.

5.- Ayudar al paciente a restablecer los límites del yo:

Permanecer con el paciente si tiene miedo; a veces tocar al paciente puede resultar terapéutico. Evaluar la eficacia del uso del contacto físico en cada enfermo antes de usarlo en forma consistente.

Ser sencillo, honrado y conciso cuando se hable con el enfermo.

Hablar con el paciente de temas concretos y simples; evitar las discusiones ideológicas o teóricas.

Dirigir las actividades para ayudar al paciente a aceptar la realidad y mantenerse en contacto con ella; usar la terapia recreativa ocupacional cuando sea apropiado.

6.- Asegurar un medio ambiente de seguridad para el enfermo.

Reafirmar al enfermo que el medio ambiente tiene seguridad explicándole los procedimientos que se siguen en el servicio, las rutinas, las pruebas, etc., en una forma breve y simple.

Proteger al enfermo de tendencias autodestructivas (retirar objetos que puedan utilizarse en conductas autodestructivas).

Percatarse de que el paciente está tramando acciones que sean nocivas para sí mismo y para los demás en respuesta a las alucinaciones auditivas.

7.- Conservar un ambiente seguro, terapéutico para los demás pacientes.

Retirar al paciente del grupo si su conducta se vuelve demasiado abigarrada, molesta o peligrosa para los demás.

Ayudar al grupo de enfermos a aceptar la conducta „extraña” del paciente recién llegado: dar explicaciones simples al grupo de pacientes cuando sea necesario (por ejemplo, “el paciente está muy enfermo en este momento; necesita de nuestra comprensión y apoyo”).

Considerar las necesidades de los demás pacientes y planear que por lo menos un miembro del equipo terapéutico se encuentra a disposición de los otros enfermos si es que se necesitan a los demás para atender al paciente recién llegado.

8.- Ayudar al enfermo a superar su conducta regresiva.

Recordar: La regresión es un retorno propositivo (consciente o inconsciente) a un nivel más bajo de funcionamiento —un intento de eliminar la ansiedad y restablecer el equilibrio.

Evaluar el actual nivel de funcionamiento del enfermo y partir desde ese punto para su atención.

Establecer contacto con el nivel de conducta del enfermo, después tratar de motivarlo a que abandone su conducta regresiva y se integre a una conducta de adulto. Ayudarlo a identificar las necesidades o sentimientos no cumplidos que

producen la conducta regresiva. Alentarlo a que exprese estos sentimientos y ayudarle a aliviar la ansiedad.

Establecer objetivos realistas. Marcar los objetivos y expectativas cotidianos.

Procurar que el paciente se percate de lo que de él se espera.

## 10. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	INICIO	TERMINO
Elección de Tema	9 de agosto	16 agosto
Planteamiento del problema de estudio	17 agosto	24 agosto
Investigación de fuentes	25 agosto	25 septiembre
Elaboración de fichas de trabajo y bibliográficas	26 septiembre	4 octubre
Elaboración del diseño de investigación	Agosto	Diciembre
Investigación documental	Enero	Marzo
Investigación de campo	Marzo	Abril

## 11. BIBLIOGRAFIA

- 1) Amaira Ortiz Zarate "Trastorno Psicóticos" volumen 4, Editorial Elsevier Masson.
- 2) Rosette Poletti "Aspectos Psiquiátricos de los Cuidados de enfermería" primera edición Ed. Rol Barcelona, pp. 31-34
- 3) P. Bernad, Brisset "Tratado de Psiquiatría" segunda edición. Editorial Toray, pp.30-32
- 4) Anderson N. Kenneth "Diccionario de Medicina, Océano Mosby" Editorial Océano, pp. 522
- 5) Gispert Carlos; Garriz José "Manuela de Enfermería" Editorial Océano pp.270-271
- 6) D. J. A. Vallejos. Nájera "Introducción a la Psiquiatría" tercera edición, Editorial Científico Medicina, pp. 129-206
- 7) María Isabel Betancur "Esquizofrenia" primera edición, Editorial Online, pp. 18
- 8) José Antonio Valdez, Carmelo Vázquez "Esquizofrenia: Fundamentos Psicológicos y Psiquiátricos de la Rehabilitación" Primera edición Editorial Siglo 21 pp.23-24
- 9) www. Documento. mx OMS, Ginebra 1992
- 10) Wiillard "Esquizofrenia" Editorial Porrúa, pp. 556-561
- 11) Mueser KT and McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet*. 2004 Jun 19; 363(9426):2063-2072.
- 12) Nicolson R, Lenane M, Hamburger SD, Fernandez T, Bedwell J, Rapoport JL. Lessons from childhood-onset schizophrenia. *Brain Research Review*. 2000; 31(2-3):147-156.
- 13) Masi G, Mucci M, Pari C. Children with schizophrenia: clinical picture and pharmacological treatment. *CNS Drugs*. 2006; 20(10):841-866.
- 14) Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B, Woods SW, Addington J, Walker E, Seidman LJ, Perkins D, Tsuang M, McGlashan T, Heinssen R. Prediction of psychosis in high-risk youth: A Multi-site longitudinal study in North America. *Archives of General Psychiatry*. 2008 Jan; 65(1):28-37.

- 15)Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*. 2002 Jun; 180:490-495.
- 16)Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen E, Wager HR, Rosenheck RA, Stroup S, McEvoy JP, Lieberman JA. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 2006 May; 63(5):490-499.
- 17)Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, Bourgeois M, Chouinard G, Islam MZ, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer JP, Potkin S, International Suicide Prevention Trial Study Group. Clozapine treatment for sociality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of General Psychiatry*. 2003 Jan; 60(1):82-91.
- 18)Meltzer HY and Baldessarini RJ. Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003 Sep; 64(9):1122-1129.
- 19)Blanchard JJ, Brown SA, Horan WP, Sherwood AR. Substance use disorders in schizophrenia: Reviews, integration and a proposed model. *Clinical Psychological Review*. 2000; 20:207-234.
- 20)Zullino DF, Waber L, Khazaal Y. Cannabis and the course of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2008; 165(10):1357-1358.
- 21)Muller-Vahl KR and Emrich HM. Cannabis and schizophrenia: towards a cannabinoid hypothesis of schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2008;8(7):1037-1048.
- 22)Jones RT and Benowitz NL. Therapeutics for Nicotine Addiction. In Davis KL, Charney D, Coyle JT & Nemeroff C (Eds.), *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress* (pp1533-1544). 2002. Nashville, TN: American College of Neuropsychopharmacology.
- 23)Cardno AG and Gottesman II. Twin studies of schizophrenia: from bow-and-arrow concordances to star wars Mx and functional genomics. *American Journal of Medical Genetics*. 2000 spring;97(1):12-17.
- 24)ARIETI (1967) *El self intrapsíquico*, Basic Books Publishers

- 25)AULAGNIER, Piera (1964) Remarques sur la structure psychotique, en La Psychanalyse, nº 8
- 26)BATESON, Gregory (1976) Pasos hacia una ecología de la mente, Ed. Lohlé. Bs.As.
- 27)BLEGER, José (1971) El concepto de psicosis, Rev. APA, Tomo XXVIII, Nº 1. Bs.As.
- 28)BLEICHMAR, H. (1997) Avances en Psicoterapia psicoanalítica. Ed. Paidós, Bs.As.
- 29)FREUD, Sigmund (1917) Introducción al Psicoanálisis, Conf. Nº. 26: La teoría de la libido y el narcisismo", pág. 390/391 Amorrortu Editorial, Bs.As., 1977.
- 30)FROMM-REICHMANN, Frieda (1962) Problemas de la transferencia en los esquizofrénicos, en Psicoterapia en las psicosis. Ed. Hormé, Bs. As.

## Glosario

1.- DSM-IV-TR: **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés American Psychiatric Association, o APA) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

2.- PE: Proceso enfermero

3.- Psíquico: *Adj.* Relativo o perteneciente al alma o a la actividad mental

4.- Deliro: Etimológicamente viene del término latino "de-lirare" que significa salir del surco al labrar la tierra. La palabra ha evolucionado para significar la creencia que "se sale" de la norma establecida por el grupo de pertenencia social. En el lenguaje diario, describe una creencia que es falsa, extravagante o derivada de un engaño. En psiquiatría, la definición es necesariamente más precisa e implica que la creencia es patológica (el resultado de una enfermedad o proceso de una enfermedad). Como patología, es distinta de una creencia basada en información falsa o incompleta o de ciertos efectos de la percepción que son llamados, más precisamente, apercepción o ilusión.

5.- Mioglobunuria: El término **mioglobinuria**, hace referencia a la expulsión de mioglobina a través de la orina. La mioglobina es una proteína que se encuentra en condiciones normales dentro de las células musculares o miocitos. Cuando la mioglobina pasa a la sangre (mioglobinemias) por alguna causa, esta se filtra a través del riñón provocando **mioglobinuria** y haciendo que la orina tenga un aspecto más oscuro del normal.

6.- Anti-sicótico: Es un fármaco que comúnmente, aunque no exclusivamente, se usa para el tratamiento de las psicosis. Los neurolépticos ejercen modificaciones fundamentalmente en el cerebro y pueden servir en casos de esquizofrenia para, por ejemplo, hacer desaparecer las alucinaciones, y generalmente —en dosis terapéuticas— no presentan efectos hipnóticos. Se han desarrollado varias generaciones de neurolépticos, la primera la de los *antipsicóticos típicos*, descubiertos en la década de 1950.

7.- Alogía: Empobrecimiento del pensamiento que se infiere de la observación del lenguaje y el comportamiento verbal, en el que se observan réplicas breves y completas a las preguntas formuladas, así como restricción de la cantidad del habla espontánea (pobreza del habla), y donde a veces el habla es adecuada cuantitativamente, pero incluye poca información por ser excesivamente concreta, demasiado abstracta, repetitiva o estereotipada (pobreza del contenido).  
DSM-IV

8.-Abulia: La **Abulia** (del griego clásico αβουλία, "no-voluntad") en neurología, se refiere a la falta de voluntad o iniciativa y de energía. Es uno de los trastornos de disminución de la motivación. La abulia está en el medio del espectro de los trastornos de la motivación disminuida, como la apatía, siendo menos extrema, y el mutismo acinético, que es más grave que la abulia.<sup>1</sup> Un paciente con abulia es incapaz de actuar o tomar decisiones de forma independiente. Puede variar en gravedad desde lo sutil hasta lo abrumador. También es conocido como la enfermedad de Blocq (que también se refiere a la abasia o astasia-abasia). La abulia fue considerada originalmente y sigue siendo un trastorno de la voluntad

9.- Ecolalia: Es una perturbación del lenguaje en la que el sujeto repite involuntariamente una palabra o frase que acaba de pronunciar otra persona en su presencia, a modo de eco. Es un trastorno del lenguaje

caracterizado por la repetición semiautomática, compulsiva e iterativa de las palabras o frases emitidas por el interlocutor e imitando su entonación original.

10.- DT: Disnea tardía

11.- PAE: Proceso atención de enfermería