



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA "MORELOS"
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD COMPLEMENTARIA**

**FRECUENCIA DE RECAÍDAS EN PACIENTES CON TRASTORNOS
ESQUIZOFRÉNICOS ANTE LAS MODIFICACIONES EN EL PROCESO DE
ATENCIÓN EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MORELOS DURANTE LA
PANDEMIA POR COVID 19**

TESIS

QUE PARA OBTENER POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

**PRESENTA:
ARTEAGA MARTÍNEZ JOSÉ MANUEL**

TUTORES PRINCIPALES:

**DR. PALOMAR BAENA MIGUEL
DRA. ZAMORA LÓPEZ BEATRIZ**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, MARZO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Marco teórico y antecedentes	3
Trastornos esquizofrénicos	3
Definiciones	3
Epidemiología de las recaídas en esquizofrenia.	3
Modelo explicativo de las recaídas	4
Modelo de vulnerabilidad-estrés modificado.....	4
Factores de riesgo para recaídas	5
Factores protectores para evitar recaídas	6
Antecedentes COVID-19.....	7
Salud mental y COVID-19.....	7
Impacto de la pandemia y las restricciones sobre la salud mental	7
Antecedentes de salud mental en hospital psiquiátrico Morelos	10
5. El impacto de la pandemia en los Trastornos Esquizofrénicos.....	11
Justificación	14
Planteamiento del problema	16
Objetivos	18
General	18
Específicos.....	18

Hipótesis	19
Definición de Variables	20
Método	21
Diseño de estudio	21
Participantes	21
Instrumentos	22
Procedimiento	23
Análisis de datos	24
Resultados	26
Discusión	35
Conclusiones	38
Referencias	40
Anexos	43
SOLICITUD DE EXCEPCION DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	43

Frecuencia de recaídas en pacientes con trastornos esquizofrénicos ante las modificaciones en el proceso de atención en el hospital psiquiátrico Morelos durante la pandemia por COVID-19

Resumen

Antecedentes: la esquizofrenia se caracteriza por tener una evolución tórpida con tendencia a las recaídas. Los factores psicosociales que precipitan las recaídas se presentaron durante la pandemia, tales como el aislamiento y la pobre adherencia terapéutica. La pandemia provocó modificaciones en la atención psiquiátrica, como el cierre de hospitales psiquiátricos; factores que contribuyen a un incremento en la frecuencia de recaídas. Debido a estos antecedentes, el HPM realizó modificaciones en la atención como continuar brindando atención a derechohabientes de forma ininterrumpida, adoptando las medidas de protección correspondientes, entre otras.

Objetivo: conocer si las medidas implementadas en HPM para continuar con la atención de los pacientes durante la pandemia por COVID 19, mantuvieron la frecuencia de recaídas de pacientes con TE en cifras similares previo a la pandemia

Método: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, incluyó las valoraciones realizadas en el servicio de admisión continua del HPM, en el periodo comprendido de Mayo-Julio 2019 y Mayo-Julio 2020 que tuvieran el diagnóstico de algún TE. Para el análisis de datos, se utilizó una base de datos creada en Excel, y se realizó estadística descriptiva.

Resultados: no se encontraron diferencias en la proporción de pacientes con TE que presentaron recaídas en los trimestres comparados', $X^2 = 0.18040926$, $gl = 1$, $p > 0.05$.

Conclusiones: en este estudio encontramos que las medidas implementadas en HPM para continuar con la atención de los pacientes durante la pandemia por COVID 19, mantuvieron la frecuencia de recaídas de pacientes con TE en cifras similares previo a la pandemia.

Palabras clave: recaída, trastorno esquizofrénico (TE), hospital psiquiátrico Morelos (HPM)

Introducción

Las recaídas en los trastornos esquizofrénicos afectan al individuo que las padece y a sus familiares, requiriendo atención en los servicios de psiquiatría, predominantemente en el área de urgencias y hospitalización. Dentro de los motivos de consulta destacan la agitación psicomotriz, conductas erráticas, alucinaciones e ideas delirantes, implicando una serie de consecuencias personales, sociales y familiares; destacando entre ellas, el aislamiento social, estigma y la pérdida gradual de la funcionalidad, así como sobrecarga del cuidador.

La pandemia por COVID 19 trajo consigo una serie de medidas de aislamiento social que repercutieron en la atención y evolución de los trastornos esquizofrénicos, asociándose a múltiples recaídas secundarias a limitaciones en los servicios de atención psiquiátrica, pobre adherencia terapéutica, abandono de tratamiento, aislamiento, estrés, y factores propios de la infección por COVID 19.

Este estudio permitirá conocer la frecuencia de las recaídas de los pacientes con trastornos esquizofrénicos en el hospital psiquiátrico Morelos antes y durante la pandemia por COVID-19, institución que se caracterizó porque los servicios de atención psiquiátrica continua, hospitalización, y consulta externa continuaron sus actividades, brindando atención a derechohabientes de forma ininterrumpida, adoptando las medidas de protección correspondientes, así como el impacto de estas medidas en la frecuencias de las recaídas.

Marco teórico y antecedentes

Trastornos esquizofrénicos

Definiciones

Los **trastornos esquizofrénicos** (TE), son un grupo heterogéneo (categoría F20.x) de manifestaciones psicóticas crónicas asociadas a disfunción, que tienen la característica de presentar durante su evolución múltiples recaídas, a pesar de la indicación de tratamiento y; que requieren de cuantiosos recursos para su manejo, afectando principalmente a la población adulta^{1,2}.

La forma más habitual de definir y medir una **recaída** de acuerdo a estudios realizados por Olivares, Spaniel y Pennington es, a través de la necesidad de hospitalización hasta en el 70% de los casos, el 30% restante corresponde a aquellos que reciben atención en los servicios de urgencias por causa psiquiátrica condicionada por la agudización de síntomas psicóticos; seguido de la presencia de conductas autolesivas o, a través de las puntuaciones elevadas en las escalas como PANSS, CGI. Mutlu et al (2021), agrega a esta definición la interrupción del tratamiento con antipsicóticos y, la presencia de conductas violentas. Por su parte, Billiny y Olivares concluyen que el criterio más empleado para reportar recaídas en pacientes con TE es la hospitalización psiquiátrica³⁻⁷.

Epidemiología de las recaídas en esquizofrenia.

Spaniel, estima que el 30% de las personas con trastornos esquizofrénicos tendrán una o más recaídas durante el primer año de inicio de la sintomatología; la remisión sintomática y le recuperación funcional ocurre solamente en un tercio de esta población. Estos datos son similares a los encontrados por Bernardo M. (2021), quien reportó que el mayor número de recaídas se presenta al inicio de la enfermedad, con cifras aproximadas del 30 a 60% a los 2 años alcanzando hasta el 80% durante los primeros cinco años. De acuerdo a la asociación psiquiátrica americana (2020) el 24% de los pacientes, recaen dentro del primer año, a pesar del tratamiento antipsicótico. Agenagnew en 2020 describe que las recaídas en los trastornos mentales persisten a

pesar del uso de psicofármacos, con rangos de recaídas para la esquizofrenia del 52 al 92%^{4,8}.

En México, en el año 2020, la esquizofrenia tuvo una prevalencia del 0.9%; se registraron 13,534 egresos hospitalarios psiquiátricos (34% menos que el reporte del 2018), derivado de la contingencia. La prevalencia por grupo diagnóstico fue de 28.9% (31.8% en 2018) para F20-F29, que incluye a los trastornos esquizofrénicos, esquizotípico y de ideas delirantes⁹.

Para los sistemas salud mental es importante identificar los factores asociados a las recaídas ya que las consecuencias de estas incluyen costos como los que reportan Daltio en Sao Paulo, Einarson en Suecia, Pennington en USA, y en Europa que van desde los 396,966 a los 845, 842 pesos mexicanos por año, siendo la hospitalización el factor que conlleva más costos en comparación con el resto de las medidas terapéuticas³.

En México, se calcula que el costo de la hospitalización (medida de recaída) por día para la esquizofrenia en un hospital psiquiátrico es de \$868 comparado con la atención en consulta psiquiátrica \$122. De esta manera, resulta primordial cumplir con la prevención de recaídas, ya que es el principal motivo de hospitalización y, de un uso de excesivos recursos¹⁰.

Modelo explicativo de las recaídas

Modelo de vulnerabilidad-estrés modificado

Para identificar los factores asociados a las recaídas, es necesario desarrollar modelos que expliquen las causas y los factores que perpetúan la inestabilidad. De ahí surge el modelo propuesto por Zubin & Spring, quienes plantean el primer modelo de vulnerabilidad para explicar la etiología de la esquizofrenia y los factores de riesgo que determinan las recaídas en pacientes psicóticos, este modelo describe la vulnerabilidad innata (factores genéticos, fisiológicos) y la vulnerabilidad adquirida (estrés,

complicaciones perinatales, trauma), y sugieren que las personas con estas vulnerabilidades pueden adaptarse y evitar el inicio de esquizofrenia o recaídas, mediante el desarrollo de habilidades. Es conocido actualmente como modelo de “estrés-vulnerabilidad-factores protectores”, el cual permite explicar el inicio de los síntomas y las recaídas en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Este modelo ha sido reformado a lo largo del tiempo, sin llegar a un consenso hoy en día; dentro de las modificaciones más importantes destacan la adición al modelo de: la influencia del ambiente, y la sociedad a las categorías de vulnerabilidad innata y adquirida por Anthony & Liberman. Sin embargo, para Lecomte es transcendental considerar en el modelo los factores de riesgo no modificables (vulnerabilidad innata) y los estresores situacionales (adquiridos) que ocurren después o a lo largo de la vida, y finalmente los factores protectores; permitiendo explicar de una manera más integral el fenómeno de recaídas en los TE¹¹.

Factores de riesgo para recaídas

Matjerson (2019), identificó los siguientes factores de riesgo asociados a recaídas en TE: vivir en medio urbano, estatus de migrante, adversidades en la infancia, uso de sustancias como cannabis; problemas en la comunicación de emociones, eventos estresantes, la reactividad al estrés, lesiones traumáticas encefálicas⁵.

Lecomte (2019) empleó el sistema GRADE, para evaluar la calidad de la evidencia de los factores de riesgo para esquizofrenia. El sistema GRADE se utiliza para evaluar la calidad de la evidencia en los metaanálisis, e incluye los siguientes elementos a evaluar: tamaño de muestra, evidencia directa, intervalo de confianza, diseño de estudio, consistencia de los resultados, seguimiento de casos, sesgos. Se puntúa cada ítem con 1 punto, estableciendo en 7 categorías el nivel de la calidad de evidencia 0-1: muy pobre, 2: pobre, 3: pobre a moderada, 4: moderada, 5: moderada a alta, 6: alta, 7: muy alta calidad de evidencia, continuando con esta idea, Lecomte reporta: los factores relacionados a vulnerabilidades altas o moderadas: heredabilidad, complicaciones obstétricas, edad paterna, uso de cannabis (evidencia fuerte). Factores relacionados a

vulnerabilidades bajas a moderadas: situaciones adversas en la infancia, crianza punitiva, controladora, criticismo, alteraciones en la comunicación de emociones¹¹.

Dentro de los factores de riesgo vinculados a un pronóstico deficiente, Amoretti (2020), incluyó los siguientes: sexo hombre, gravedad de los episodios, predominio de síntomas negativos al inicio, baja reserva cognitiva, mayor duración de la enfermedad sin tratamiento, uso de sustancias, principalmente alcohol y pobre insight. Wen (2020), informó que las recaídas se asociaban a los siguientes factores sociodemográficos: pobreza, medio urbano, bajo nivel educativo, y enfermedades médicas asociadas. La falta de insight, la pobre adherencia farmacológica, las habilidades sociales deficientes y el deterioro cognitivo observados en pacientes psicóticos, pueden hacer difícil mantener un tratamiento. La pobre adherencia farmacológica es el mayor factor de riesgo para recaídas en individuos con esquizofrenia según Li, y Subotnik. En India, se reportó que 1 de cada 5 pacientes con TE suspendieron su tratamiento, y 30% tuvo una exacerbación¹².

Factores protectores para evitar recaídas

Libermann (2019), considera como factores protectores para evitar una hospitalización psiquiátrica al apoyo social y familiar, buenas habilidades sociales, autoestima positiva, autoeficacia, manejo adaptativo de estrés, poseer estrategias de afrontamiento funcionales, realizar actividad física, buenos hábitos de alimentación y sueño. Estos favorecen también un estado de salud óptimo, reducen la probabilidad de enfermedades metabólicas, cardiovasculares, y conductas de riesgo que podrían condicionar enfermedades de origen infeccioso. En China (2019) Wen identificó una asociación positiva entre estabilidad de la esquizofrenia, y adherencia a tratamiento. El apoyo social, las habilidades sociales, y los programas de rehabilitación que mejoran la autoeficacia y el afrontamiento, son considerados factores protectores. El apoyo social que incluye el apoyo brindado por los familiares y la pareja; es uno de los factores protectores más importantes porque ayuda a reducir o eliminar los estresores, facilita y refuerza las habilidades del individuo para manejar la situación. Las habilidades sociales permiten una adecuada interacción con los demás, ayudan a manejar y resolver

conflictos en todo lo que implique comunicación social. Y finalmente, las estrategias de afrontamiento perfeccionan el autoconcepto¹².

Dentro de los factores protectores, y las estrategias de prevención de recaídas, Bighelli afirma que las intervenciones de tipo familiares, como la psicoeducación familiar y al paciente, la terapia cognitivo conductual, las intervenciones multidisciplinarias, y los programas de prevención de recaídas (rehabilitación) son superiores al tratamiento farmacológico único para prevenir recaídas dentro de los primeros 12 meses. De acuerdo con la asociación psiquiátrica americana (2020) los antipsicóticos son efectivos para prevenir las recaídas, pero se asocian a efectos secundarios (la leucopenia, las alteraciones metabólicas) que provocan problemas en la adherencia a los mismos².

Antecedentes COVID-19

En diciembre del 2019 se reporta por primera vez a un grupo de personas con síntomas de infección de vías respiratorias inferiores de etiología desconocida, determinándose posteriormente como agente causal del síndrome respiratorio agudo grave, al Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), extendiéndose la infección de manera global. El 31 Marzo del 2020, se declara emergencia sanitaria a la epidemia por SARS-CoV-2, con cifras de muertes causadas por COVID-19 en México de 245,943 de un total de 2,540,0068 casos confirmados al 04 de julio de 2021^{13,14}.

Salud mental y COVID-19

Impacto de la pandemia y las restricciones sobre la salud mental

Las experiencias de pandemias previas demostraron que las medidas de aislamiento social pueden ocasionar irritabilidad, soledad y aburrimiento, originando deterioro en la salud mental de los individuos, incluyendo trastornos de estrés agudo, afectivos, ansiosos, síntomas psicóticos, o ideación suicida, en pacientes sin enfermedad mental y con enfermedad mental previa¹⁵.

Como respuesta ante esta emergencia sanitaria se implementaron de manera urgente algunas medidas de aislamiento social, dando prioridad a servicios de atención médica por enfermedades respiratorias, quedando pausada la atención a la salud mental, de acuerdo con los primeros reportes en China. En enero 2020 se publicaron los principios para la atención en crisis ante una emergencia sanitaria, dicha publicación incluye información sobre la relación entre la salud mental y la enfermedad además intervenciones que resultaron útiles durante la pandemia del 2003 SARS como son: la necesidad de brindar atención a la salud mental del paciente con COVID 19, a sus contactos cercanos, y a sus familiares, debido a temas como miedo, incertidumbre, estigma, los cuales además de limitar la salud son una barrera para intervenciones oportunas. A pesar de contar con esta información las medidas que se implementaron no fueron las esperadas, según los reportes de Xiang, Yang en 2020¹⁶.

En China 2020, se reportaron 50 casos de infección de vías respiratorias por COVID-19 en un hospital psiquiátrico, identificando como factores asociados el deterioro cognitivo, la pobre advertencia del riesgo, y los esfuerzos disminuidos para la protección personal por parte de los pacientes. Esta población fue estigmatizada y rechazada para su admisión en hospitales no psiquiátricos, retrasando su atención médica oportuna. Dentro de las medidas implementadas en China durante la pandemia se incluyeron el cierre de hospitales psiquiátricos que presentaron brotes, y limitar la atención psiquiátrica y las hospitalizaciones en este tipo de establecimientos¹⁷.

Derivado de las recomendaciones de la OMS, en Milán se optó por reducir la interacción social para limitar contagios, implementando medidas como el confinamiento de la comunidad, la restricción de viajes y la priorización de servicios respiratorios. Los servicios de atención a la salud mental fueron modificados, algunos hospitales psiquiátricos permanecieron cerrados debido a los brotes, además se limitó la atención psiquiátrica a visitas urgentes que no podían ser diferidas. La mayoría de los pacientes con problemas de salud mental crónicos perdieron contacto con psiquiatría, presentando agudización de su padecimiento y mermando su funcionalidad global. No obstante, con el propósito de continuar brindando atención psiquiátrica, se adoptaron algunas medidas

como telemedicina, restringir ingresos hospitalarios, monitoreo de pacientes a domicilio y visitas de laboratorio para evaluar los niveles de leucocitos en pacientes que usan clozapina. En caso de requerir hospitalización, se realizaban pruebas de detección de COVID-19 previo a la hospitalización, se mantenían en aislamiento durante tres días, una vez hospitalizados se reforzaban medidas como el lavado de manos, el distanciamiento físico, el monitoreo diario de síntomas respiratorios, el uso de cubrebocas, la prohibición de visitas y actividades grupales¹⁵.

En Canadá, se reportó por primera vez un brote en un hospital psiquiátrico en Febrero del 2020, obligando al personal a realizar modificaciones en la atención de los pacientes como su aislamiento, prohibir visitas, ingreso de ropa y alimentos llevados por los familiares, capacitar al personal psiquiátrico para atender otras comorbilidades frecuentes en pacientes con trastornos mentales severos e incorporar el uso de tecnologías de comunicación para facilitar la atención a distancia¹⁸.

En Estados Unidos, se implementó la telemedicina para continuar con la atención a pacientes con trastornos mentales graves, y al mismo tiempo limitar el contagio. Shinn, reportó que la telecomunicación generó la sensación de no estar en contacto con el entrevistador, afectando a personas con historial de dificultades para relacionarse. Además, identificó dificultades para usar esta tecnología, ya que la mayoría de los pacientes con trastornos mentales graves no tienen acceso a teléfono o internet, son desempleados, y carecen de alfabetización tecnológica. Dentro de los efectos de estos cambios en la atención se observó que, algunos pacientes tomaron la decisión de abandonar sus tratamientos por temor a contagiarse, además los medicamentos de depósito fueron sustituidos por antipsicóticos orales para limitar el contacto al momento de la aplicación¹⁹.

En tres centros de referencia de París se redujo en un 45.2% la atención psiquiátrica de emergencia, enfrentándose a diversas barreras en su atención tanto psiquiátrica como médica, por ejemplo; la estigmatización, un tiempo de espera mayor para el acceso a servicios de salud. Las comorbilidades psiquiátricas (por ejemplo, el consumo de

sustancias), el uso de psicofármacos, y las comorbilidades médicas condicionaron un reto en el manejo de estos pacientes ya que se asociaron con aumento en la frecuencia de recaídas, debido a la vulnerabilidad al estrés aumentada, en comparación con la población general²⁰⁻²³.

Yao (2020) menciona que los trastornos mentales pueden incrementar el riesgo de infección por COVID-19, debido a factores como un estilo de vida precario, la pobreza, redes sociales escasas, alteraciones en la cognición y pobre advertencia del riesgo, conduciendo a una reducción en la protección personal; y también por el hacinamiento propio de las instituciones mentales. En algunos hospitales psiquiátricos de Corea, se reportaron índices de contagios altos, obligando a las autoridades a implementar medidas restrictivas como prohibir las visitas, los intercambios de ropa y la comida externa a la institución e incluso el aislamiento total. El impacto de estas medidas de confinamiento se asoció al uso limitado de antipsicóticos de depósito, una pobre adherencia terapéutica, y el abandono de los tratamientos¹⁷.

Algunos autores como Kopelovich sugirieron el uso de telemedicina para responder a la creciente necesidad de servicios de salud mental durante la pandemia, y a que las medidas de confinamiento limitaban la atención, sin embargo, se ha demostrado la pobre adherencia terapéutica en pacientes con TE debido a que los síntomas psicóticos pueden estar relacionados con los dispositivos de información y comunicación²⁴.

Antecedentes de salud mental en hospital psiquiátrico Morelos

Durante esta emergencia sanitaria, en México se implementaron modelos de atención basados en las necesidades de la población, siguiendo los criterios de continuidad de los servicios médicos, dando prioridad a servicios de acuerdo al color del semáforo en la entidad federativa donde se localizara la unidad, considerando la priorización del servicio, con la finalidad de salvaguardar el derecho a la atención médica de las personas por diversos padecimientos, sin afectar la atención a pacientes con sospecha o confirmados de COVID-19; colocando al servicio de psiquiatría como un servicio de mediana prioridad (alta demanda, menor impacto) y limitando el acceso a estos servicios durante la pandemia²⁵⁻²⁶.

De acuerdo con informes obtenidos de manera directa con directivos, en el hospital psiquiátrico Morelos, del Instituto Mexicano del Seguro Social, se mantuvo la atención en tercer nivel a pacientes con trastornos psiquiátricos. Con el fin de atender las necesidades de la población que vive con algún trastorno psiquiátrico, se indicó continuar con las siguientes medidas (Dra. López de la Vega Ma del Carmen, 2020):

1. Brindar atención psiquiátrica a pacientes procedentes de Hospitales Generales de Zona que fueron convertidos a COVID 19.
2. Brindar atención de urgencia en el servicio de admisión continua de este hospital, a pacientes de otras unidades, sin nota de referencia.
3. Prorrogar tratamientos psicofarmacológicos mediante transcripción de psicofármacos por 12 meses en su unidad médico familiar correspondiente.
4. Continuar brindando atención de manera regular en la consulta externa, atención ambulatoria en las clínicas, y hospitalización. Siguiendo los protocolos para la atención de brotes por COVID-19 en hospitales y en centros de trabajo.
5. Continuar de manera parcial con la atención en la Clínica de Esquizofrenia, brindando tratamientos farmacológicos y/o psicoterapéuticos individuales, grupales y/o familiares, sociales.

5. El impacto de la pandemia en los Trastornos Esquizofrénicos

En Francia (2020), un estudio reportó un incremento de los trastornos psicóticos como motivo de consulta (24.1% a 31.1%), y un aumento de las hospitalizaciones involuntarias (43.8% a 54.2%) de estos pacientes ²³.

En USA (2020), se realizó una encuesta a pacientes con trastornos psicóticos entre abril y junio del 2020, encontrando que presentaban estabilidad en los síntomas afectivos, pero un incremento en el uso de sustancias. Zhand (2021), demostró la relación entre el inicio de síntomas psicóticos o recaídas en TE, en el contexto de infección por COVID. Otros autores, coinciden con estos hallazgos como Chandra en India (2020), Finatty en Italia (2020) y Martin en España (2020), en los que se demuestra la asociación del inicio o la exacerbación de los síntomas psicóticos con la pandemia. Lui reporta que

pacientes con TE infectados por COVID 19, requirieron incremento en las dosis de los antipsicóticos debido a que presentaron una agudización de la sintomatología psicótica²⁷.

En Turquía, Emre Mutlu (2021) realizó un estudio en el que registró el porcentaje de recaídas durante el primer trimestre de haber iniciado la pandemia por COVID 19, concluyendo que existió un incremento de recaídas en pacientes con esquizofrenia (11%) siendo la principal causa la suspensión del tratamiento (59%). Los factores asociados fueron el aislamiento social, el confinamiento o el cambio en la prioridad de servicios de atención a la salud mental⁶.

En el 2021 en China, se realizaron dos estudios en pacientes hospitalizados con diagnósticos de TE e infección por COVID 19, observando mayor intensidad de síntomas y alteraciones del sueño que lo observado en pacientes con TE no hospitalizados. Según Palomar, Álvarez y Smith (2021) la infección por COVID 19 puede producir por sí misma recaída en pacientes clínicamente estables ya que se ha identificado en múltiples estudios, como factor precipitante de agudización de síntomas psicóticos la presencia de COVID-19, en personas mayores de 65 años con TE quienes habían tenido estabilidad por más de 20 años. Estos datos son apoyados por el estudio de Shinn & Viron, en 2020^{7,27}.

En Inglaterra (2021), en un servicio de admisión psiquiátrica se realizó una comparación del periodo previo a la pandemia y durante el resguardo, encontrando un incremento en la cantidad de pacientes que recibieron diagnósticos del espectro de la esquizofrenia (35% vs el 52 %)²².

Billiny (2021) cita que, dentro de las estrategias implementadas para reducir el contagio por COVID 19, se encuentran: el cierre de comercios, centros recreativos, y el distanciamiento social, provocando resultados psicosociales catastróficos, como el aislamiento social, la soledad, el miedo y el estrés, hasta el punto en el que muchos autores consideran que los trastornos mentales serán la siguiente inevitable pandemia. El aislamiento social, el desempleo, la situación de calle, el divorcio, la separación, la violencia doméstica y el deterioro de la salud, afectan con mayor frecuencia a personas

con TE ya que son más vulnerables hacia determinantes sociales en la salud, a diferencia de la población general^{24, 28, 29}.

Dentro de los síntomas asociados a la pandemia que se presentan con mayor frecuencia se reportan estados de ansiedad y desesperanza (Li ,2020). Tan y Cols.(2020), mencionan irritabilidad, aburrimiento, insatisfacción, y finalmente Dong y Cols. (2020), demostraron que puede acelerar el curso de los trastornos psiquiátricos³⁰.

Zhand N y Cols. parten del Modelo de vulnerabilidad-estrés para plantear que algunos factores de riesgo asociados a la pandemia podrían agudizar los síntomas psicóticos, conllevando a hospitalizaciones en pacientes con TE. Dentro de estos factores incluye al miedo, al estrés, la infección propia de COVID 19, el aislamiento social y el uso de esteroides como tratamiento a la infección. El uso de altas dosis de esteroides en pacientes con COVID grave se asocia a inicio o agudización de síntomas psicóticos en TE. Agregando a la vulnerabilidad las redes sociales escasas, agravadas por el confinamiento, el estilo de vida insalubre, la funcionalidad limitada debido al desempleo que es tanto una vulnerabilidad como un estresor. Por otra parte, la infodemia podría provocar exacerbación o inicio de síntomas psicóticos en aquellos pacientes vulnerables.^{28,30 ,31}

Justificación

La esquizofrenia, afecta a 24 millones de personas a nivel mundial (OMS, 2022). En México, se estima una prevalencia de 0.9% para esquizofrenia (diagnóstico operativo de salud mental y adicciones 2022). Se reportan porcentajes de recaídas a nivel mundial del 24-35% dentro del primer año de haber iniciado la sintomatología (APA 2020, Bighelli 2021), este trastorno se presenta principalmente en población económicamente activa, y la falta de control de los síntomas se asocia a deterioro en las esferas personal, ocupacional, familiar, y social, por lo cual es necesario evitar las recaídas.

Durante la pandemia por COVID-19 las recaídas en los pacientes con trastornos esquizofrénicos aumentaron a nivel mundial. Este incremento parece relacionado a que estos pacientes son más vulnerables al estrés y a presentar síntomas afectivos y psicóticos. Las medidas implementadas a nivel mundial durante la pandemia trajeron como consecuencia el aislamiento, el cese de servicios de salud mental, la pobre adherencia farmacológica y el incremento en el consumo de sustancias, factores que también contribuyeron a las recaídas.

De acuerdo con Xiang et al (2020), la pandemia por COVID-19 implicó cambios significativos en la atención hacia las personas con trastornos mentales, provocando un incremento del número de recaídas en pacientes con trastornos mentales previos. Los trastornos psicóticos aumentaron del 24.1% al 31.1% y el aumento de hospitalizaciones involuntarias fue del 43.8% al 54.2% (Pignon), por otro lado, Abbas reporta un incremento del 52% de recaídas.

El incremento en las recaídas conlleva para quien lo padece un peor pronóstico, condicionado por deterioro cognitivo, desempleo y calidad de vida deficiente. Para los cuidadores aumenta el estrés y, las pérdidas económicas. Para los sistemas de salud existe un aumento en los costos, sobrecarga laboral y, para la sociedad, pérdida de la productividad.

Por otra parte, se calcula que el costo de la hospitalización (medida de recaída) por día para la esquizofrenia en un hospital psiquiátrico es de \$868 comparado con la atención en consulta psiquiátrica \$122, por lo que prevenir las recaídas, podría reducir el costo de la intervención empleada para el tratamiento de la esquizofrenia.

Resulta indispensable implementar estrategias de atención a la salud mental en pacientes con esquizofrenia, que promuevan la adherencia terapéutica, ya que se reporta en estudios previos como el principal factor protector para prevenir recaídas.

El presente estudio pretende identificar si las medidas implementadas en el Hospital Psiquiátrico Morelos para continuar con la atención de los pacientes durante la pandemia por COVID 19, mantuvieron la frecuencia de recaídas en pacientes con trastornos esquizofrénicos en cifras similares a las observadas antes de la pandemia, con el propósito de que puedan ser implementadas en otros hospitales psiquiátricos del IMSS en una situación de contingencia sanitaria similar a la pandemia por COVID-19; ya que el fin de estas medidas fue continuar con la atención de manera regular, para prevenir recaídas.

Planteamiento del problema

Los pacientes con trastornos esquizofrénicos se caracterizan por tener una evolución crónica con múltiples recaídas, son una población vulnerable, ya que tienen una probabilidad de presentar recaídas 2 a 3 veces mayor de morir prematuramente que la población general, debido a enfermedades cardiovasculares, metabólicas o infecciosas.

El estigma contra esta población es generalizado, y ocasiona exclusión social, afectando sus relaciones interpersonales, contribuyendo a la discriminación y a limitar el acceso a la atención médica.

Durante la pandemia se incrementaron los factores de estrés que precipitan las recaídas, al mismo tiempo se redujeron los factores protectores que previenen las mismas, quebrantándose las redes de apoyo, produciendo aislamiento, interrumpiéndose los servicios de atención de salud, suministro de fármacos, violación de los derechos humanos, como la desatención, abandono, falta de vivienda, abuso y exclusión; cambios que precipitan las recaídas en esta población.

En el Hospital Psiquiátrico Morelos del IMSS, se implementaron medidas para mantener la atención psiquiátrica de manera regular hacia los derechohabientes, con el fin de brindar un manejo integral, evitar el abandono terapéutico y por consiguiente las recaídas en esta población.

El presente estudio pretende conocer si las medidas implementadas en HPM para continuar con la atención de los pacientes durante la pandemia por COVID 19, mantuvieron la frecuencia de las recaídas de los pacientes con trastornos esquizofrénicos en cifras similares previo a la pandemia.

De ahí la importancia de plantearse la siguiente pregunta de investigación:

¿Las medidas implementadas en el Hospital Psiquiátrico Morelos, para continuar con la atención de los pacientes durante la pandemia por COVID-19, mantuvieron la frecuencia de recaídas de pacientes con trastornos esquizofrénicos, en cifras similares a lo visto antes de la pandemia?

Objetivos

General

Conocer si las medidas implementadas en el Hospital Psiquiátrico Morelos para continuar con la atención de los pacientes durante la pandemia por COVID 19, mantuvieron la frecuencia de recaídas de pacientes con trastornos esquizofrénicos (TE) en cifras similares previas a la pandemia.

Específicos

Conocer la frecuencia de las recaídas en la población del Hospital Psiquiátrico Morelos con diagnóstico de TE antes y durante la pandemia.

- Comparar la frecuencia de recaídas de pacientes con diagnóstico de TE antes y durante la pandemia por COVID 19.
- Identificar los factores sociodemográficos asociados a las recaídas en pacientes con diagnóstico de TE.

Hipótesis

Ho: Las medidas implementadas en el Hospital Psiquiátrico Morelos para continuar con la atención de los pacientes durante la pandemia por COVID 19, mantuvieron la frecuencia de recaídas de pacientes con trastornos esquizofrénicos en cifras similares previas a la pandemia.

Definición de Variables

Variables	Definición		Nivel de medición e indicadores	Fuente de información
	Conceptual	Operacional		
Edad	Intervalo entre la fecha de nacimiento y la fecha al ingreso al estudio (RAE)	Número de años del paciente al momento de la valoración	Cuantitativa discreta	Base de datos de Valoraciones
Sexo	Estado físico, social y antropométrico fundamentado en el tipo de cromosomas sexuales presentes y el tipo de genitales existente (CONAVIM)	Sexo biológico del paciente al que se le realizó la valoración	Cualitativa nominal dicotómica 1. Hombre 2. Mujer	Base de datos de Valoraciones
Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales	Estado civil al momento de la valoración.	Cualitativa nominal: 1. Soltero. 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo 5. Divorciado	Base de datos de Valoraciones
Recaídas en trastornos esquizofrénicos	Necesidad de hospitalización, o de atención en servicios de urgencias por causa psiquiátrica condicionada por la agudización de síntomas (Pennington)	Paciente con diagnóstico de trastorno esquizofrénico que se hospitalizó	Cualitativa, nominal, dicotómica: 1. Si 2. No	Base de datos de Valoraciones
Receta Médica	Documento que contiene, entre otros elementos, la prescripción de uno o varios medicamentos (reglamento de insumos para la salud)	Se otorgó receta médica	Cualitativa, nominal, dicotómica: 1. Si 2. No	Base de datos de Valoraciones
Formato de referencia-contrarreferencia	Procedimiento administrativo entre unidades médicas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de dar continuidad a la atención médica de forma integral y de conformidad con la regionalización de los servicios. (dirección prestaciones médicas, IMSS 2017)	Se otorgó formato de referencia contrarreferencia a paciente con trastorno esquizofrénico	Cualitativa, nominal, dicotómica: 1. Si 2. No	Base de datos de Valoraciones
Paciente referido	Paciente enviado desde alguna de las unidades de atención médica a otra de mayor capacidad resolutive (dirección prestaciones médicas, IMSS 2017).	Se atendió a un paciente con trastorno esquizofrénico sin ser referido	Cualitativa, nominal, dicotómica: 1. Si 2. No	Base de datos de Valoraciones
Consulta externa de especialidades	Atención que imparten los médicos de especialidades troncales y subespecialidades clínicas o quirúrgicas a pacientes ambulatorios en el consultorio de especialidades del hospital (dirección prestaciones médicas, IMSS 2017).	Se envió a clínica de esquizofrenia, consulta externa, hospital de día de esta unidad	Cualitativa, nominal, dicotómica: 1. Si 2. No	Base de datos de Valoraciones

Método

Diseño de estudio

a) De acuerdo con intervención: observacional, porque no se manipularon variables.

b) De acuerdo con la relación entre variables estudiadas: explicativo, porque buscó relación y causalidad de las variables.

c) De acuerdo con el número de mediciones del fenómeno: transversal, porque la variable de estudio se midió en una sola ocasión.

d) De acuerdo con el momento de captura de información: retrolectivo, porque la información se generó con fines ajenos a la investigación.

Participantes

Muestreo

Se utilizará una técnica de selección de muestra no aleatoria, un muestreo por cuota, debido a que se evaluó la totalidad de valoraciones de pacientes con diagnóstico de trastornos esquizofrénicos en los periodos de Mayo a Julio 2019, y Mayo a Julio 2020 que acudieron a admisión continua

No se realizó cálculo de muestra.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Derechohabientes del IMSS, mayores de 18 años de edad, que hayan recibido atención en el servicio de admisión continua del Hospital Psiquiátrico Morelos, en los periodos comprendidos de Mayo a Julio del 2019, y de Mayo a Julio del 2020; y que cuenten con algún diagnóstico perteneciente a la categoría CIE 10 F20.x Trastornos Esquizofrénicos.

Criterios de exclusión:

- Valoraciones de derechohabientes con diagnóstico presuntivo de trastornos esquizofrénicos.
- Valoraciones de derechohabientes pertenecientes a delegación sur.

Criterios de eliminación:

- Valoraciones que no incluyan los siguientes datos sociodemográficos: estado civil, lugar de residencia.

Instrumentos

Base de datos de las valoraciones realizadas en los periodos de Mayo a Julio 2019 y Mayo a Julio 2020, que cuenten con diagnóstico F20.x de CIE 10

Procedimiento

1. Se gestionó con las autoridades del Hospital Psiquiátrico Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social, el permiso para acceder a las valoraciones realizadas en el servicio de admisión continua del mismo hospital, dentro del periodo de Mayo a Julio 2019 y Mayo a Julio 2020
2. Se capturó la información de las valoraciones en una base de datos en Microsoft Access, y se exportó a Microsoft Excel
3. Se realizó el análisis de la información recabada.

Lugar: Hospital Psiquiátrico Morelos.

Universo: pacientes con trastornos esquizofrénicos, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Población de estudio: pacientes con trastornos esquizofrénicos, valorados en el servicio de admisión continua, en el periodo comprendido de Mayo-Julio 2019 y Mayo-Julio 2020.

Unidad de observación: valoraciones realizadas a los pacientes con trastornos esquizofrénicos en el servicio de admisión continua.

Límites de tiempo: se realizará desde Mayo del 2022 a Junio del 2023

Recursos:

- a) Recursos humanos: para la realización de esta tesis se requirió de un tesista (residente de la especialidad en psiquiatría José Manuel Arteaga Martínez), de un investigador principal (Dr. Miguel Palomar Baena) para la recolección de datos; y de un asesor metodológico (Dra. Zamora López Beatriz) para el análisis de resultados.
- b) Recursos materiales: para la recolección y registro de datos, se emplearon las valoraciones de admisión continua, una computadora y el programa Microsoft Excel. Para el análisis de datos se utilizó una computadora con base de datos creada en Microsoft Excel.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente tesis con título “Frecuencia de recaídas en pacientes con trastornos esquizofrénicos ante las modificaciones en el proceso de atención en el Hospital Psiquiátrico Morelos durante la pandemia por COVID-19”, cumplió con lo establecido en:

- **Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, el Título Segundo De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos**, Capítulo I, Artículo 14 respecto a las bases de la investigación en seres humanos, Artículo 16 respecto a la privacidad de datos de los participantes que no fueron revelados a menos que fuera estrictamente necesario, Artículo 17 respecto a la clasificación de las investigaciones en seres humanos la presente tesis entra en la Categoría II- Investigación sin riesgo ya que se emplearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos.
- **Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial**, de acuerdo con la pauta 12 la presente tesis respetó la integridad, la intimidad y la confidencialidad de los participantes; a la pauta 16 en la que el riesgo que representó la presente tesis fue nulo con respecto a los objetivos a lograr.

Análisis de datos

Para conocer la frecuencia de recaídas en pacientes con diagnóstico de trastornos esquizofrénicos antes y durante la pandemia, se realizó estadística descriptiva y estadística inferencial no paramétrica de la información de casos identificados en las valoraciones.

Para el análisis de datos se utilizó el programa Microsoft Excel, mediante la elaboración de la base de datos correspondiente.

Para el análisis descriptivo de las variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes mientras que para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión.

Se realizaron las pruebas de normalidad a las variables cuantitativas, utilizando Kolmogorov-Smirnov.

Para la prueba de hipótesis de una cola se realizó análisis no paramétrico de la comparación de la variable recaídas en ambos periodos se realizó el cálculo de chi cuadrado de homogeneidad de acuerdo con los diferentes grados de libertad, con un nivel de confianza de 0.05.

Para el análisis bivariado de la asociación entre las variables paciente referido, receta, y recaídas mediante el cálculo de chi cuadrado de independencia de acuerdo con los diferentes grados de libertad, con un nivel de confianza de 0.05.

Resultados

Se realizó el análisis preliminar de 110 sujetos de estudio, de los cuales 51 correspondieron al periodo de Mayo-Julio 2019 y 59 a Mayo-Julio 2020; encontrando los siguientes resultados:

Análisis descriptivo

En la tabla 1 se muestra el análisis descriptivo de la variable edad en pacientes con trastornos esquizofrénicos que recibieron atención en los periodos comprendidos de Mayo a Julio 2019 y Mayo a Julio 2020, siendo la media de 47 años en el año 2019 y 46 años en el 2020.

Tabla 1. Edad según tendencia central y medidas de dispersión en pacientes con trastornos esquizofrénicos, en los periodos Mayo-Julio 2019 y Mayo-Julio 2020.

N		Válidos: 51	Válidos:59
	Periodo	2019	2020
Tendencia central	Media	47.00	46.02
	Mediana	46	45
	Moda	58	59
Medidas de dispersión	Desviación estándar	15.24	13.81
	Mínimo	18	18
	Máximo	89	69

En la tabla 2 se muestran los resultados obtenidos para la variable edad, según frecuencia y porcentaje en el periodo de Mayo a Julio del 2019, siendo el intervalo de clase más representativo la edad 39 a 59 años.

Tabla 2. Edad según frecuencia y porcentaje en pacientes con trastornos esquizofrénicos, en el trimestre Mayo-Julio 2019

Intervalos de clase		Frecuencia absoluta	Frecuencia Acumulada	F %	% acumulado
18	28	8	8	15.69%	15.69%
28	39	6	14	11.76%	27.45%
39	50	15	29	29.41%	56.86%
50	61	13	42	25.49%	82.35%
61	72	8	50	15.69%	98.04%
72	83	0	50	0.00%	98.04%
83	94	1	51	1.96%	100.00%

En la tabla 3 se muestran los resultados obtenidos para la variable edad, de los pacientes con trastornos esquizofrénicos que recibieron atención en admisión continua según frecuencia y porcentaje en el periodo de Mayo a Julio del 2020, siendo el intervalo de clase más representativo la edad 34 a 42 años.

Tabla 3 Edad según frecuencia y porcentaje en pacientes con trastornos esquizofrénicos, en el trimestre Mayo-Julio 2020

INTERVALO DE CLASES		Frecuencia absoluta	Frecuencia acumulada	F %	% acumulado
18	26	6	6	10.17%	10.17%
26	34	5	11	8.47%	18.64%
34	42	15	26	25.42%	44.07%
42	50	10	36	16.95%	61.02%
50	58	9	45	15.25%	76.27%
58	66	9	54	15.25%	91.53%
66	74	5	59	8.47%	100.00%

En los gráficos 1 y 2, se observan los resultados obtenidos de la variable sexo de los pacientes con trastornos esquizofrénicos que recibieron atención en admisión

continúa en los periodos Mayo-Julio 2019, y 2020 respectivamente. Siendo más representativo el sexo mujer en el 2019, y el hombre en el 2020

Gráfico 1 Sexo según frecuencia y porcentaje en pacientes con trastornos esquizofrénicos, en el periodo Mayo-Julio 2019

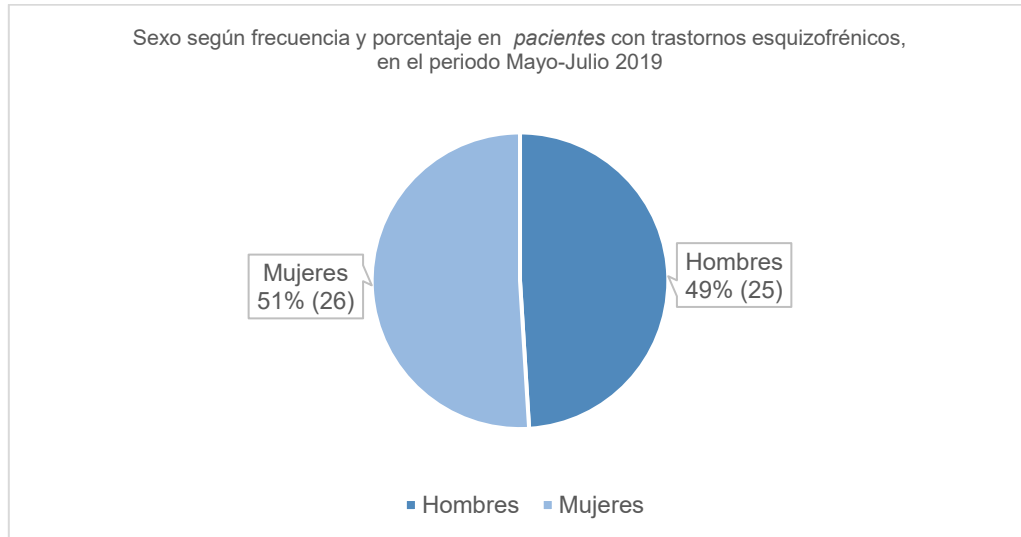
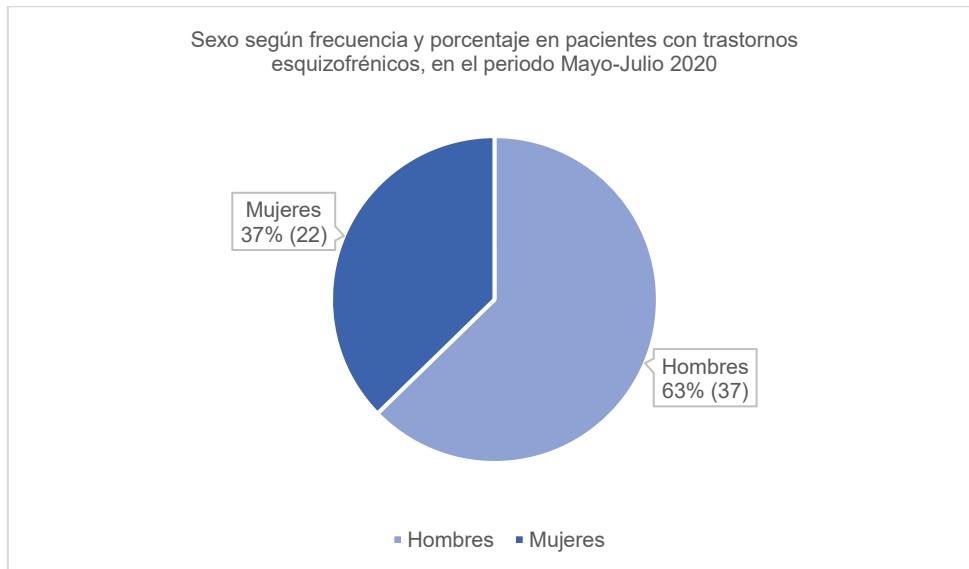


Gráfico 2 Sexo según frecuencia y porcentaje en pacientes con trastornos esquizofrénicos, en el periodo Mayo-Julio 2020



En los gráficos 3 y 4, se observan los resultados obtenidos de la variable estado civil de los pacientes con trastornos esquizofrénicos que recibieron atención en admisión continua en los periodos Mayo-Julio 2019, y 2020 respectivamente. Siendo más representativo el estado civil soltero en ambos periodos.

Gráfico 3. Estado civil según frecuencia y porcentaje en pacientes con trastornos esquizofrénicos, en el periodo Mayo-Julio 2019

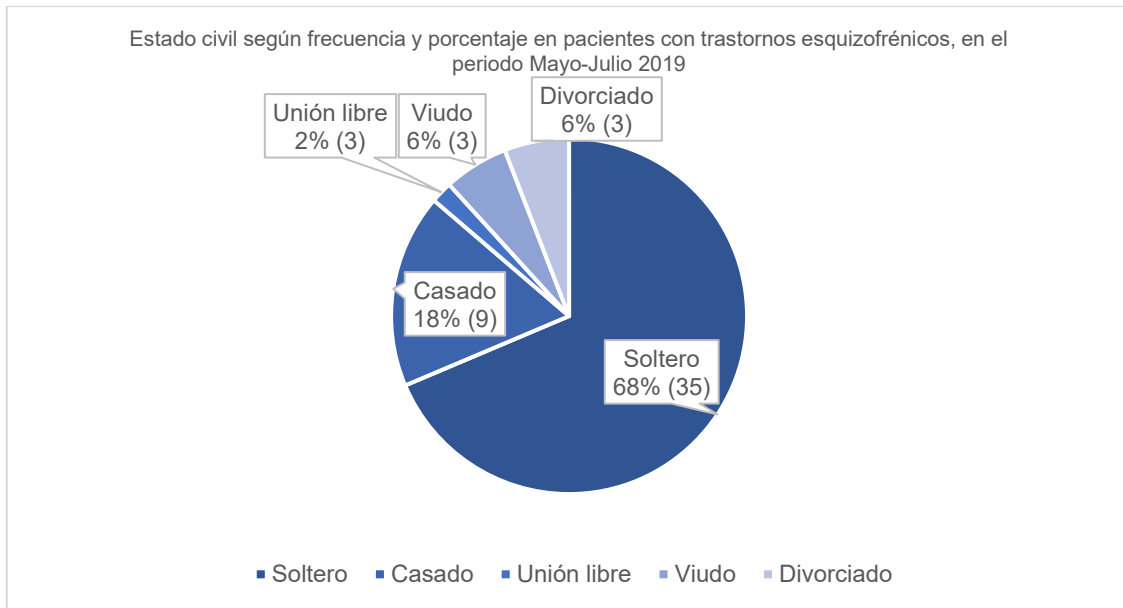
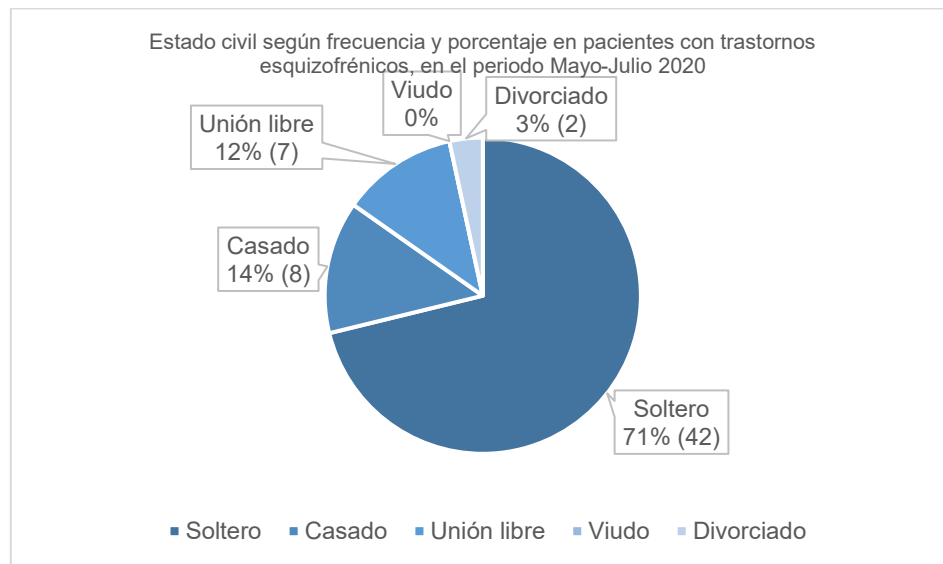


Gráfico 4. Estado civil según frecuencia y porcentaje en pacientes con trastornos esquizofrénicos, en el periodo Mayo-Julio 2020



Se buscó la asociación de las variables sociodemográficas con las recaídas para ambos periodos encontrando lo siguientes resultados:

En los gráficos 5 y 6, se observan los resultados obtenidos de la variable recaídas en los pacientes con trastornos esquizofrénicos que recibieron atención en admisión continua en los periodos Mayo-Julio 2019, y 2020 respectivamente. Siendo más representativos en ambos periodos los sujetos que recayeron.

Gráfico 5. Recaídas según frecuencia y porcentaje en pacientes con trastornos esquizofrénicos, en el periodo Mayo-Julio 2019

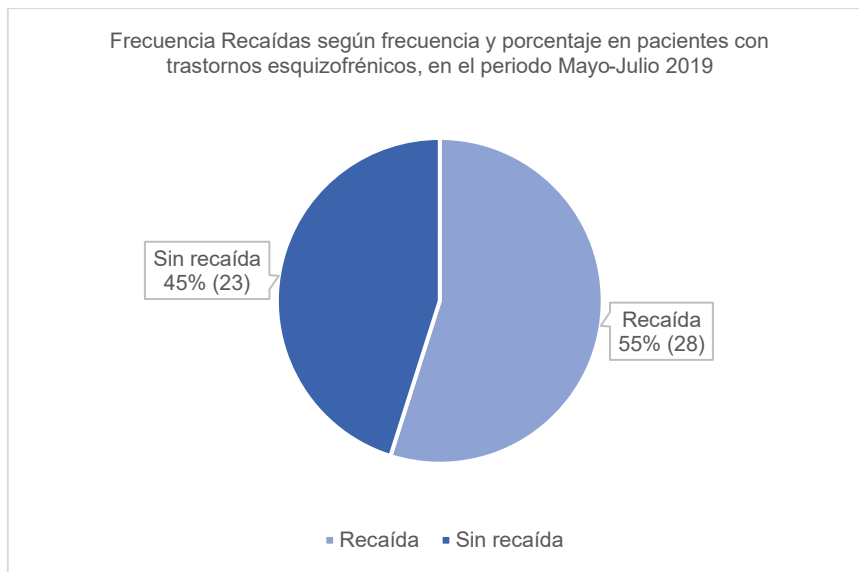
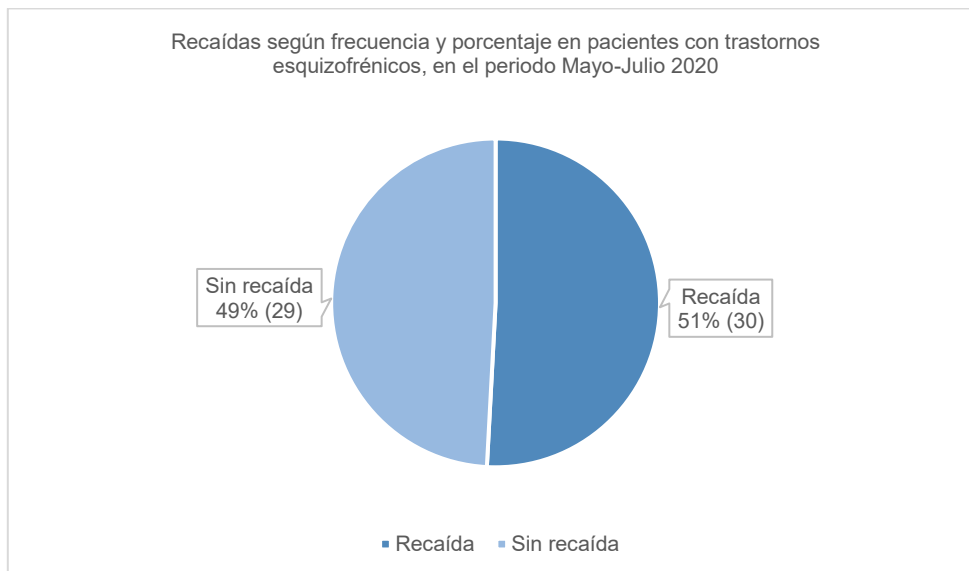


Gráfico 6. Recaídas según frecuencia y porcentaje en pacientes con trastornos esquizofrénicos, en el periodo Mayo-Julio 2020



En los gráficos 7 y 8, se observan los resultados obtenidos de las variables sexo y recaídas en los pacientes con trastornos esquizofrénicos que recibieron atención en

admisión continua en los periodos Mayo-Julio 2019, y 2020 respectivamente. Siendo más frecuente el sexo mujer en el 2019 y el hombre en el 2020

Gráfico 7. Sexo y recaídas según frecuencia en pacientes con trastornos esquizofrénicos Mayo-Julio 2019

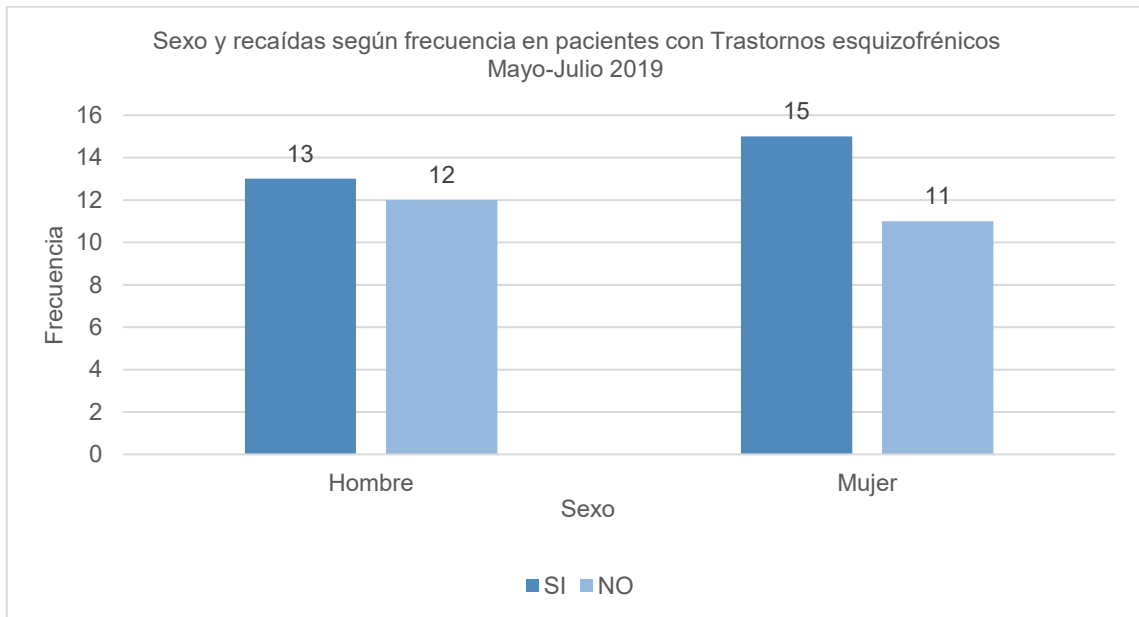
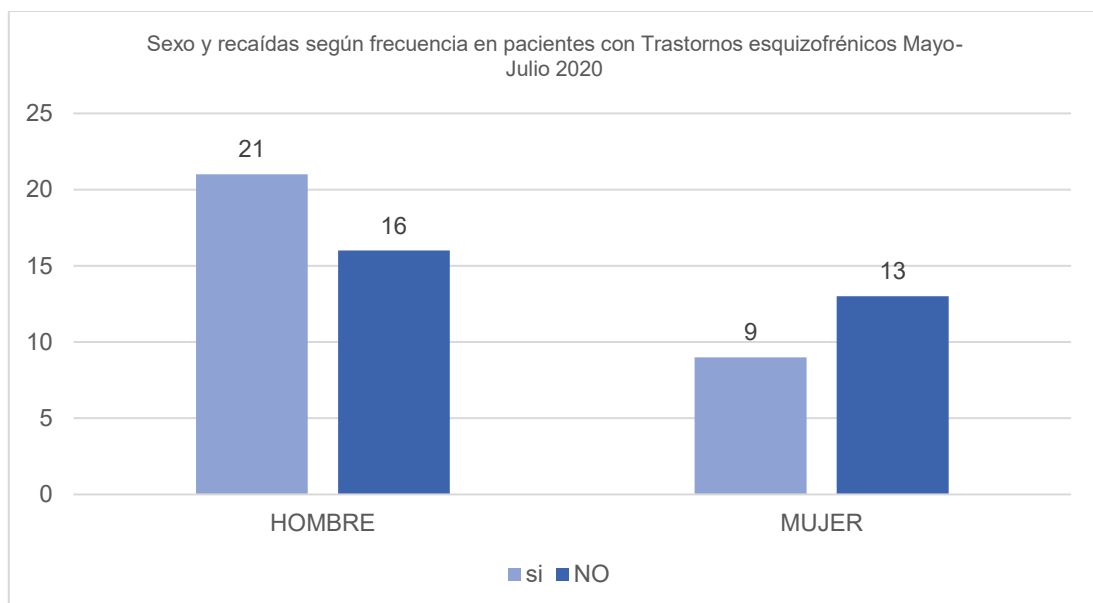


Gráfico 8. Sexo y recaídas según frecuencia en pacientes con trastornos esquizofrénicos Mayo-Julio 2020



En los gráficos 9 y 10, se observan los resultados obtenidos de las variables estado civil y recaídas en los pacientes con trastornos esquizofrénicos que recibieron atención

en admisión continua en los periodos Mayo-Julio 2019, y 2020 respectivamente. Siendo más frecuente el estado civil soltero en los pacientes que recayeron en ambos periodos.

Gráfico 9. Estado civil y recaídas según frecuencia en pacientes con trastornos esquizofrénicos Mayo-Julio 2019

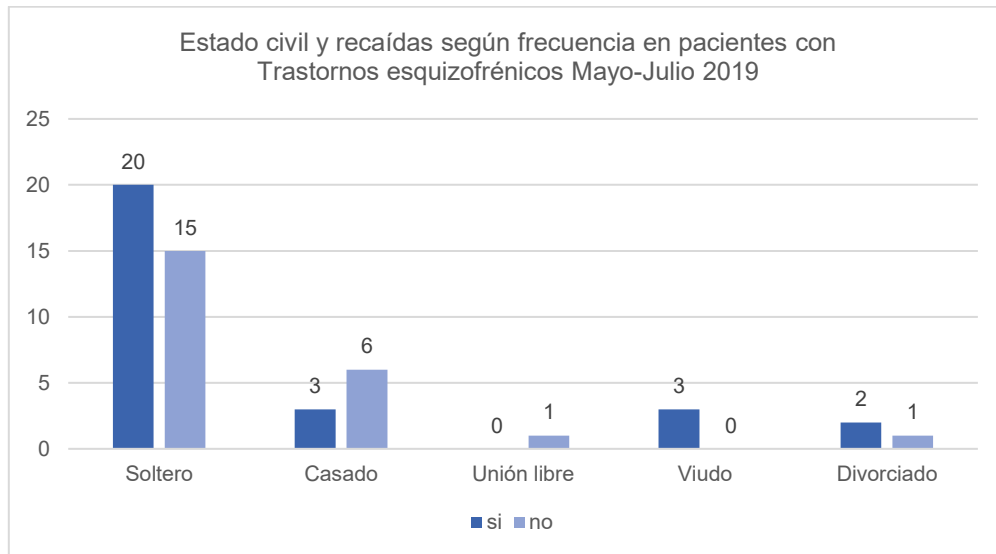
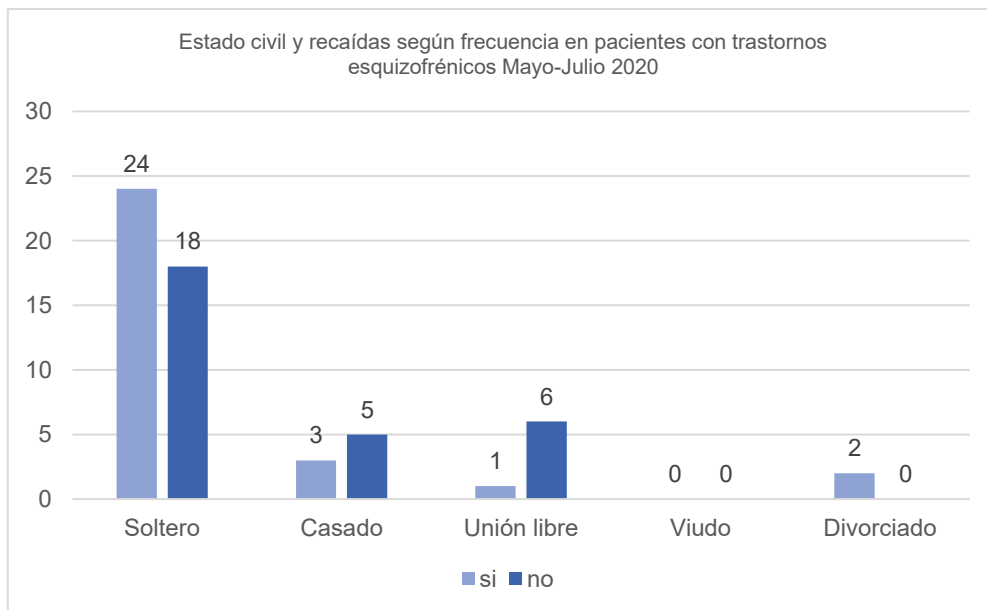


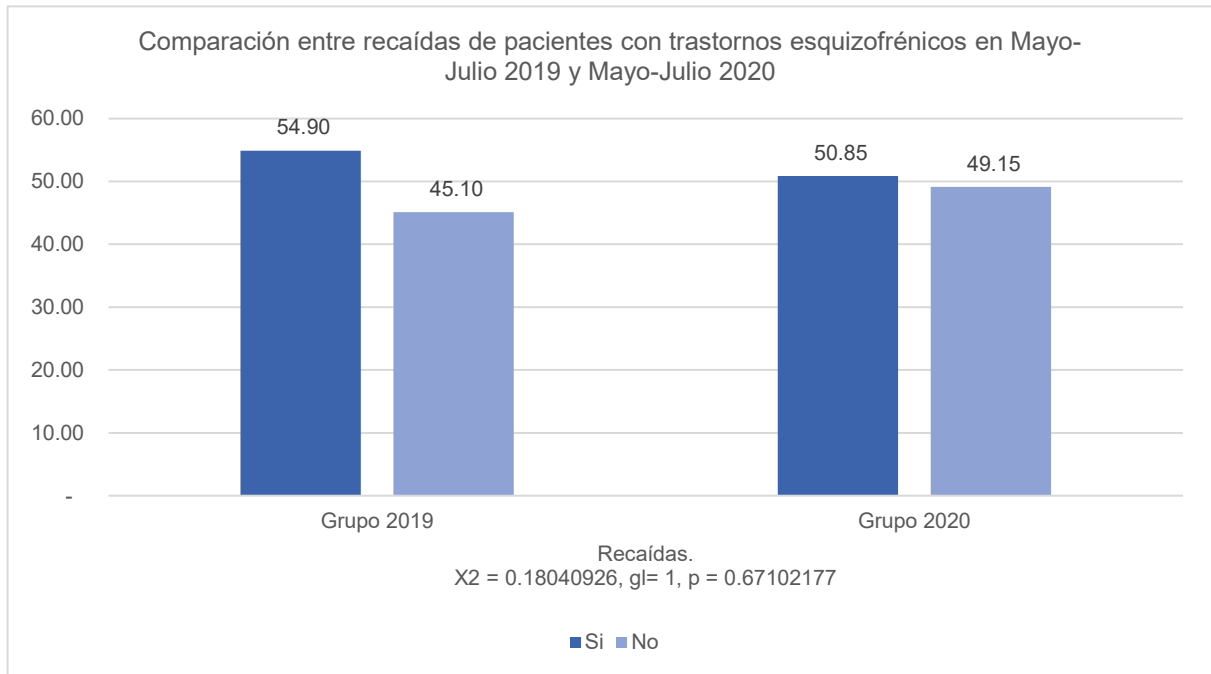
Gráfico 10. Estado civil y recaídas según frecuencia en pacientes con trastornos esquizofrénicos Mayo-Julio 2020



Análisis bivariado

Respecto a la comparación entre ambos grupos, no se encontraron diferencias en la proporción de pacientes con trastornos esquizofrénicos que presentaron recaídas en los periodos Mayo-Julio 2019 vs Mayo-Julio 2020, $X^2 = 0.18040926$, $gl= 1$, $p > 0.05$. (Gráfico 11)

Gráfico 11. Comparación entre recaídas de pacientes con trastornos esquizofrénicos en Mayo-Julio 2019 y Mayo-Julio 2020



Se buscó la asociación de las variables de modificaciones en el proceso de atención del Hospital Psiquiátrico Morelos, con la variable recaídas, encontrando lo siguiente:

Se encontraron diferencias significativas en la proporción de pacientes que presentaron recaída entre aquellos que fueron atendidos sin ser referidos y los que fueron atendidos siendo referidos. $X^2 = 37.6$, $gl= 1$, $p < 0.05$. Respecto a la asociación paciente referido y pacientes que recayeron: de un total de 30 pacientes que recayeron, el 7% (2) fueron atendidos sin ser referidos, mientras que el 93% (28) se atendió con referencia. La asociación paciente referido y pacientes que no recayeron: de un total de 29 pacientes, el 86.2% (25) fueron atendidos sin ser referidos, mientras que el 13.8% (4) se atendieron con referencia.

Se encontraron diferencias significativas en la proporción de pacientes que presentaron recaída entre los que recibieron y no receta. $X^2 = 34.6$, $gl = 1$, $p < 0.05$. Respecto a la asociación paciente que recibió receta y pacientes que recayeron: de un total de 30 pacientes que recayeron, el 93.4% (28) no recibió receta, mientras que el 6.60% (2) recibió receta. Mientras que aquellos pacientes que no recayeron y recibieron recetas: de un total de 29 pacientes, el 82.7% (24) recibió receta, mientras que el 17.30% (5) no recibió receta.

Se encontraron diferencias significativas en la proporción de pacientes que presentaron recaídas entre los que fueron referidos a la consulta externa de especialidad (consulta externa, clínica de esquizofrenia, u hospital de día), y los que no. $X^2 = 19$, $gl = 1$, $p < 0.05$. De un total de 30 pacientes que recayeron, el 93.4% (28) no se envió a la consulta externa de especialidad, mientras que el 6.60% (2) se envió a la consulta externa de especialidad. Aquellos pacientes que no recayeron, de un total de 29 pacientes, el 48.3% (14) fueron enviados a la consulta externa de especialidad, mientras que el 51.70% (15) no.

Discusión

En el presente estudio, para ambos grupos la edad promedio fue similar a la encontrada por Mutlu y colaboradores en 2020 (46.6 ± 12.5 años) y análogas a las reportadas por Abbas y colaboradores en 2020 (44.3 ± 14.8 años). A pesar de que el inicio del trastorno es en la etapa joven adulto, conforme evoluciona el padecimiento, aumenta la probabilidad de presentar recaídas, presentándose en la quinta década de la vida la mayor frecuencia de recaídas, como se demostró en este estudio.

La mayoría de los pacientes en nuestro estudio correspondieron al sexo hombre, como citan Mutlu, Abbas y colaboradores en 2020. La distribución por sexo concuerda con lo esperado en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, siendo además el sexo hombre un factor de riesgo para gravedad del padecimiento y por ende aumento en las recaídas.

En la variable estado civil, se encontró que el estado civil soltero fue el más frecuente, de la misma manera Mutlu, Abbas y colaboradores en 2020 reportan estado civil soltero/separado. Acorde a las consecuencias funcionales de la esquizofrenia, la mayoría de la población tiene dificultades en la socialización, restringiendo su participación social, y de esta manera reduce la probabilidad de iniciar una relación de pareja, siendo además un factor de riesgo para recaídas.

La tasa de recaída de la muestra que corresponde al trimestre Mayo-Julio 2019 en este estudio, fue distinta a la encontrada por Mutlu y colaboradores 2020 quienes reportan una tasa de recaídas por trimestre Marzo-Junio 2019 considerablemente menor, en comparación con la nuestra. Por otra parte, Abbas y colaboradores 2020, encontraron que la tasa de recaídas por mes correspondió al 35%. De acuerdo con autores como Spaniel, Bernardo y Agenagnew, el 30% de las personas con trastornos esquizofrénicos tendrán una o más recaídas durante el primer año de inicio de la sintomatología, alcanzando hasta el 52 al 94% durante los primeros cinco años. El diagnóstico operativo de salud mental y adicciones de México, en el año 2018 registró una tasa de recaídas del 28.9%, en comparación con estos datos, la proporción de pacientes que recae en el hospital psiquiátrico sobrepasa a lo esperado a nivel mundial y nacional, sin embargo es

importante señalar que nuestra población es crónica y, con red de apoyo débil, y no se consideró la causa de la hospitalización en la operacionalización de la variable recaída, a diferencia de los estudios previamente señalados, quienes consideran la hospitalización por agudización de síntomas como medida operacional de recaída.

Para el trimestre Mayo-Julio 2020, la tasa de recaídas de los pacientes con trastornos esquizofrénicos fue superior a la encontrada por Mutlu y colaboradores en 2020 (11%), pero similar a la hallada por Abbas y colaboradores (52%). Esta diferencia de proporciones, pudieran ser consecuencia del periodo de tiempo considerado en cada estudio; por otra parte, en el estudio de Mutlu y colaboradores se mantuvieron sin servicio de atención psiquiátrica el primer mes de inicio de la pandemia por lo cual no hubo seguimiento de la población en ese lapso. En nuestro estudio, se delimitó a este periodo debido a que en México la pandemia comenzó oficialmente el 30 de marzo del 2020 y, con el propósito de evitar las recaídas, se implementaron los cambios en el proceso de atención a partir de Mayo del 2020. A nivel nacional, el diagnóstico operativo de salud mental y adicciones de México 2020, la tasa de recaída de los pacientes con trastornos esquizofrénicos fue de 31.8%. Esta aparente baja frecuencia en la hospitalización se podría explicar por el cierre y/o cese del servicio de hospitalización de múltiples hospitales psiquiátricos durante la pandemia.

Respecto a los factores sociodemográficos edad, y estado civil, sexo de los grupos de recaídas y no recaídas de ambos periodos, fueron similares a los que reportan Mutlu y colaboradores 2020, y Abbas y colaboradores 2020 ($p > 0,05$).

De acuerdo con la comparación entre ambos periodos, no difirió del primer trimestre de COVID19, al igual que el reporte de Mutlu. No se encontraron diferencias en la proporción de pacientes con trastornos esquizofrénicos que presentaron recaídas en los periodos Mayo-Julio 2019 y Mayo Julio 2020', $X^2 = 0.18040926$, $gl = 1$, $p > 0.05$. A diferencia de otros reportes, en nuestra investigación se mantuvo la frecuencia de recaídas en cifras similares a las reportadas previo a la pandemia, este hallazgo se podría explicar por los sesgos previamente mencionados, por el diseño de estudio que

se realizó, y por las medidas implementadas en esta unidad para continuar con el proceso de atención a derechohabientes.

En el presente estudio se buscó la asociación de las variables de modificaciones en el proceso de atención del hospital psiquiátrico Morelos (recetas, atención en la consulta externa, y paciente referido), con la variable recaídas, encontrándose diferencias significativas en la proporción de pacientes que presentaron recaída entre aquellos en los que se implementaron las modificaciones en la atención y en los que no $p < 0.05$.

Conclusiones

La relevancia de este estudio radica en aportar evidencias epidemiológicas similares a las señaladas por otros autores a nivel mundial, relacionadas con la repercusión de la modificación en los procesos de atención en la salud mental durante la pandemia sobre la frecuencia de recaídas de los pacientes con trastornos esquizofrénicos.

En comparación con estudios realizados en otros países, aumentó la frecuencia de pacientes con diagnóstico de trastornos esquizofrénicos que recibieron atención en servicio de admisión continua durante la pandemia, como respuesta a los cambios en el proceso de atención en los sistemas de salud.

Este estudio permitió conocer la frecuencia de pacientes con trastornos esquizofrénicos que presentaron recaídas en la zona de influencia del hospital psiquiátrico Morelos.

Se demostró que las medidas implementadas en el HPM para continuar con la atención de los pacientes durante la pandemia por COVID 19, mantuvieron la frecuencia de recaídas de pacientes con trastornos esquizofrénicos en cifras similares previo a la Pandemia. Estas medidas surgieron ante la alta demanda de pacientes, y las necesidades del servicio; demostrando resultados favorables.

Al igual que en múltiples estudios, la variable recaída en esquizofrenia, se operacionalizó con la necesidad de hospitalización.

Sin embargo por el diseño del estudio, se tiene la limitante de no contar con una herramienta diagnóstica para trastornos esquizofrénicos, así como el motivo de la recaída. Por otra parte, no se incluyeron a los pacientes con diagnóstico de infecciones de vías respiratorias ya que fueron derivados a hospitales COVID.

La población con trastornos mentales y del comportamiento, especialmente aquellos con trastornos del espectro de la esquizofrenia; es más vulnerable al estrés, por lo que eventos como el ocurrido predispone a esta población a presentar recaídas,

siendo importante elaborar un plan nacional de atención ante situaciones de emergencia que incluyan y den prioridad a los servicios de Salud mental.

Este estudio sirve como antecedente para realizar nuevas investigaciones en otros hospitales psiquiátricos IMSS para conocer la frecuencia de las recaídas en estos pacientes, antes y durante la pandemia; comparar e implementar estas modificaciones en el proceso de atención en situaciones de pandemia futuras para continuar con la atención de esta población vulnerable, siendo un método simple, económico y no invasivo para prevenir recaídas

Referencias

1. Livingstone C. Guia de bolsillo de la clasificacion Cie-10. Editorial Medica Panamericana; 2001.
2. Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen W-P, Schneider-Thoma J, et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2021;8(11):969–80. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00243-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00243-1)
3. Pennington M, McCrone P. The cost of relapse in schizophrenia. *Pharmacoeconomics* [Internet]. 2017;35(9):921–36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40273-017-0515-3>
4. Spaniel F, Bakstein E, Anyz J, Hlinka J, Sieger T, Hrdlicka J, et al. Relapse in schizophrenia: Definitely not a bolt from the blue. *Neurosci Lett* [Internet]. 2018;669:68–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neulet.2016.04.044>
5. Olivares, J. M., Sermon, J., Hemels, M., & Schreiner, A. Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: a systematic literature review. *Annals of General Psychiatry*, 2013;12(1), 32. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-12-32>
6. Mutlu E, Anil Yağcıoğlu AE. Relapse in patients with serious mental disorders during the COVID-19 outbreak: a retrospective chart review from a community mental health center. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2021;271(2):381–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00406-020-01203-1>
7. Billiny B. Effects of quarantine due to Covid-19 pandemic on relapse among adults previously diagnosed with mental illness stress: Case of Mathari Mental Hospital. *African Journal of Emerging Issues* [Internet]. 2021 [cited 2022 May 3];3(10):25–41. Available from: <https://ajoeijournals.org/sys/index.php/ajoei/article/view/239>
8. Bernardo M, Amoretti S, Cuesta MJ, Parellada M, Mezquida G, 2EPs Group, et al. The prevention of relapses in first episodes of schizophrenia: The 2EPs Project, background, rationale and study design. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2021;14(3):164–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.07.004>
9. Alcocer Jorge, et al. 2do Diagnóstico operativo de salud mental y adicciones. Secretaría de Salud y subsecretaría de prevención y promoción a la salud. México 2022.
10. Cabello Hector, et al. Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México. *Salud Mental*. 2011;34:95-102
11. Lecomte T, Potvin S, Samson C, Francoeur A, Hache-Labelle C, Gagné S, et al. Predicting and preventing symptom onset and relapse in schizophrenia-A metareview of

current empirical evidence. *J Abnorm Psychol* [Internet]. 2019;128(8):840–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000447>

12. Li Y, Wen H, Xu J, Wang D, Liu Y, Yang M. The association between medication adherence and disease stability in patients with severe mental disorders and area variation: Community-based prospective study in southwest China. *Community Ment Health J* [Internet]. 2020;56(2):322–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-019-00460-2>

13. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2020 Jan 24;382(8):727–33. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>.

14. Dirección General de Epidemiología. COVID-19 Tablero México [Internet]. 2021. Available from: <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>

15. Seghi F, Barbini B, Franchini L, Colombo C. The challenge of mental health during Covid-19 outbreak: experience from metropolitan area of Milan. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2021;271(2):401–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00406-020-01154-7>

16. Xiang Y-T, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020;7(3):228–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)

17. Yao H, Chen J-H, Xu Y-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020;7(4):e21. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)

18. Kozloff, N., Mulsant, B. H., Stergiopoulos, V., & Voineskos, A. N. The COVID-19 global pandemic: Implications for people with schizophrenia and related disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 2020; 46(4), 752–757. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa051>

19. Shinn, A. K., & Viron, M. Perspectives on the COVID-19 pandemic and individuals with serious mental illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2020; 81(3). <https://doi.org/10.4088/JCP.20com13412>

20. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine* [Internet]. 2020;113(10):707–12. Available from: <https://academic.oup.com/qjmed/article/113/10/707/5857612>

21. Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: A review [Internet]. Vol. 9, F1000Research. F1000 Research Ltd; 2020 [cited 2021 Jul 5]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33093946/>

22. Abbas, M. J., Kronenberg, G., McBride, M., Chari, D., Alam, F., Mukaetova-Ladinska, E., Al-Uzri, M., & Brugha, T. (2021). The early impact of the COVID-19 pandemic on acute care mental health services. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 72(3), 242–246. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000467>
23. Pignon B, Gourevitch R, Tebeka S, Dubertret C, Cardot H, Dauriac-Le Masson V, et al. Dramatic reduction of psychiatric emergency consultations during lockdown linked to COVID-19 in Paris and suburbs. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2020 Oct 1;74(10):557–9
24. Zhand N, Joobar R. Implications of the COVID-19 pandemic for patients with schizophrenia spectrum disorders: narrative review. *BJPsych Open* [Internet]. 2021;7(1):e35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1192/bjo.2020.157>
25. Gobierno de México. Gua de continuidad de operaciones para el acceso con oportunidad. 2020.
26. Instituto Nacional de Psiquiatría. (n.d.). Gob.Mx. Retrieved January 9, 2020 from <https://www.inprf.gob.mx/>
27. Barlati S, Nibbio G, Vita A. Schizophrenia during the COVID-19 pandemic. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2021;34(3):203–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000702>
28. Government of New Brunswick, Canada. Coronavirus [Internet]. Gnb.ca. 2011 [cited 2022 May 3]. Available from: <http://www.gnb.ca/coronavirus>
29. de Girolamo, G., Cerveri, G., Clerici, M., Monzani, E., Spinogatti, F., Starace, F., Tura, G., & Vita, A. Mental Health in the Coronavirus disease 2019 emergency-the Italian response. *JAMA Psychiatry (Chicago, Ill.)*. 2020 77(9), 974–976. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1276>
30. Biliaminu, A., & Aina, J. O. Assessment Of Factors Associated With Treatment Relapse Among Patients Diagnosed With Psychotic Illness In Two Psychiatric Hospitals In South West, Nigeria. *Nigeria. Assessment*. 2020; 3(5), 12–53.
31. Hategan A, Abdurrahman M. Hidden in plain sight: Addressing the unique needs of high-risk psychiatric populations during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2020;74(8):439. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/pcn.13022>

Anexos

SOLICITUD DE EXCEPCION DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en Investigación de Hospital De Psiquiatría “Morelos” que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación “Frecuencia de recaídas en pacientes con trastornos esquizofrénicos ante las modificaciones en el proceso de atención en el hospital psiquiátrico Morelos durante la pandemia por COVID-19”, es una propuesta de investigación sin riesgo que implica la recolección de los siguientes datos ya contenidos en los expedientes clínicos:

- | | |
|--------------------|---------------------|
| a) Nombre | d) Diagnóstico |
| b) Edad | e) Hospitalización |
| c) Unidad de envío | f) Plan terapéutico |

MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.

La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo “Frecuencia de recaídas en pacientes con trastornos esquizofrénicos ante las modificaciones en el proceso de atención en el hospital psiquiátrico Morelos durante la pandemia por COVID-19” cuyo propósito es producto realización de tesis

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigentes y aplicables.

Atentamente

Nombre: José Manuel Arteaga Martínez.

Categoría contractual: residente de psiquiatría del H.P.M. de la Ciudad de México.

Investigador(a) Responsable: Dr. Miguel Palomar Baena