



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**EFFECTO DE LA PSICOEDUCACIÓN SOBRE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA
EN UN GRUPO DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL INSTITUTO
NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "DR. RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ALEJANDRA JURADO MENDOZA

JURADO DE EXAMEN

**DIRECTOR: DR. RICARDO ARTURO SARACCO ÁLVAREZ
COMITÉ: DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING
LIC. SALVADOR GARCÍA MARTÍNEZ
LIC. JOSÉ LUIS ESCORCIA JIMÉNEZ
MTRA. MARÍA FELICITAS DOMÍNGUEZ ABOYTE**



CIUDAD DE MÉXICO

ENERO 2017



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.

DEDICATORIA

Porque a través de ustedes llegue a este mundo, y a través de ustedes he podido mantenerme en él, porque con su apoyo y gran amor he podido desarrollarme en todos los aspectos de mi existencia, por brindarme gran parte de su vida, por todos los sentimientos que me embargan al pensar en ustedes **mis amados padres** y que no pueden expresarse con simples palabras... La deuda es enorme, mi agradecimiento mayúsculo y mi amor inmensurable, únicamente me resta decir que este logro en mi vida se los dedico y debo especialmente a ustedes.

¡Muchas gracias!

AGRADECIMIENTOS

“La gratitud es la memoria del corazón”

Lao Tsé

Agradezco especialmente a mi director de tesis, el **Dr. Ricardo Arturo Saracco**, quién me apoyo en cada momento de esta investigación... por su amabilidad, comprensión, apoyo y paciencia, pero sobre todo, por mostrarme que un gran profesional también es un gran ser humano *¡Muchas gracias!* Sin usted este trabajo no habría sido posible.

A la **Dra. Raquel Guillén**, la **Maestra Felicitas Domínguez**, el **Profesor José Luis Escorcía y Salvador García** por aceptar formar parte de este trabajo, por sus tan acertadas observaciones y valioso tiempo *¡Gracias de todo corazón!*

A **Giovanni** que siempre me ha escuchado, dado interesantes puntos de vista y una gran comprensión y compañía *¡Mil gracias hermano!*

A mis **tías, tíos, primas, primos y abuelos** por formar parte de mi vida y de todo lo que soy o pueda llegar a ser *¡Gracias por cada palabra y su gran apoyo!*

A mis más grandes amigas: **Miriam, Lili, Karen, Mine, Ari, Gaby y Ariadna** quienes han estado en cada paso, apoyándome en todo momento *¡Gracias por su gran cariño y los maravillosos e incontables momentos!*

Al **Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”** y a todos los médicos residentes que apoyaron en esta investigación *¡Gracias por su gran disposición y su increíble amabilidad!*

A todos los **pacientes** que formaron parte de esto... *¡Gracias!...* A ustedes les debo este trabajo.

A **la existencia** por permitirme vivir todo lo que he vivido y aprender todo lo que he aprendido, pero sobre todo por otorgarme todo lo necesario para ser feliz, por tantas risas, tanto amor y tan bellas personas que he encontrado en mi camino.

A la Universidad Nacional Autónoma de México

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

¡Gracias por todo lo que me han dado!

“Por mi raza hablará el espíritu”

ÍNDICE

Resumen.....	I
Introducción.....	II
Revisión de literatura.....	1
Capítulo 1. Generalidades de la esquizofrenia.....	1
1.1 Breves antecedentes históricos de la esquizofrenia.....	1
1.2 Esquizofrenia.....	3
1.2.1 Breves antecedentes históricos de la esquizofrenia.....	3
1.3 Sintomatología.....	6
1.3.1 Sintomatología positiva.....	6
1.3.2 Sintomatología negativa.....	7
1.4 Clasificación de la esquizofrenia.....	7
1.4.1 Tipo Paranoide.....	8
1.4.2 Tipo Hebefrénica.....	8
1.4.3 Tipo Catatónica.....	9
1.4.4 Tipo Indiferenciada.....	10
1.4.5 Tipo Residual.....	10
1.5 Etiología.....	11
1.5.1 Hipótesis organicistas.....	11
1.5.2 Teorías psicosociales.....	18
1.5.3 Modelo de Vulnerabilidad-Estrés.....	21
1.5.4 Emoción Expresada.....	22
1.5.5 Epidemiología.....	23
1.5.6 Factores de riesgo.....	23
1.5.7 Comorbilidad con otras enfermedades.....	29
1.5.8 Mortalidad y morbilidad.....	29
Capítulo 2. Tratamiento y rehabilitación.....	31
2.1 Tratamiento.....	31
2.1.1 Farmacológico.....	31
2.1.2 Psicológico.....	33
2.2 Rehabilitación.....	34
2.2.1 Psicoeducación.....	36
2.2.2 Entrenamiento en habilidades sociales.....	37
2.2.3 Terapia familiar.....	38
Capítulo 3. Consciencia de enfermedad.....	40

Capítulo 4. Adherencia a tratamiento	43
4.1 Factores sociodemográficos.....	43
4.1.1 Edad.....	43
4.1.2 Sexo.....	44
4.1.3 Clase social.....	44
4.1.4 Estado civil.....	44
4.1.5 Raza.....	45
4.2 Características específicas de la enfermedad.....	45
4.3 Patologías comórbidas implicadas en el cumplimiento.....	47
4.4 Factores relacionados con el entorno y el terapeuta.....	48
4.4.1 Adherencia terapéutica.....	48
4.4.2 Factores relacionados con la familia.....	48
4.5 Adherencia como tríada.....	49
Metodología	51
Pregunta de investigación.....	52
Objetivo General.....	52
Objetivos Específicos.....	52
Hipótesis de investigación.....	52
Tipo de estudio.....	53
Selección y tamaño de muestra.....	53
Descripción de la muestra.....	54
Criterios de inclusión.....	55
Criterios de exclusión.....	55
Criterios de eliminación para el grupo de pacientes con esquizofrenia.....	55
Definición conceptual y operacional de las variables.....	55
Instrumentos.....	56
Formato de Datos Clínico-Demográficos.....	56
Escala de los Síntomas Positivos y Negativos en Esquizofrenia (PANSS).....	57
Escala de adherencia a la Medicación Morisky -8.....	58
Procedimiento.....	60
Análisis Estadístico.....	60
Consideraciones éticas.....	61
Recursos humanos y materiales.....	61
Esquema de sesiones del curso psicoeducativo.....	62
Resultados	69

Discusión y conclusiones	73
Discusión.....	74
Conclusiones.....	75
Limitaciones del estudio.....	76
Recomendaciones.....	77
Bibliografía	78
Anexos	87
Anexo 1. Carta de consentimiento informado para participantes del grupo psicoeducativo.....	88
Anexo 2. Carta de consentimiento informado para participantes del grupo control	91
Anexo 3. Datos sociodemográficos y Escala de Adherencia a la medicación Morisky 8.....	94
Anexo 4. Escala de síntomas positivos y negativos para la esquizofrenia (PANSS).....	95
Anexo 5. Temario para pacientes	96
Anexo 6. Memorama.....	98
Anexo 7. Serpientes y escaleras.....	99
Anexo 8. Pirámide de aceptación.....	100
Anexo 9. Dinámica del semáforo.....	101
Anexo 10. Dinámica del teléfono descompuesto de mímica.....	102
Anexo 11. Dinámica yo pienso que tú.....	103

Resumen

La esquizofrenia afecta al 1% de la población mundial, llegando a afectar todas las esferas de la vida de aquel que la padece. Por la sintomatología de la enfermedad es difícil que el paciente llegue a formar conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento, situación que lo vulnera a sufrir recaídas.

A través del taller psicoeducativo se buscó aportar información necesaria a los pacientes con el objetivo de que conozcan la enfermedad y tengan una evolución favorable haciendo uso de la información simplificada y concisa.

Se realizó test y pre test al inicio y final del psicoeducativo con una escala que midió la adherencia al tratamiento, llegando a arrojar datos no significativos en el estudio cuantitativo, sin embargo, si se encontraron cambios observacionalmente. Concluyendo en la importancia de la psicoeducación y de tener un mayor control sobre las condiciones en las que se imparte el curso.

Palabras clave: Esquizofrenia, psicoeducación, adherencia terapéutica.

Introducción

“He buscado a través de lo físico, lo metafísico, lo delirante... y vuelta a empezar. Y he hecho el descubrimiento más importante de mi carrera, el más importante de mi vida. Sólo en las misteriosas ecuaciones del amor puede encontrarse alguna lógica”.

John Forbes Nash
*(Paciente esquizofrénico y
Premio Nobel de Economía)*

La esquizofrenia es un trastorno mental que ha intrigado a diversos círculos de estudiosos a lo largo de la historia. Desde la antigüedad, se atribuía la sintomatología a posesiones demoniacas, seguido por los primeros intentos de definirla, hasta la actualidad, en la que se busca encontrar la etiología de la esquizofrenia desde diversas teorías, mismas que se presentarán a lo largo de ésta investigación.

En la actualidad se sabe que la esquizofrenia se encuentra dentro de las principales causas de discapacidad en el mundo, afectando aproximadamente al 1% de la población mundial, definiéndose como un trastorno psicótico que afecta el área biológica, psicológica y social en la vida del individuo que la padece, volviéndolo un trastorno mental crónico e incapacitante.

Si bien el trastorno es incapacitante, el estigma social debido a la mala, poca o incluso nula información trunca la posibilidad de un tratamiento adecuado, favoreciendo así, el deterioro significativo del paciente, que de haber llevado un acompañamiento multidisciplinario pertinente por profesionales de la salud, podría acceder a mejor pronóstico y nivel de vida.

Educar e informar a quienes la padecen, así como a sus familiares es crucial para el tratamiento y una evolución favorable, al tener un panorama general de la enfermedad, el paciente tendrá una comunicación asertiva con los profesionales de la salud.

La investigación pretendió aportar a quienes padecen este trastorno, los elementos necesarios para un mejor entendimiento sobre su condición, así como, medir el efecto de la psicoeducación sobre ellos, la investigación fue realizada en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz” y consta de las siguientes cinco partes fundamentales; en la primera parte encontraremos la *revisión de la literatura* la cuál contiene las definiciones y conceptos más estudiados dentro de la enfermedad, presentando así, el marco contextual como soporte de la investigación. En la segunda parte se presenta el *diseño metodológico* dentro del cual se define la pregunta de investigación, los objetivos e hipótesis, el tipo de estudio, la selección y tamaño de muestra, los criterios de inclusión y exclusión, los instrumentos utilizados, el procedimiento, así como, el análisis estadístico y las consideraciones éticas, los recursos utilizados y finalmente el esquema de las sesiones del curso. En la tercera parte se presentan los *resultados* que se obtuvieron y en la parte cuatro se encuentran la *discusión y la conclusión*, así como, las limitaciones del estudio y las recomendaciones para una investigación posterior. Finalmente en la última parte del trabajo se encuentra la *bibliografía y los anexos*.

Revisión de la literatura

Capítulo 1. Generalidades de la esquizofrenia

1.1 Breves antecedentes históricos de la esquizofrenia

Para comenzar a hablar de la esquizofrenia, es importante hablar de la propia historia de la psicopatología, desde tiempos inmemorables todas las culturas y épocas históricas, han buscado una explicación a los trastornos mentales. Para Esparcia y et al., (2006) hay tres concepciones en el pensamiento humano respecto al origen de la conducta anormal: mágica, organicista y psicogénica.

- a) Una tendencia que podríamos denominar genéricamente *concepción mágica*, que explica la conducta anormal por medio de la magia y los fenómenos sobrenaturales.
- b) Una tendencia que se podría llamar *concepción organicista*, y que explica la conducta apelando a causas físicas.
- c) Una última tendencia, *concepción psicógena*, que busca una explicación psicológica o psicosocial de los trastornos mentales.

A lo largo de la historia de la humanidad, las tres explicaciones sobre trastorno mental han convivido, aunque una de ellas prevalece sobre las demás en un determinado momento histórico.

En cuanto a la esquizofrenia, sus pautas sintomatológicas han sido descritas hace miles de años. Hasta finales del siglo XVIII, sin embargo, todas las psicosis eran tanto agrupadas bajo el encabezamiento general de locura, como separadas en dos categorías, melancolía y manía. Se consideraba que los pacientes deprimidos sufrían de melancolía y el resto era diagnosticado como maniático. En 1801, Philippe Pinel agregó la categoría de demencia, a la que identificó como un trastorno del pensamiento. Su descripción se relaciona muy íntimamente con las descripciones contemporáneas de la esquizofrenia. Entre otros síntomas, advirtió un pensamiento deteriorado, juicio defectuoso, ideas aisladas que seguían unas tras otras sin ilación, frases interrumpidas, sensibilidad disminuida con respecto a

las impresiones externas, disparidad entre emociones e ideas, retraimiento y falta de atención (Page, 1971).

A finales del siglo XIX, Kraepelin retoma el concepto de una forma de demencia, la cual aparecía en jóvenes, a la que denominó *dementia praecox* y las diferenció de otras enfermedades mentales, tales como la locura maniaco-depresiva. Kraepelin señaló la importancia de la presencia de síntomas negativos como “debilitamiento de la voluntad” y “falta de desarrollo personal”. En el siglo XX, Bleuler acuñó el término “esquizofrenia” para referirse a la falta de integración de diversos procesos psíquicos (percepción, memoria, personalidad y pensamiento lógico). Clasificó los síntomas presentes en este trastorno, como fundamentales (presentes en todos los pacientes y durante toda la evolución del trastorno), reconocidos como las cuatro A: Asociación laxa del pensamiento, afectividad aplanada, ambivalencia y autismo, y síntomas accesorios: ideas delirantes o delirios, alucinaciones, alteraciones del lenguaje y la escritura, y síntomas catatónicos (Ortiz y et al., 2011).

En 1948 se empezó a pensar en la esquizofrenia como un producto anómalo de la interacción madre-hijo, y es Frieda Fromm- Reichmann quien comienza a utilizar el término “madre esquizofrenógena”. En 1952, con la publicación del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) se proveyó a los profesionales de tablas y guías que permiten la clasificación de las enfermedades mentales. Más adelante, en 1956 Bateson desarrolló el concepto de doble vínculo, que es una constante de esquizofrenia en niños. Las primeras teorías genéticas surgen hasta 1977. Más tarde con la publicación del DSM-IV los síntomas negativos adquieren relevancia en el curso de la esquizofrenia, y finalmente en el 2010 el tratamiento de la esquizofrenia pasa por un nuevo objetivo terapéutico, que se denomina recuperación funcional del paciente y plantea como meta, más allá del control de síntomas de la persona con trastorno mental, la capacitación de esta para que se pueda incorporar a la sociedad de manera más funcional (Ortiz y et al., 2011).

1.2 Esquizofrenia

El término esquizofrenia, significa literalmente “mente dividida” (de griego Schizos: división y Phrenos: mente) y afecta alrededor del 1% de la población mundial (Ponce, 2008). Esta se encuentra dentro de las diez principales causas de discapacidad en el mundo, y se define como un trastorno psicótico que afecta la percepción, el pensamiento, el afecto, y la conducta de los pacientes, deteriorando su funcionamiento familiar, escolar y social por lo cual resulta ser un trastorno mental crónico e incapacitante (Ulloa, Sauer y Apiquian, 2011).

1.2.1 Criterios Diagnósticos de la Esquizofrenia

Los criterios diagnósticos de la enfermedad, según la Clasificación Estadística de las Enfermedades Mentales (DSM-5) (2013/2014) de la *American Psychiatric Association* (APA) son los siguientes:

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos unos de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

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

fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

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

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Especificar si:

Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos. **Primer episodio, actualmente en episodio agudo:** La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de

síntoma diagnóstico y tiempo. Un *episodio agudo* es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: *Remisión parcial* es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.

Primer episodio, actualmente en remisión total: *Remisión total* es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.

Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva).

Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial

Episodios múltiples, actualmente en remisión total

Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.

No especificado

Especificar si:

Con catatonía (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental).

Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a esquizofrenia para indicar la presencia de catatonía concurrente.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala administrada por el clínico Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo “Medidas de evaluación” en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad (págs. 54-57).

1.3 Sintomatología

Para Ponce (2008), la esquizofrenia, más que una enfermedad, es una entidad definida por un conjunto de síntomas, de forma que no todos los pacientes esquizofrénicos presentan la misma sintomatología.

Existen muchos trastornos mentales que poseen síntomas similares a ella y en ciertos casos su diagnóstico es difícil, es por esta razón que Tsuang y et al., (2011) exponen que una de las formas más sencillas de entenderla imagen clínica de la esquizofrenia es dividirla en las dos categorías siguientes:

1.3.1 Sintomatología positiva

Según Widen y et al., (1999; citado en Lieberman, Scott y Perkins, 2010) los síntomas positivos de la esquizofrenia son síntomas que se encuentran en exceso o que son distorsiones de las funciones normales; específicamente se suman a los pensamientos normales, a las emociones o a los comportamientos. Puesto que son relativamente fáciles de reconocer y de evaluar cuantitativamente, los síntomas positivos, más que los síntomas negativos, se usaban con anterioridad en el sistema de clasificación diagnóstica, estos pueden encontrarse en las diferentes fases del trastorno, desde la fase prodrómica hasta la fase psicótica

grave y hasta un nivel menor en la fase residual o pospsicótica más estable. Generalmente, los síntomas positivos son el objetivo del tratamiento mediante tratamientos antipsicóticos y se consideran sensibles a ellos.

Para Ponce (2008), los síntomas positivos más frecuentes son: los delirios, las alucinaciones (auditivas, olfativas y/o visuales), el pensamiento y lenguaje desorganizado, la agitación, la conducta catatónica, o la distorsión del lenguaje etc.

1.3.2 Sintomatología negativa

Los síntomas negativos pueden verse como una disminución o pérdida de las funciones normales, tales como la pérdida de energía y de la motivación, así como una pérdida de la manifestación emocional del afecto. Los síntomas negativos son una característica habitual y continua en la esquizofrenia. Pueden aparecer muy pronto, durante el estadio prodrómico del trastorno, antes de la aparición del primer episodio psicótico. Los estudios también suelen revelar que los síntomas negativos son más estables que los síntomas positivos y que es menos probable que mejoren en el transcurso de la enfermedad (Widen y et al., 1999; citado en Lieberman et al., 2010).

Entre los síntomas negativos más sobresalientes se encuentran: el aplanamiento afectivo, la anhedonia, abulia, alogia, y atención deteriorada, también pueden sufrir pensamientos estereotipados, falta de espontaneidad y retraimiento social (Ponce, 2008).

1.4 Clasificación de la esquizofrenia

Para clasificar la esquizofrenia según la *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento* (CIE-10) se toma en cuenta la sintomatología prevalente en cada cuadro, dividiéndose en los siguientes tipos:

1.4.1 Tipo Paranoide

En la esquizofrenia paranoide predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo, y de otras alteraciones perceptivas. Las alteraciones del afecto, la volición, el discurso y los síntomas catatónicos están ausentes o relativamente inadvertidos (CIE-10, 2010).

Para Gómez y et al., (2008) las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

- Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.
- Alucinaciones olfatorias, gustativas, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales aunque rara vez dominan.

El curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales, completas o crónicas. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil percibir episodios aislados. El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica, y suele ser el tipo de esquizofrenia más frecuente en la mayor parte del mundo.

1.4.2 Tipo Hebefrénica

Según los criterios del CIE- 10 (2010), está es una forma de esquizofrenia, en la cual hay importantes cambios afectivos, delirios y alucinaciones transitorias y fragmentarias, es frecuente un comportamiento irresponsable e impredecible, en tanto que son frecuentes los manierismos. El humor es superficial e inapropiado,

el pensamiento esta desorganizado y el discurso es incoherente. Hay una tendencia al aislamiento social. Por lo general, el pronóstico es malo, debido a su rápido desarrollo de síntomas “negativos”, en particular embotamiento afectivo ya abulia. Normalmente, sólo debe diagnosticarse hebefrenia en adolescentes o adultos jóvenes.

1.4.3 Tipo Catatónica

En la esquizofrenia catatónica dominan las alteraciones psicomotoras notables, que pueden alterar entre extremos de hipercinesia a estupor, o de obediencia automática a negativismo. Pueden mantener posturas y actitudes constreñidas forzadas durante largos periodos de tiempo. Un rasgo llamativo de este trastorno puede ser la presencia de episodios de excitación intensa. Los fenómenos catatónicos pueden combinarse con estados oniroides con alucinaciones escénicas vívidas (CIE-10, 2010).

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia. Pueden aparecer síntomas catatónicos aislados y transitorios en el contexto de cualquier otro tipo de esquizofrenia. Para Gómez (2008) en el diagnóstico de esquizofrenia catatónica, deben predominar en el cuadro clínico uno o más de los siguientes tipos de comportamiento:

- Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al entorno y reducción en la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo.
- Excitación (actividad motriz aparentemente sin sentido, insensible a estímulos externos).
- Catalepsia (adoptar y mantener voluntariamente posturas extravagantes e inadecuadas).
- Negativismo (resistencia aparentemente sin motivación a cualquier instrucción, intento de desplazamiento o presencia de movimientos de resistencia).

- Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser desplazado).
- Flexibilidad cética (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior).
- Obediencia automática (se cumplen de un modo automático las instrucciones que se le dan) y preservación del lenguaje.

1.4.4 Tipo Indiferenciada

Estados psicóticos que cumplen los criterios generales de esquizofrenia, pero no se ajustan a ninguno de los subtipos o presentan características de más de uno de ellos, sin claro predominio de ninguno (CIE-10, 2010).

1.4.5 Tipo Residual

Estado crónico en el desarrollo de una enfermedad esquizofrénica, en la cual ha habido una progresión clara desde un estadio temprano a uno posterior caracterizada por síntomas “negativos” a largo plazo, aunque no necesariamente irreversibles; por ejemplo, enlentecimiento psicomotor, disminución de la actividad y embotamiento afectivo; pasividad y falta de iniciativa, pobreza de cantidad o contenido del lenguaje; comunicación no verbal pobre por la expresión facial, contacto acular, modulación de la voz y posturas; cuidado de sí mismo y rendimiento social empobrecidos (CIE-10, 2010). Deben haberse cumplido los criterios generales de la esquizofrenia en algún momento del pasado, pero no se cumplen en el momento actual.

La presencia continua de este trastorno está marcada por síntomas positivos o negativos menores. Un diagnóstico de tipo residual puede indicar que la enfermedad de la persona está entrando en remisión, o es asintomática (Gerrig y Zimbardo, 2005).

1.5 Etiología

Han existido varios factores de riesgo que han sido asociados a la esquizofrenia, sin embargo, a pesar de los innumerables intentos para encontrar y/o justificar las causas de la esquizofrenia, en la actualidad no existe un consenso sobre los factores etiopatogénicos de la misma, de modo que a lo largo de la historia de la psiquiatría se han postulado diferentes hipótesis y teorías con mayor o menor grado de respaldo (Ortiz y et al., 2011) entre las que encontramos las siguientes:

1.5.1 Hipótesis organicistas

En la actualidad se ha encontrado que una de las probables causas de la esquizofrenia cuenta con componentes biológicos, en adelante se describen brevemente las hipótesis más relevantes.

1.5.1.1 Hipótesis genética

Entre 1960 y 1970 hubo un claro giro en el debate, sobre sí el factor más importante en la etiología de la esquizofrenia era el ambiental o el genético. De las madres “esquizofrenógenas” pasamos a los estudios de concordancia en gemelos y a los estudios de adopción. Estas ya clásicas investigaciones demostraron dos cosas: a) que el riesgo en niños de madres biológicas con esquizofrenia aumentaba claramente, aunque estuvieran criados en familias sin patología psiquiátrica; b) que el factor genético era muy importante, pero por sí solo era insuficiente. La concordancia entre gemelos monocigotos es del 50%, y no del 100%, sin embargo, comparado con los factores ambientales, el factor genético es, sin duda, la causa conocida más relevante. Hoy en día, nadie pone en duda la importancia del componente genético, la llegada de la genética molecular parecía que iba a desenmascarar definitivamente las variaciones genéticas que aumentaban el riesgo de padecer esquizofrenia. Sin embargo, los

hechos han demostrado que nos encontramos ante un tema mucho más complejo de lo que se pensó inicialmente (Roca, 2007).

1.5.1.2 Hipótesis del neurodesarrollo

Esta hipótesis postula que la esquizofrenia es producto de una alteración cerebral primaria, resultante de un defecto estructural que ocurre temprano en la vida. Este defecto interactúa con eventos del desarrollo del sistema nervioso central y produce deficiencias que, junto con precipitantes ambientales, por ejemplo, el estrés, llevan a síntomas observables en la adolescencia y la edad adulta (García et al, .2005).

La hipótesis del neurodesarrollo se apoya en evidencias de anomalías observadas en periodos prenatal, perinatal y premórbido (previo al desarrollo de la enfermedad). Entre las más destacadas se encuentran:

- Mayor frecuencia de complicaciones obstétricas.
- Mayor frecuencia de anomalías físicas leves, que son consideradas un signo de desarrollo fetal anómalo.
- Anomalías volumétricas cerebrales, como dilatación de los ventrículos laterales o disminución de volumen cortical en determinadas áreas del lóbulo prefrontal y temporal o reducción de asimetría cerebral.
- Dificultades cognitivas y neuromotoras observadas en pacientes antes de desarrollar la enfermedad.

En la actualidad, la teoría del neurodesarrollo es una de las más extendidas y aceptadas por la comunidad científica. Sin embargo, las últimas investigaciones al respecto demuestran también la existencia de procesos neurodegenerativos en la evolución de la esquizofrenia, por lo que la explicación etiológica más plausible postula que inicialmente la interacción de causas genéticas y ambientales daría lugar a un neurodesarrollo anómalo que más tarde precipitaría procesos neurodegenerativos (Ezpeleta y Toro, 2014).

1.5.1.3 Hipótesis de la neurodegeneración

Esta hipótesis, se centra en el hecho de que el trastorno de la esquizofrenia se caracteriza por ser un trastorno crónico y progresivo del sistema nervioso, que implica cambios bioquímicos que conducen a distintos síndromes clínicos, afecta la pérdida de la función neurológica y deterioro del comportamiento (Pino et al, 2014). Sin embargo, aunque no se han identificado las poblaciones neuronales concretas afectadas en la esquizofrenia, se ha hipotetizado que serían alteraciones en la conectividad entre estructuras diencefálicas, talámicas, límbicas y corticales de la clínica típica. La consideración de esta hipótesis según Moreno (2007) se justifica, entre otros, en los siguientes conocimientos:

- La semejanza de la esquizofrenia con otras enfermedades neurodegenerativas.
- El curso clínicamente progresivo.
- Los efectos que sobre la sintomatología ejercen los tratamientos.
- La aparición y progresión de las alteraciones cognitivas.
- La asociación de hallazgos patomorfológicos graves con una mayor intensidad o cronificación de la enfermedad.
- La progresión de la patomorfolología en la asociación con la evolución clínica de la esquizofrenia.

Aunque la etiología de la esquizofrenia sigue siendo desconocida, la revisión actual pone de relieve la complejidad de su fisiopatología subyacente, lo que parece implicar tanto a elementos del desarrollo neurológico, así como implicaciones neurodegenerativas (Keshavan et al, 2004).

1.5.1.4 Hipótesis de neurotransmisión

Como en otros trastornos mentales, se ha extendido la investigación neuroquímica en la esquizofrenia y se han realizado estudios sobre niveles de neurotransmisores, enzimas y metabolitos. Más recientemente, se añaden hallazgos mediante las técnicas de genética molecular, los estudios patológicos post mortem y las técnicas de neuroimagen funcional. Sin embargo, a pesar de la multiplicidad de hallazgos sobre la implicación de la neurotransmisión anómala en la esquizofrenia, se desconoce el papel que desempeña en su etiología (Ortuño, 2010). A pesar de ello, existen varias hipótesis que vale la pena mencionar, entre las que destacan las siguientes:

1.5.1.4.1 Hipótesis dopaminérgica

El sistema de neurotransmisión dopaminérgico es uno de los más importantes en el sistema nervioso central, ya que está involucrado en los procesos de la cognición, la conducta y las emociones, de modo que se ha postulado que los receptores a dopamina pueden estar asociados a un tipo de disfunción relevante para la manifestación de la etiopatogenia de padecimientos psiquiátricos tales como la esquizofrenia y la depresión (Aguirre y Nicolini, 2005). Para Balada y et al., (2012) esta hipótesis sugiere que la esquizofrenia sería la manifestación patológica de una sobre actividad del sistema dopaminérgico, según Carlsson y Lindqvist (1963; citado Saiz, Vega y Sánchez, 2010) esta hipótesis se formuló tras el descubrimiento de que los antipsicóticos efectivos en la esquizofrenia eran antagonistas de los receptores dopaminérgicos y tras la observación de que los agentes liberadores de dopamina podían producir síntomas psicóticos (Rotrosen et al., 1979; Thompson et al., 2004 y Lieberman et al., 1987: citados en Saiz et al., 2010).

Según Zelaya, Saracco y González (2010) se ha considerado que una hiperactividad en la vía mesolímbica se correlaciona con la presencia de síntomas positivos. Los síntomas negativos, en cambio, se han relacionado con una

reducción en la transmisión dopaminérgica en la corteza prefrontal, ya que se ha observado que éstos disminuyen al utilizar antagonistas serotoninérgicos que facilitan indirectamente la liberación de dopamina a nivel prefrontal.

1.5.1.4.2 Hipótesis serotoninérgica

La serotonina (5-hidroxitriptamina o 5-HT) es, de entre los neurotransmisores, quizá el que se encuentra involucrado en una mayor variedad de funciones, trastornos y patologías del SNC (p. ej., depresión, ansiedad, cognición, percepción, conducta agresiva, trastornos del sueño, etc.). Por lo tanto, sería razonable esperar, que la alteración del sistema serotoninérgico estuviese implicada en alguno aspectos de la sintomatología comúnmente observada en la esquizofrenia (p. ej., alucinaciones, déficits cognitivos y sensoriales, conductas agresivas, alteraciones del estado de ánimo, del sueño, de la actividad motora, del impulso sexual y del apetito) (Balada, 2012). La evidencia farmacológica de esta relación se sustenta, sobre todo, en que las drogas psicoactivas que tienen propiedades agonistas de serotonina, tales como el LSD, causan o exacerban los síntomas psicóticos. Así mismo, la evidencia se sustenta en que los antipsicóticos atípicos bloquean receptores serotoninérgicos mejoran los síntomas esquizofrénicos. De igual forma, se han encontrado alteraciones en los receptores serotoninérgicos, en especial los 5-HT(2A) y 5-HT(1A), así como en el transportador de serotonina en los cerebros de esquizofrénicos. En la esquizofrenia, se han encontrado una disminución de los receptores 5-HT(2A) en la corteza prefrontal y el giro parahipocámpico, así como un aumento de los receptores 5-HT(1A) en varias áreas de la corteza. También existe cierta evidencia, aunque inconsistente, de un aumento de receptores 5-HT(2A) y una disminución de los 5-HT(1A) en el hipocampo. Además, se ha descrito que existe una reducción del transportador de serotonina en la corteza prefrontal y una deficiencia en la función de este transportador en el hipocampo. Esto último produciría una menor recaptación de serotonina y, por consiguiente, un estado hiperserotoninérgico a este nivel (Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005).

1.5.1.4.3 Hipótesis glutamatérgica

Una hipofunción glutamatérgica podría ser importante en la fisiopatología de la esquizofrenia. En favor de esta hipótesis, está el hallazgo de una deficiencia de glutamato en cerebros de esquizofrénicos, así como la capacidad de fármacos antiglutamatérgicos, tales como la fenciclidina (PCP) y la ketamina, de inducir síntomas psicóticos. La PCP, una droga que bloquea los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) para glutamato, produce en voluntarios sanos, síntomas muy similares a los de la esquizofrenia. Así mismo, la ketamina, un derivado de la PCP, a dosis sub-anestésicas producen síntomas positivos, negativos y cognitivos en sujetos sanos, característicos de la esquizofrenia: y en esquizofrénicos activa sus síntomas psicóticos (Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005).

El glutamato también tiene importantes interacciones con la dopamina, y una de estas interacciones se produce en el cuerpo estriado y el núcleo accumbens, donde la liberación de dopamina está regulada por neuronas intermedias colinérgicas que, a su vez, están reguladas por fibras glutamatérgicas. Si el glutamato disminuye, cesan los efectos inhibidores de las fibras colinérgicas y, por tanto, aumenta la liberación de dopamina (Velázquez, 2008).

1.5.1.5 Hipótesis inmunológica

Se ha considerado que existe una relación entre la esquizofrenia y la respuesta inmunológica, como causante o coadyuvante de la enfermedad. En varios estudios, se han asociado cambios del sistema inmunológico en estos pacientes, principalmente un aumento de marcadores proinflamatorios en sangre y líquido cefalorraquídeo (LCF) de los enfermos (Ribeiro-Santos et al., 2014). También se ha propuesto una asociación de la respuesta inflamatoria ante infecciones prenatales virales durante el embarazo, como factor de riesgo para desarrollar la enfermedad. Otro factor que ha sido considerado es la hiperactividad prolongada de la microglía la cual puede llevar a apoptosis neuronal y daño cerebral, esta activación crónica de la micología es debido a una neuroinflamación no específica,

pero sí persistente (Muller, 2014) por lo que se sugiere que esta enfermedad muestra un componente neurodegenerativo (Block and Hong, 2005).

De manera general se han reportado concentraciones elevadas de varias citocinas proinflamatorias como el receptor antagonista de interrelucina 1 (IL-1RA), receptor de interleucina-2 soluble (sIL-2R), IL-6, IL-8, TNF- α , INF- γ , factor de crecimiento transformante-beta (TGF- β) e IL-1RA como en pacientes con esquizofrenia comparados con controles sanos (Pandey et al., 2015).

Los mecanismos que subyacen, a las alteraciones sobre el sistema inmunológico que se presentan en las pacientes con esquizofrenia, son desconocidas hasta el momento, sin embargo, es aceptado la interacción entre los neurotransmisores como la dopamina (DA), glutamato (Glu), acetilcolina (Ach), ácido gamabutírico (GABA), noradrenalina/adrenalina (NA/A) y serotonina (5-HT) sobre las células del sistema inmunológico (Franco et al., 2007). Dicha interacción entre componentes del Sistema nervioso central y células de la respuesta inmunológica es mediada por su interacción con receptores membranales específicas. Recientemente se describió en leucocitos de sangre periférica, la presencia del receptor D5 perteneciente a la familia D1, y a los miembros de la familia D2 en donde se encuentran los receptores D2, D3 y D4 (McKenna et al., 2002). El papel inmunoregulador de la dopamina sobre linfocitos T de pacientes con esquizofrenia afectan negativamente, ya que inhibe la función de linfocitos CD8+ en estos pacientes (Saha et al., 2001). La influencia de la 5-HT en el sistema inmunológico también ha sido reconocida; está aceptado que el sistema serotoninérgico y sus moléculas expresadas en células inmunológicas pueden influir en trastornos mentales, como en la esquizofrenia. La 5-HT ha sido vinculado con la fisiopatología de la esquizofrenia, ya que los antipsicóticos atípicos tienen un mecanismo de acción donde presentan unión a receptores serotoninérgicos, en especial receptores 5-HT2A y 5-HT1A (Schreiber y Newman-Tancredi, 2014).

1.5.2 Teorías psicosociales

El definir si los factores psicosociales tienen un papel causal, desencadenante o son consecuencias de la enfermedad, encuentra dificultades metodológicas que hacen difícil interpretar sus hallazgos (Toro et al., 2010), sin embargo, existen ciertas teorías que sería importante contemplar.

1.5.2.1 Teorías familiares

Desde que Frieda Fromm-Reichmann (Colodrón, 2002) llamó la atención sobre el papel de la madre en la génesis de la esquizofrenia, brotaron poderosos movimientos de opinión que, paulatinamente, dieron cabida al conjunto de la familia y los modos como sus miembros interactúan, de este modo se ha pretendido integrar las variables surgidas con la interrelación familiar que, supuestamente, operan en la causalidad de la psicosis.

Para Bateson (1956/2003), la esquizofrenia podía ser entendida como un tipo de comunicación que respondía al aprendizaje derivado de experiencia, de modo que la esquizofrenia no era un problema de una persona sino un reflejo del estado de un sistema familiar, que en todo caso podría identificarse como “un sistema familiar esquizofrénico”, ya que la comprensión de todo proceso humano no puede alcanzarse con aislar y analizar componentes, sino por medio de la descripción instrumental de las pautas significativas recurrentes. Para comprender los episodios esquizofrénicos, Bateson y su equipo desarrollaron la *teoría del doble vínculo*, a partir de la cual es el esquizofrénico era la “víctima” unida a una “vinculadora”: su madre. El proceso consistía en la repetición de experiencias, en la que “la víctima” aprendía a percibir su mundo relacional en forma de pautas de doble vínculo, es decir, en relaciones en las cuales la percepción del contexto y el contenido son paradójicas y llevan a la víctima al punto de que cualquier pauta de la secuencia era suficiente para precipitarlo en cólera o pánico. Aún, cuando inicialmente se suponía que esta circunstancia aparecía exclusivamente en la diada d la madre con el hijo, luego fue evidente que el doble vínculo era recíproco

y que los mensajes paradójicos eran habituales en la comunicación de las familias con esquizofrénicos y que por tanto el doble vínculo podía ser infligido por una combinación de padre, madre y parientes con el hijo (Eguiluz, 2003).

1.5.2.2 Teorías socioculturales

También se han estudiado, más allá del ambiente familiar factores sociales como la clase social y el ingreso, en relación con la esquizofrenia. Con los años se han hecho muchas especulaciones sobre la función de los factores sociales como causa de la esquizofrenia o como influencia en su curso. Según Halgin y Krauss (2009) se han propuesto dos principales explicaciones:

- a) La hipótesis de causalidad social: según esta, es posible que la pertenencia a estratos socioeconómicos más bajos cause esquizofrenia, ya que los miembros de clases más bajas de la sociedad experimentan numerosas penurias económicas y a menudo no se les permite el acceso a muchos de los beneficios de la sociedad, lo que incluye una educación de alta calidad, atención a la salud y empleo. Debido a que muchos también son miembros de minorías étnicas o raciales, es posible que experimenten discriminación. Estos factores crean un ambiente sumamente estresante, que puede conducir al desarrollo de la esquizofrenia.
- b) La hipótesis de la desviación social descendente: ésta resta importancia a los efectos de los factores socioeconómicos de estrés en el desarrollo de la esquizofrenia, según esta es posible que la esquizofrenia se desarrolle en índices iguales entre diversos medios sociales, culturales y económicos, pero una vez que la gente desarrolla el trastorno, su posición económica declina en forma precipitada. Los síntomas debilitantes de la esquizofrenia impiden que los individuos persigan el éxito económico y les impiden vivir en zonas más prosperas.

Sin embargo, a pesar de estas hipótesis los estudios epidemiológicos más amplios no han indicado que haya una relación clara entre la frecuencia de la esquizofrenia

y el nivel de desarrollo económico entre las sociedades. Lo anterior nos lleva a concluir que la relación de la esquizofrenia con la condición socioeconómica se extienda más allá de estas dos perspectivas contrarias e incluya factores más generales, como valores de la sociedad y las creencias sobre las enfermedades mentales entre otros (Halgin y Krauss, 2009).

1.5.2.3 Teorías psicoanalíticas

El psicoanálisis se ocupó de la esquizofrenia desde el inicio de sus desarrollos teóricos. Freud, a pesar de que prácticamente carecía de experiencia con este tipo de enfermos, fue el primero en formular un modelo psicodinámico para este trastorno, aunque el interés de la teoría freudiana radica, más que en sí misma, en el énfasis que puso en los aspectos vinculares y relacionales de la enfermedad esquizofrénica. De hecho, de Freud en adelante, todos los pensadores psicoanalíticos han postulado que la esquizofrenia es producto, entre otras cosas, de un fallo importante en las relaciones primigenias del sujeto con sus primeros objetos de apego, un ejemplo de esto es lo que sugirió Karl Abraham (1908/2010), ya que para él la esquizofrenia se produciría por una fijación en la fase oral pasiva (de succión), es decir, tendría su base en la primera etapa del desarrollo libidinal del niño, lo que explicaría la gravedad y cronicidad del trastorno. Para Karl Abraham, se habrían producido dificultades muy serias en la relación madre-bebé, de tal modo que el Yo de este último habría quedado seriamente dañado en su evolución y funciones (Jarne y Talarn, 2010).

De alguna manera, la mayoría de los psicoanalistas posteriores se han sumado a esta idea, tal es el caso de Melanie Klein y su escuela, que a través, de su análisis de niños y posteriormente de psicóticos, revalorizaron el papel jugado en el desarrollo psíquico por el instinto de muerte. Describieron mecanismos de defensa muy primitivos (escisión e identificación proyectiva, entre otros) que sirven al niño para defenderse de las “angustias básicas” que presenta el bebé en su relación precoz con la madre. En efecto, en un inicio el bebé, a la par que experimenta

amor y agradecimiento hacia el pecho de la madre que le alimenta, proyecta sobre él sus punciones destructivas y, además, siente hostilidad hacia el pecho cuando no satisface sus necesidades, creyendo que se trata de un pecho distinto que, de alguna manera, le persigue, lo que le produce ansiedades esquizo-paranoides. Posteriormente, tiene que enfrentarse a la realidad de que existe una sola madre poseedora de un pecho, a la vez gratificante y frustrante, y teme haberla dañado con su hostilidad, lo que le produce ansiedades depresivas (Guimón, 1993).

Una llamativa particularidad de la corriente kleiniana, radica en el rechazo de la distinción freudiana entre neurosis y psicosis. Tal como estiman los autores agrupados en esta escuela psicoanalítica, los trastornos esquizofrénicos no se diferenciarían más que cuantitativamente de los histéricos pues, a su juicio, en uno y otro se emplean exactamente los mismos mecanismos. Todo trastorno psíquico, según ellos, debe ser interpretado bien como una dificultad de integración de la posición depresiva, o bien como una regresión a la posición esquizo-paranoide. Coherentes con los desarrollos indicados, prevaleció entre los kleinianos la idea de que un tratamiento psicoanalítico del mismo tipo resultaría tan apropiado con los sujetos neuróticos como con los psicóticos, salvo que en el caso de estos últimos, dicho tratamiento debería ser más profundo (Álvarez, Esteban y Sauvagnat, 2004).

1.5.3 El Modelo de Vulnerabilidad-Estrés

Este modelo plantea que ciertos individuos son vulnerables o están predispuestos a la aparición de una esquizofrenia y que diversos factores ambientales estresantes influyen en la activación de esta predisposición, favoreciendo así la aparición del trastorno (Cuesta, Peralta y Zarzuela, 2000).

La vulnerabilidad, se considera como el resultado de factores genéticos como de propensión adquirida, de acuerdo a los hallazgos realizados en estudios en gemelos y de adopción, sin embargo, la vulnerabilidad puede estar influenciada

por otros factores etiológicos adquiridos, tales como, las complicaciones perinatales (Gottesman, 2003: citado en Pérez, 2014).

Los estresores ambientales precipitan los episodios psicóticos, ya que, según Holsboer y Schatzberg (2011) el inicio de algunos síntomas esquizofrénicos a menudo se manifiestan en momentos de estrés físicos y/o psicológicos. Se sostiene además que esta vulnerabilidad varía de una persona afectada a otra, de forma que en algunos sólo un estrés grave podrá producir los síntomas esquizofrénicos, mientras que en otros bastará con estresores menores (Belloch, Sadín y Ramos, 1995). Se ha encontrado que ninguno de los dos factores por separado son suficientes para desencadenar el trastorno.

1.5.4 Emoción Expresada

Desde las primeras descripciones de la esquizofrenia se sospechó acerca de la contribución de la familia al establecimiento y curso de la enfermedad. En la segunda mitad del siglo XX, surge el concepto de emoción expresada, para referirse al estilo de comunicación prevalente dentro de una familia. La alta emoción expresada, determinada por altos niveles de criticismo, hostilidad o sobreimplicación emocional hacia el paciente, está reconocida como uno de los mejores predictores ambientales de recaída en esquizofrenia (García, Moreno, Freund y Lahera, 2012). Se ha encontrado en diversas investigaciones que los pacientes hospitalizados por un trastorno esquizofrénico, que más adelante salen del hospital y regresan a una familia con alta emoción expresada tienen hasta cuatro veces mayor riesgo de recaída (Leff y Vaughn, 1985), por lo que no es probable que permanezcan fuera del hospital tanto tiempo como aquéllos cuya familia es menos crítica. Esto es cierto, sin importar si el paciente toma fármacos antipsicóticos o no, se explica debido a que, además de la claridad con que las familias se comunican, es importante el impacto emocional de lo que comunican (Leff y Vaughn, 1985: citado en Sarason y Sarason, 1996).

1.5.5 Epidemiología

Existe un acuerdo en considerar que el riesgo de tener esquizofrenia durante la vida adulta es del 1% para la población general; la prevalencia se establece entre el 0.5 y 1.5 % a nivel mundial (González, et al, 2008). Generalmente, en el mundo occidental la mayoría de los casos de esquizofrenia no pasan desapercibidos y son diagnosticados, de manera que la tasa de incidencia y de prevalencia en esta enfermedad es muy similar, mientras que hay menos datos de la epidemiología de enfermedad en otros países, no obstante se piensa que es sustancialmente similar al contexto occidental (Esparcia y et al., 2006).

1.5.6 Factores de riesgo

Los factores de riesgo son eventos o fenómenos de cualquier naturaleza a los cuales se expone el individuo y cuya consecuencia puede ser la producción de una enfermedad o efecto (Colimón, 1990). Según Ezpeta (2005) un factor de riesgo es aquel que aumenta la probabilidad de que aparezca un trastorno, aunque no lo cause directamente, se asocia a él.

Dentro de la esquizofrenia se han identificado algunos factores de riesgo entre los cuales se encuentran los siguientes:

1.5.6.1 Sexo y Edad de Inicio

La prevalencia de la enfermedad es igual en hombres que en mujeres. Sin embargo, ambos sexos difieren en el comienzo y en el curso de la enfermedad. La edad de inicio suele ser más precoz para el varón, entre los 15 y los 25 años, mientras que en la mujer es más tardío, entre los 25 y 35 años. Quizá sea ésta una de las razones por la cual los varones presentan mayor deterioro global que las mujeres, en las cuales el curso de la enfermedad es más benigno. Es muy raro que las esquizofrenias aparezcan por debajo de los 10 años y por encima de los 50 años; en general el rango de edad de mayor riesgo se sitúa entre los 15 y los 35 años (Santo-Domingo et al., 2002) .

1.5.6.2 Edad de los padres

En un meta análisis reciente, se ha puesto de manifiesto que los padres de edad avanzada, independientemente del sexo, tienen más riesgo de tener hijos con Esquizofrenia, y que este riesgo también es mayor en los padres jóvenes menores de 25 años (Saiz et al., 2010).

1.5.6.3 Embarazo y parto

La esquizofrenia se ha asociado con un aumento en las complicaciones obstétricas, estos problemas se han encontrado aproximadamente en el 20% de las historias clínicas de los sujetos con esquizofrenia, de igual manera se ha demostrado que los sujetos que han sufrido complicaciones obstétricas, tienen hasta 50% más de probabilidad de desarrollar un trastorno del espectro esquizofrénico que los que no han sufrido dichas alteraciones. El impacto de estas alteraciones, también ha sido evaluado en los estudios de gemelos discordantes para la esquizofrenia, donde se ha hallado mayor incidencia de complicaciones obstétricas en el gemelo afectado. Sin embargo, el nexo fisiopatológico subyacente entre la historia de complicaciones obstétricas y la aparición de la esquizofrenia constituye un misterio todavía. Una de las dudas planteadas es si se trata de complicaciones del parto secundarias a una anomalía ya existente. Es posible que aquellos fetos que están predispuestos, bien genéticamente, bien por presencia de daño prenatal, a padecer esquizofrenia en la edad adulta, sufran mayor daño de complicaciones obstétricas (Obiols y Vicens, 2003).

Otro factor altamente estudiado en el tema de la esquizofrenia y su relación con el embarazo, es la malnutrición materna, ya que según Berger (2008) se ha encontrado que las mujeres que sufren de desnutrición grave durante el embarazo, tienen el doble de posibilidades de tener hijos con esquizofrenia con respecto a otras mujeres.

La hipótesis de la incompatibilidad del Rh también ha sido objeto de estudio en su relación con la esquizofrenia, ya que se hallaron que las tasas de esquizofrenia se

triplicaban cuando las madres con Rh-negativo daban a luz a hijos con Rh-positivo, en comparación con aquellos casos en los que eran compatibles. La incompatibilidad del factor Rh puede producir hipoxia en el feto, así como altos niveles de bilirrubina, lo que podría afectar negativamente sobre el desarrollo del cerebro (Ojeda et al., 2009).

1.5.6.4 Época del año de nacimiento

Con base en los estudios ejecutados desde la segunda mitad del siglo XX, se ha descrito que en los meses de invierno y primavera hay un exceso de nacimiento de esquizofrénicos, en una proporción del 5 al 8% con respecto a otras estaciones, lo cual permite inferir que los individuos nacidos en dichas estaciones del año tienen un riesgo mayor de desarrollar la enfermedad (González y Caamaño, 2011). Este hecho ha originado muchas hipótesis intrigantes, de las cuales la presencia de infecciones prenatales en la madre durante el segundo trimestre de embarazo parece mejor apoyada por los datos actuales (Goldman, 2001).

1.5.6.5 Enfermedades autoinmunes

Existe un pequeño, pero consistente registro en la literatura que indica que los pacientes con esquizofrenia tienen una inusual resistencia o susceptibilidad a las enfermedades autoinmunes. Principalmente, se ha descrito menor incidencia de artritis reumatoide en sujetos con esquizofrenia, considerando un factor protector del 0.1 al 0.5. Una posible explicación, es que los genes de vulnerabilidad para la psicosis serían protectores para las enfermedades autoinmunes, pero esto sigue sin ser concluyente. Además, se ha observado una relación mayor entre trastornos tiroideos, diabetes tipo I y enfermedad celiaca, teniendo hasta tres veces más el desarrollo de esquizofrenia en los sujetos que previamente tenían enfermedad celiaca, probablemente por el aumento en la permeabilidad al gluten en el intestino con la reducción de péptidos psicoactivos.

La esquizofrenia presenta alteraciones de la respuesta inmune, pero sigue sin quedar claro si es causa o consecuencia de la enfermedad o del tratamiento (Lieberman, 2006).

1.5.6.6 Migración

La multiplicidad de factores epidemiológicamente asociados a la esquizofrenia abarca uno de palpante actualidad y gran complejidad: Los procesos migratorios. Millones de personas en el mundo han migrado y migran, sometiéndose a experiencias diversas, de racismo, discriminación y duelo migratorio. Se ha determinado que las vivencias de discriminación y de aislamiento social (vivir solo y en comunidades con baja densidad de la etnia del migrante) se hallan entre los más prominentes correlatos epidemiológicos de riesgo para desarrollar esquizofrenia (Cabrera y Cruzado, 2014).

1.5.6.7 Urbanismo

El riesgo de presentar esquizofrenia es mayor en aquellos que nacen o crecen en áreas urbanas. Si bien se desconoce el mecanismo etiopatogénico, se postula que sería la acción de factores biológicos y sociales más predominantes en los ambientes urbanos lo que estaría detrás de este fenómeno, actuando de forma sinérgica con la predisposición ambiental. Como candidatos potenciales, encontramos la contaminación, el uso de tóxicos (cannabis) o la exclusión social (Kelly et al., 2010: citado en Saiz et al., 2010).

1.5.6.8 Uso de sustancias

Se ha observado que los pacientes diagnosticados con esquizofrenia tienen una elevada comorbilidad con trastornos por uso de sustancias. Debido al incremento de este diagnóstico, el interés en este tema ha ido en aumento, ya que los efectos negativos observados en el sujeto y a los costos en los servicios de salud han llamado la atención de los clínicos. Como menciona Jiménez, Raventós y

Escamilla (2011) éste trastorno dual puede tener efectos dramáticos en el curso clínico del trastorno psicótico tales como: mayores recaídas, re-hospitalizaciones, síntomas más graves, no adherencia al tratamiento antipsicótico, cambios marcados del humor, aumento en el grado de hostilidad e ideación suicida, así como alteraciones en otras áreas del funcionamiento incluyendo violencia, victimización, indigencia y problemas legales.

En adelante, se mencionan algunas de las sustancias que se ha demostrado tienen mayor comorbilidad con la esquizofrenia.

1.5.6.8.1 Dependencia a nicotina

En comparación al resto de la población, es mucho más probable que los pacientes con esquizofrenia sean fumadores. Se calcula que fuman entre un 70 y 90% de los afectados por la enfermedad, así pues, los pacientes con esquizofrenia tienen un hábito tabáquico intenso, consumen cigarrillos con mayor nivel de nicotina y lo dejan con menos frecuencia (Lieberman, 2010), quizá esto éste relacionado con que los pacientes fumadores presentan más síntomas negativos que los no fumadores, esto podría sugerir un intento de autotratamiento ya que la nicotina modula la neurotransmisión dopaminérgica y glutamatérgica cerebral. El efecto sobre la dopamina conlleva un aumento de su recambio aumentando las concentraciones en el núcleo accumbens y el estriado dorsal, aunque proporcionalmente el aumento es mayor en el primero. Se cree que este efecto está relacionado con sus propiedades adictivas de forma inespecífica en todos los consumidores, sin embargo, los pacientes esquizofrénicos tienen factores biológicos que los hacen más vulnerables a esta dependencia (Roca, 2007).

1.5.6.8.2 Consumo de alcohol

En estudios sobre el consumo de alcohol en pacientes con esquizofrenia, publicados en los últimos años, se encontró una prevalencia entre 27,0% y 44,9%. Varios autores han informado algunas características sociodemográficas y clínicas de los sujetos con este diagnóstico dual (esquizofrenia y abuso de alcohol), tales como predominio del sexo masculino, inicio en la juventud, alta incidencia en personas desamparadas y que viven en situación de calle, antecedentes heredofamiliares, baja escolaridad, problemas de comportamiento en la infancia, habitualmente solteros o divorciados, con bajo apego al tratamiento psicofarmacológico y altas tasas de hospitalización recurrente. La asociación esquizofrenia-alcohol se ha relacionado con problemas sociales, legales y médicos, tales como encarcelación, infecciones por VIH, mayor riesgo de suicidio y conducta violenta (Villamil, Valencia, Medina-Mora, y Juárez, 2009).

1.5.6.8.3 Consumo de cannabis

Los enfermos de esquizofrenia tienen mayor riesgo de adicción a la marihuana, un estudio sobre la función de los cannabinoides en el desarrollo de la esquizofrenia determinó que el consumo de la marihuana provoca un doble aumento del riesgo relativo a sufrir esquizofrenia de inicio tardío. Sin embargo, también se han manifestado que el consumo de cannabis no parece ser una causa suficiente ni necesaria para la psicosis. Así mismo, se estima que la adicción al cannabis desencadena episodios psicóticos en pacientes con esquizofrenia. En cuanto a la farmacología la marihuana tiene efecto aticolinérgicos y, por siguiente, algunos pacientes la pueden utilizar para aliviar los efectos secundarios extrapiramidales de algunas medicaciones antipsicóticas (Lieberman, 2010).

1.5.6.8.4 Consumo de estimulantes

Las anfetaminas y otros estimulantes como la cocaína, pueden producir reacciones francamente psicóticas indistinguibles de la esquizofrenia, salvo por su duración y reversibilidad, en sujetos no susceptibles. El consumo crónico de estas sustancia puede dar origen a cuadros psicóticos que eventualmente sean diagnosticados como psicosis crónicas y esquizofrenia (Chen, 2016).

En cambio, en pacientes con esquizofrenia o vulnerables, el uso de estos estimulantes incrementan su sensibilidad a los efectos patogénicos de las sustancias. En otras palabras, algunos (no todos) los pacientes con esquizofrenia presentaran un empeoramiento y una nueva emergencia de síntomas psicóticos, está respuesta se considera dependiente de estado.

Una primera aproximación ocurre en los pacientes, que al contacto con las sustancias estimulantes generan una reacción psicótica durante el episodio agudo de consumo y la respuesta al tratamiento falla o se vuelve más complejo el cuadro. Otra opción es, que la propensión a desarrollar esta reacción psicótica es predecible de recaída por discontinuación del tratamiento antipsicótico. Por estos motivos no se recomienda el uso de estimulantes en sujetos de alto riesgo a desarrollar psicosis, con antecedentes de reacciones psicóticas, ni en pacientes diagnosticados con esquizofrenia o trastornos del espectro (Lieberman, 2006).

1.5.7 Comorbilidad con otras enfermedades

La esquizofrenia es, según la Organización Mundial de la Salud, la octava causa de discapacidad médica del mundo. Las personas afectadas presentan una tasa alta de comorbilidad médica con enfermedades tales como: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, hepatitis B y C, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y enfermedades cardiovasculares, así como enfermedades psiquiátricas, por ejemplo, del 20% al 40% de las personas con esquizofrenia presentan abuso de sustancias, del 60% al 90% tabaquismo y del 10% al 20% trastornos del humor (Gaba y Fernández, 2011).

1.5.8 Mortalidad y morbilidad

Los estudios han demostrado un aumento en la mortalidad de los pacientes con esquizofrenia (Simpson y Tsuang, 1996; citado en Hales y Yudofsky, 2005), en el pasado las altas tasas de muertes se atribuían tanto a factores naturales como no naturales. Antes, muchos pacientes sufrían los efectos patógenos de la presentación prolongada de síntomas psiquiátricos, que llevaban a la malnutrición o la deshidratación o, se veían expuestos a la tuberculosis o a otras enfermedades infecciosas de las grandes instituciones, sin embargo, al mejorar el cuidado general médico y psiquiátrico la causa actual del exceso de mortalidad entre estos pacientes con esquizofrenia es el suicidio (5% al 10%) y los accidentes. El mayor riesgo de muerte prematura lo padecen los individuos menores de 40 años y aquellos que se encuentran en los primeros años de seguimiento.

Capítulo 2. Tratamiento y rehabilitación

2.1 Tratamiento

Debido a que la esquizofrenia es una enfermedad crónica que afecta prácticamente a todos los aspectos de la vida de las personas que la padecen, la planificación del tratamiento tiene tres objetivos: *a)* reducir o eliminar los síntomas; *b)* optimizar la calidad vida y funcionamiento adaptativo, y *c)* fomentar y mantener el mayor grado posible la recuperación tras los efectos debilitantes causados por la enfermedad. Realizar un diagnóstico exacto repercute enormemente en la planificación del tratamiento a corto plazo y a modificar el plan de tratamiento a largo plazo, además es muy importante concebir el diagnóstico como un proceso y no como un acontecimiento puntual. A medida que se disponga de más información relacionada con el paciente y sus síntomas, debería procederse a reevaluar el diagnóstico y, cuando sea necesario, modificar el plan de tratamiento (American Psychiatric Association, 2006).

La esquizofrenia es un trastorno complejo, por lo cual es necesario un tratamiento multidisciplinario que abarque desde la parte farmacológica, psicológica y por supuesto social.

2.1.1 Farmacológico

Los tratamientos farmacológicos son un elemento esencial del tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Las medicaciones se utilizan para el tratamiento de los episodios agudos, para la prevención de futuros episodios y para la mejoría de los síntomas entre los episodios. Las medicaciones antipsicóticas son el principal tratamiento farmacológico para los pacientes con esquizofrenia. Además, los estabilizadores del estado de ánimo y otros agentes coadyuvantes resultan útiles con frecuencia en determinados grupos de pacientes (American Psychiatric Association, 2003).

La introducción de los antipsicóticos en la década de 1950, revolucionó el tratamiento de la esquizofrenia, ya que supuso una disminución en los ingresos hospitalarios. Sin embargo, la experiencia clínica demostró que alrededor de un 30% de los pacientes no respondía al tratamiento con los antipsicóticos de primera generación y aparecieron los términos refractarios, resistentes al tratamiento o no respondedores para referirse a este grupo de pacientes. Más tarde con la aparición de la clozapina en la década de 1960 y su introducción clínica en los años siguientes, se acuña el término de atípico o antipsicótico de segunda generación para referirse a aquellos antipsicóticos que se asociaban a eficacia clínica en pacientes con resistencia a los clásicos, así como una baja incidencia de efectos secundarios extrapiramidales (Roca, 2007).

Tabla 1. Principales antipsicóticos de primera y segunda generación (Corney y Deanna, 2004).

Antipsicóticos convencionales o típicos (primera generación)	Antipsicóticos atípicos (segunda generación)
<ul style="list-style-type: none"> • Clorpromazina • Flufenazina • Haloperidol • Loxapina • Mesoridazina • Molindona • Perfenazina • Pimosida • Tioridazina • Tiotizeno • Trifluoperazina 	<ul style="list-style-type: none"> • Aripiprazol • Clozapina • Olanzapina • Quetiapina • Risperidona • Ziprasidona

2.1.2 Psicológico

Las intervenciones psicosociales pueden mejorar el curso de la esquizofrenia cuando se entregan con tratamientos psicofarmacológicos, dichas intervenciones pueden aportar beneficios adicionales para los pacientes en prevención de recaídas, mejoras en las capacidades de afrontamiento, mejor función social y laboral, así como la capacidad de funcionamiento independiente. Aunque la farmacoterapia proporciona produce una supresión de los síntomas, las intervenciones psicosociales pueden proporcionar un apoyo emocional y pueden abordar déficit concretos asociados a la esquizofrenia (American Psychiatric Association, 2005).

2.1.2.1 Psicoterapia individual

Existen muchos enfoques de psicoterapia y prácticamente todos se han utilizado en la esquizofrenia. La psicoterapia individual establece una relación de ayuda entre el enfermo y el terapeuta. El enfermo puede sentirse comprendido y aceptado, hablar de sus preocupaciones y sus dudas y, si no resulta estresante, puede ser útil especialmente para mejorar la autoestima que puede estar muy afectada a causa de la enfermedad. En caso de la esquizofrenia, el enfoque cognitivo conductual se ha mostrado eficaz durante la rehabilitación (Mañá, 2008).

La terapia individual, orientada a la realidad es el acercamiento a la psicoterapia individual más apropiado para la esquizofrenia. El primer enfoque en todos los casos debe reflejar los esfuerzos para disminuir la ansiedad y aumentar la confianza (Townsend, 2011).

2.1.2.2 Terapia Grupal

Las terapias de grupo incluyen una amplia gama de modalidades terapéuticas, como son los grupos de psicoeducación, el consejo de grupo, y psicoterapia de grupo, y en algunos casos se utilizan combinaciones entre ellas. Los objetivos de

la terapia de grupo consisten en potenciar la resolución de problemas, la planificación de objetivos, las interacciones sociales, la medicación y el tratamiento de los efectos secundarios.

Kanas (1991: citado en American Psychiatric Association, 2003) sugiere que los grupos deben centrarse en cuestiones de “aquí y ahora” y pueden ser eficaces para potenciar la capacidad de afrontamiento de los pacientes, incluyendo la capacidad de hacer frente a los síntomas psicóticos ya que como menciona Townsend (2011) la terapia de grupo es eficaz para reducir el aislamiento social, aumentar el sentido de cohesividad y mejorar las pruebas de realidad para los pacientes con esquizofrenia, sin embargo, debido a que la terapia de grupo puede ser intensa y en un ambiente muy estimulante, puede ser contraproducente aplicarla demasiado temprano.

2.2 Rehabilitación

En forma paralela al desarrollo de psicofármacos, otros aspectos de las neurociencias permitieron conocer más profundamente las alteraciones neurofisiológicas y neuroanatómicas que subyacen en la esquizofrenia, así como los conocimientos neurobioquímicos, neuroeléctricos, la investigación en genética, en inmunología, en neuroendocrinología, los avances tecnológicos que han permitido el estudio estructural y fisiológico en vivo de los pacientes, a través de la imagenología estructural y funcional, dieron paso a una comprensión más integral de la enfermedad. Aunque, esto no ha sido suficiente para identificar la etiología de la esquizofrenia, si abrió la posibilidad de que los enfermos fueran vistos como personas susceptibles de mejorar su rendimiento global, recuperar en alguna medida su funcionamiento social y su reincorporación a la vida comunitaria. Adoptar una actitud más participativa en su tratamiento y, consecuentemente, lograr que la reinserción psicosocial fuera relativamente posible. Con base en estos principios, el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia fue adoptando no solo mejores alternativas farmacológicas, sino también modelos de rehabilitación (Pérez, 2014).

Se entiende por rehabilitación, a un proceso continuo y coordinado, dirigido a disminuir el impacto negativo de la enfermedad sobre el individuo. En caso de existir lesiones permanentes, la rehabilitación trata de desarrollar al máximo las habilidades conservadas para facilitar así la readaptación del individuo a su medio natural (Betancur, 2005).

Según Díaz y Ortega (2006), la rehabilitación psiquiátrica tiene el propósito de mejorar el funcionamiento integral, al ayudar al paciente esquizofrénico desde el inicio del padecimiento al entendimiento de la enfermedad, a mejorar su calidad de vida y a tener un mejor nivel de adaptación individual, familiar, social y comunitario. Al igual que el tratamiento farmacológico, el tratamiento psicosocial debe aplicarse de acuerdo a las necesidades particulares de cada individuo y debe considerarse en el manejo a largo plazo de la esquizofrenia. Es por eso que en México en 1993, el Instituto Nacional de Psiquiatría desarrolló un programa para la rehabilitación integral del paciente esquizofrénico. Se trata de un programa de consulta externa que permite el abordaje interdisciplinario mediante la aplicación de estrategias de intervención sociopsicológicas, sustentadas en la investigación científica. El programa tiene las siguientes fases 1) evaluación e integración del diagnóstico; 2) atención clínica y estabilización de la sintomatología psiquiátrica; 3) fase de estudio y evaluación integral inicial; 4) aplicación de estrategias de rehabilitación: tratamiento médico psiquiátrico; 5) intervenciones familiares; 6) psicoterapia individual; 7) psicoterapia grupal; 8) psicoterapia psicosocial; 9) terapias por medio del arte; 10) terapia ocupacional. Los resultados muestran que la mayoría de las estrategias rehabilitatorias han resultado ser eficaces para disminuir el índice de hospitalización y para mantener estabilidad en el cuadro clínico. Así mismo, para mejorar el funcionamiento familiar y el funcionamiento psicosocial, así como el desempeño cotidiano del paciente con resultados significativos desde el punto de vista estadístico (Díaz- Martínez, et al., 1999, 1998, 1999, 2001: citado en Díaz & Ortega, 2006).

2.2.1 Psicoeducación

El término “psicoeducación” es una frase que no ha sido claramente definida. Glick (citado en Fresán, Apiquian, Ulloa, Loyzaga, García y Gutiérrez, 2001) define la psicoeducación como “la administración sistemática de información acerca de los síntomas y tratamiento con el objetivo de mejorar el entendimiento y conductas asociadas a la enfermedad. Para Cañas de Paz y Roca (2008) la psicoeducación va más allá de la mera trasmisión de información al paciente y a su familia e incide en cambios cognitivos y conductuales que se derivan del mejor conocimiento de la enfermedad.

La psicoeducación se plantea como un modelo de intervención en el tratamiento integral de las enfermedades mentales. Es un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y brinda información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno, e implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema (Anderson, Douglas y Hogarty, 1988).

Las actividades didácticas en psicoeducación se realizan en pequeños grupos, basándose en la dinámica de grupo y en la psicología del aprendizaje. La persona encargada de facilitar el proceso de psicoeducación no siempre tiene una tarea fácil ya que ésta debe crear un ambiente de grupo gratificante: buen humor y refuerzo social (Gómez et al., 2008). También permite reducir el sentimiento de incapacidad y favorece la descarga emocional, física y social de angustia, temor, malestar, estigma y aislamiento, entre otros aspectos (Rascón, Hernández, Bosque, Alfaro y Medina-Mora, 2011).

La psicoeducación procura establecer los siguientes principios: el trastorno es una enfermedad cerebral; lo imprescindible del seguimiento farmacológico; el involucramiento de la familia como el principal agente rehabilitador, procurando que en el hogar se mantenga una temperatura emocional tibia, buscando que se tengan una forma de comportamiento basada en la información proporcionada, lo

que favorecería una baja en el nivel de exigencias al enfermo al permitirle la libre expresión, facilitando la reinserción al medio social (Rascón, et al., 2011).

Los principios metodológicos de la psicoeducación son esquematizables en las siguientes indicaciones: I.- alianza terapéutica, II.- proporcionamiento de información, III.- propiciación de ambiente que vincule al paciente en la comunidad, IV.- integración gradual del paciente en su rol familiar, y V.- continuidad en el cuidado del paciente y vinculación institucional (Anderson, Douglas y Hogarty, 1988).

2.2.2 Entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento de habilidades sociales es un tipo específico de psicoterapia, que se enfoca al principio en desarrollar habilidades para relacionarse con otros y afrontar las demandas de la vida diaria. Se usa al inicio para pacientes con enfermedades mentales graves, como esquizofrenia, que a menudo se acompañan de considerable deterioro de las habilidades sociales (Black, 2014).

De acuerdo con el desarrollo y naturaleza de las habilidades sociales, y con vista a su evaluación y tratamiento, Mueser y Sayers (1992: citado en Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2005) establecieron una serie de principios básicos que las caracterizan:

- a) Las habilidades sociales pueden ser aprendidas y enseñadas a personas con deterioro. A través, de las influencias combinadas de la observación de modelos, del refuerzo social y del refuerzo material, se puede adquirir un repertorio de habilidades para su uso social en personas con déficit; que puede provenir de la falta de motivación, del desuso, de los efectos de los síntomas positivos o de la pérdida de las relaciones contingenciales de refuerzo dispuestas en el ambiente.
- b) Las habilidades sociales son específicas a cada situación, de modo que lo apropiado de la conducta social depende en parte del contexto ambiental en el que ocurre. Las reglas que regulan la conducta social están influidas por diferentes

factores, como el propósito de la interacción, el sexo de los participantes, el grado de familiaridad y relación entre los actores, el número de personas presentes, el escenario y el momento. Por estas razones, la evaluación debe ser situacional.

c) Las habilidades facilitan la competencia social, pero no la aseguran, en la medida en que ésta es el resultado de una red que incluye las habilidades de la persona y otros factores no relacionados con las destrezas, como la ansiedad y el ambiente.

d) Las habilidades sociales inciden sobre el funcionamiento social y sobre el curso de la esquizofrenia. A través, de la mejora en la calidad de vida y la reducción de las exacerbaciones sintomáticas, las habilidades sociales son un instrumento de protección personal.

2.2.3 Terapia Familiar

En México, al igual que en otras partes del mundo, la familia es y será el agente responsables del cuidado comunitario para la mayoría de los pacientes con esquizofrenia. Entre 60 y 85% de los pacientes vive con familia (Valencia, 2003: citado en Pérez, 2014). Sin embargo, se le brinda poca orientación y ayuda profesional a la familia, es decir, ésta tiene que manejar la problemática que manifiesta el paciente sin conocimiento de la enfermedad, ni entendimiento de la naturaleza bio-psico-social, ni de la importancia del tratamiento integral de la esquizofrenia.

La terapia efectiva para los pacientes esquizofrénicos y sus familias comienza con el apoyo igualmente efectivo al personal responsable.

La mayoría de las familias con un miembro esquizofrénico buscan ayuda de profesionales cuando su familiar ha dejado de funcionar adecuadamente. Un episodio psicótico crea una crisis durante la cual la familia necesita ayuda inmediata, ya que suelen sentirse asustados ante el comportamiento inexplicable que ha manifestado su familiar enfermo (Anderson, Douglas y Hogarty, 1988).

Las terapias de orientación familiar resultan ser útiles en el tratamiento de la esquizofrenia. El centro de la terapia debe ser la situación inmediata y debe incluir la identificación y evitación de posibles situaciones problemáticas. Cuando los problemas aparecen con el paciente en la familia, la terapia debe proporcionar una solución rápida a ese problema.

En muchas ocasiones, deseando ayudar, los miembros de la familia a menudo animan al paciente a que reanude sus actividades demasiado pronto, por ignorancia del trastorno o negación de su gravedad. En estos casos el terapeuta debe ayudar a la familia y al paciente a conocer mejor la enfermedad, debe explicarles el episodio psicótico y que ha podido desencadenarlo, más adelante, la terapia de familia deberá dirigirse al conocimiento de las técnicas de afrontamiento, reducción del estrés y a la reincorporación gradual del paciente a sus actividades.

Algunos estudios han hallado que este tipo de terapia es especialmente efectiva para reducir recaídas. Los miembros de la familia suelen estar asustados por los síntomas psicóticos, y una charla abierta entre el psiquiatra, familia y el enfermo puede de ser de utilidad para todas las partes (Kaplan y Sadock, 2000).

A continuación se mencionan los elementos para el tema de consciencia de enfermedad.

Capítulo 3. Consciencia de enfermedad

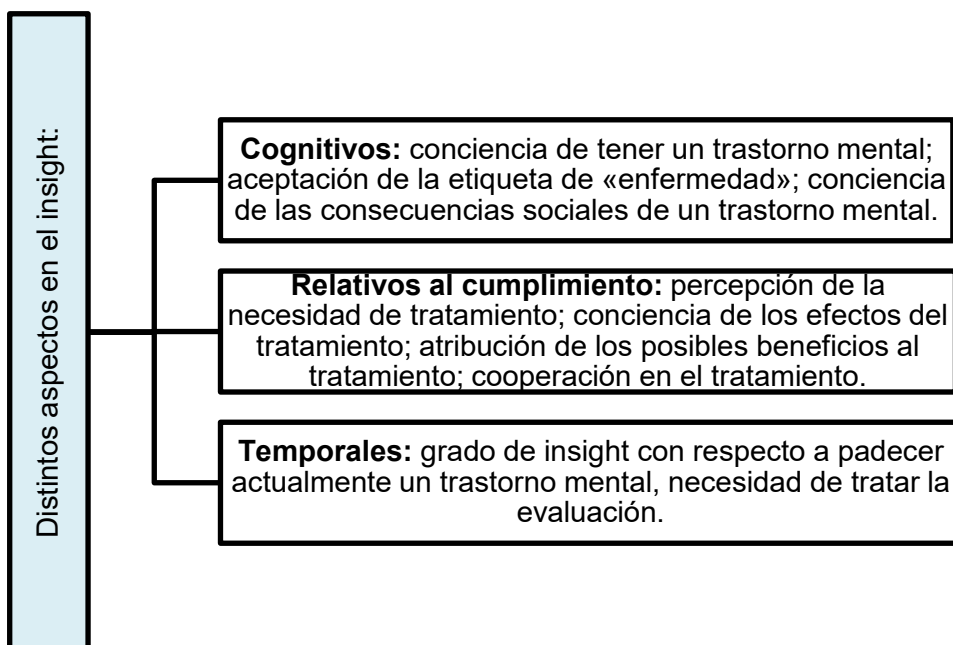
La consciencia de enfermedad, se define como el reconocimiento de la existencia de una sintomatología y su atribución a una enfermedad que se padece. Sin embargo, este no es ni un constructo unidimensional ni dicotómico, puesto que existen diferentes factores que interactúan en la opinión del enfermo sobre su enfermedad.

En caso de la esquizofrenia, la ausencia de consciencia de enfermedad en los pacientes, es una de las características más destacadas de este trastorno, lo cual tiene especial relevancia, ya que la mayoría de los autores encuentran que el cumplimiento terapéutico está relacionado con el nivel de consciencia de enfermedad del paciente. Algunos trabajos demuestran que aquellos pacientes que no tienen una elevada consciencia de enfermedad, no cumplen con los patrones establecidos por el psiquiatra, no existe un nivel de cooperación adecuado con éste y suelen rechazar el tratamiento (Haro, Ochoa y Cabrero, 2001). En cambio cuando hay una verdadera consciencia de enfermedad y ésta se acepta como algo que hay que manejar y controlar, el enfermo se responsabiliza de su medicina y cumple con lo que se le prescribe sin que sea necesario insistirle. Para que esto ocurra es necesario que enfermos y familiares tengan información sobre la enfermedad, sobre la medicación y sobre las consecuencias de abandonar los medicamentos (Mañá, 2008).

De acuerdo con la teoría psicodinámica, el término *insight*, se refiere a la capacidad del paciente para reconocer que padece una enfermedad mental, y a la habilidad para su auto-observación y auto-conocimiento respecto a sus experiencias psicopatológicas, así como la consciencia del tipo, severidad y consecuencias de su trastorno mental (Coon y Motterer, 2010).

Meyer y Nashrallan en 2004 describen el concepto de insight en base a la cognición, la conducta y la temporalidad (cuadro 1).

Cuadro 1. Aspectos del insight de acuerdo con Meyer y Nashrallan (2004).



Estos autores también consideran posibles causas de un pobre insight o consciencia de enfermedad, que en muchos casos interactuarán entre ellas, tales como:

- Déficits neurocognitivo. El insight pobre, es a menudo similar a la escasa consciencia de enfermedad observada en personas con déficits neurológicos tras un daño cerebral (anosognosia). Se ha relacionado la falta de insight y el funcionamiento neuropsicológico en pacientes esquizofrénicos. Varios estudios señalan una relación entre insight y función ejecutiva que puede estar mediada por una disfunción del lóbulo frontal.
- Falta de insight como un mecanismo de afrontamiento psicológico. En muchos casos la falta de reconocimiento de una enfermedad representa un intento de evitar la experimentación de una enfermedad y sus consecuencias personales. Se ha relacionado la falta de reconocimiento de los síntomas negativos con déficits cognitivos y la de los síntomas positivos con estrategias psicológicas de afrontamiento. La correlación entre un menor insight y menor sintomatología depresiva implica que un

escaso insight puede jugar un papel protector contra una mala autoimagen.

Según Vidal y Glez (2009), sin una adecuada consciencia de enfermedad no se van a poder asentar los cimientos de la «recuperación». La falta de consciencia de enfermedad va a dificultar las relaciones de los pacientes con sus familiares y los profesionales. Los pacientes van a sentir que los familiares y los profesionales con los que se relacionan no comprenden lo que les ocurre. Los familiares y profesionales se van a sentir frustrados ante la falta de reconocimiento de la enfermedad y el rechazo de los pacientes a la ayuda que se les ofrece.

Capítulo 4. Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento se ha definido como la concordancia entre la actuación realizada por el paciente y el consejo médico prescrito. La definición de la falta de adherencia incluye tanto la no aceptación de un programa de tratamiento como la finalización prematura de dicho programa, además de la implementación incompleta de las instrucciones médicas (Cañas de Paz y Roca, 2008).

Según Alarcón, Mazzotti y Nicolini (2005) los pacientes con esquizofrenia muestran muy bajos niveles de adherencia al tratamiento, bien sea farmacológico o psicoterapéutico. Lo anterior se podría deber a su poca capacidad de introspección, al estigma de la enfermedad, al desconocimiento de la etiología y el curso de los síntomas, a los efectos indeseables de los antipsicóticos y a la percepción por parte del paciente de los posibles efectos negativos, todos estos factores pueden llevar al paciente esquizofrénico al incumplimiento terapéutico, ya que éste se sitúa entre el 40 y 50% de los casos, con una tasa que llega hasta el 75% si se considera también el incumplimiento parcial. Se ha señalado que el incumplimiento terapéutico es la primera causa de hospitalización en los pacientes esquizofrénicos, seguida de la no respuesta al tratamiento.

Existen una serie de factores que según Cañas de Paz y Roca (2008) se han asociado con una mayor o menor adherencia al tratamiento, entre estos factores, encontramos los siguientes:

4.1 Factores sociodemográficos

4.1.1 Edad

La mayor parte de los estudios no han hallado ninguna relación entre adherencia y edad del paciente. Ahora bien, algunos autores sugieren una circunstancia que puede tener alguna relación con la edad: por un lado, la fase evolutiva de la enfermedad, ya que son muchos los que observan un peor cumplimiento en periodos tempranos de la misma lo que supone una edad entorno a los 20 años. Por otro lado, está el deterioro cognitivo como circunstancias que, de manera

pasiva, influye en que exista un mayor número de olvidos a la hora de tomar la medicación, lo que suele producirse en edades más avanzadas.

Se ha relacionado el peor cumplimiento en pacientes más jóvenes por darse en ellos una doble circunstancia que contribuye a reducir el cumplimiento: al inicio de la enfermedad es cuando el paciente más pone en duda el diagnóstico y se cuestiona la necesidad del tratamiento, a la vez que es cuando se toleran peor los efectos secundarios de la medicación, especialmente los que afectan a su imagen (aumento de peso, parkinsonismo) y a su respuesta sexual.

4.1.2 Sexo

También en este apartado, las publicaciones existentes son contradictorias. Aunque la mayoría no aportan datos significativos, los pocos trabajos que lo hacen sugieren que las mujeres cumplen ligeramente mejor que los hombres con las pautas establecidas por su terapeuta. Esta diferencia parece mínima cuando nos referimos a pacientes esquizofrénicos.

4.1.3 Clase social

Salvando situaciones extremas como los pacientes sin techo en los que la carencia de lo imprescindible les impide muchas veces disponer de la propia medicación, no se han observado diferencias significativas en la mayoría de trabajos. Algunos apuntan como circunstancia desfavorecedora al carecer de empleo fijo y el disponer de recursos económicos limitados sin llegar a la indigencia, en cuyo caso el cumplimiento se hace muy irregular.

4.1.4 Estado civil

La mayoría de los trabajos concluyen, que el hecho de vivir solo es una circunstancia desfavorecedora para el cumplimiento, aunque vivir en compañía no siempre representa un factor protector. Diversos estudios indican que los

pacientes que viven en el seno de familias con actitudes muy críticas hacia el paciente, especialmente hacia el hecho de que no se tomen correctamente el tratamiento y con una elevada expresividad emocional, tienen más tendencia a abandonar el tratamiento que los que viven en familias menos expresivas e incluso en las que viven solos.

4.1.5 Raza

La mayoría de los trabajos realizados en Estado Unidos muestran un discreto peor cumplimiento en pacientes esquizofrénicos de origen latino, afroamericano y mexicano respecto a pacientes caucásicos (el 35% respecto al 43%). Los autores relacionan esta diferencia con cuestiones que van desde las propias creencias culturales en torno al tratamiento hasta el hecho de pertenecer a clases sociales más desfavorecidas y mayores dificultades para acceder a los dispositivos asistenciales por parte del colectivo de pacientes hispanos y afroamericanos.

Aunque la mayoría de enfermedades crónicas conllevan una mala adherencia al tratamiento, la esquizofrenia es la que suele comportar peor cumplimiento.

4.2 Características específicas de la enfermedad

La gravedad de la enfermedad no es factor determinante en sí mismo, pero si suele serlo la fase en que se encuentra el paciente. La mayoría de estudios apuntan a que los pacientes cumplen peor con el tratamiento en fases iniciales de la enfermedad respecto a aquellos cuya enfermedad respecto a aquellos cuya enfermedad cursa desde hace más de dos años.

La clínica psicótica que se asocia a un peor cumplimiento es la presencia de delirios de tipo megalománico o místico, vividos por el paciente de manera grandiosa. El paciente tolera mal la vuelta a una realidad no siempre cómoda y prefiere refugiarse en una vivencia delirante que le preserva del sufrimiento de lo cotidiano. Este tipo de paciente boicotea casi sistemáticamente el tratamiento y

cuando se aplican medidas terapéuticas ineludibles como medicación de absorción lenta a menudo se instala en una clínica depresiva que precisa tratamiento específico.

Por el contrario, la presencia de la clínica depresiva y ansiosa asociada a los síntomas psicóticos mejora el cumplimiento.

Las formas más graves de la esquizofrenia, con poca respuesta a tratamiento prescrito, suelen asociarse a un peor cumplimiento terapéutico. Por lo general, se trata de pacientes que han tomado diversos tratamientos, que suelen tomar más medicamentos que otros pacientes y que desconfían la eficacia de los mismos. A ello suele añadirse que la mayor complejidad de sus tratamientos suele provocar más efectos secundarios que tratamientos más simples y con dosis menores, a suma de lo cual incide muy desfavorablemente en su adhesión a un tratamiento e el que no creen.

La sintomatología negativa, en sí misma, no parece que condicione desfavorablemente el cumplimiento. No obstante cuando es grave, hasta el punto que representa un deterioro considerable en la capacidad del paciente para atender sus cuidados básicos y especialmente si vive solo, puede incidir negativamente en el cumplimiento terapéutico. Este tipo de pacientes no sólo descuidan su tratamiento psiquiátrico, sino todas las medidas de salud general, por lo que son pacientes con mayor morbilidad y mortandad que el resto de pacientes psiquiátricos. Finalmente, el deterioro cognitivo especialmente los fallos mnésicos, que conlleva la esquizofrenia contribuye a que el paciente descuide fácilmente el calendario de visitas y la pauta farmacológica.

En cuanto al momento más vulnerable para el abandono de del tratamiento, se da entre el momento de alta y los seis meses siguientes, especialmente si el ingreso ha sido contra su voluntad. Un vez que el paciente deja de tomar su tratamiento durante una semana, tiene el 91% de posibilidad de abandonarlo definitivamente hasta la siguiente recaída.

La confianza del paciente en su tratamiento al momento que es dado de alta del hospital determina de manera decisiva el cumplimiento posterior, hasta el punto que la consciencia de enfermedad en el momento de alta es el factor que más poderosamente correlaciona un cumplimiento adecuado por parte del paciente.

Aunque no es un rasgo psicopatológico estrictamente relacionado con la esquizofrenia, la personalidad previa condiciona de manera importante la tendencia del paciente a cumplir o no con su tratamiento. Sabemos que los pacientes con mayor extroversión, los buscadores de sensaciones y con mala tolerancia de aburrimiento y la frustración son peores cumplidores. Aunque es una característica independiente, estos rasgos de carácter se suelen presentar en individuos con más predisposición al abuso de sustancias, por lo que no es extraño que se sumen ambas circunstancias.

En la mayoría de los trabajos sobre adherencia terapéutica en la esquizofrenia la falta de consciencia de enfermedad (insight) aparece como la primera causa de abandono de tratamiento. El insight comporta tres facetas fundamentales:

- La capacidad para reconocer la enfermedad.
- La capacidad para atribuir determinados síntomas a la misma.
- La capacidad para detectar las ventajas del tratamiento y, por tanto, cumplir con el mismo.

4.3 Patologías comórbidas implicadas en el cumplimiento

La mayoría de trabajos correlacionan negativamente el abuso de sustancias con el cumplimiento terapéutico, y este es el segundo factor en importancia tras la ausencia de consciencia del trastorno.

La mitad de los pacientes esquizofrénicos abusan de alguna sustancia a lo largo de su enfermedad, independientemente de la nicotina. Los trabajos sobre comorbilidad indican que son el alcohol y el cannabis las sustancias que más

frecuentemente consumen los esquizofrénicos y en ambos casos es uno de los factores más determinantes para el abandono del tratamiento. Algunos autores consideran que el abuso de sustancias hace hasta 13 veces más improbable el cumplimiento de la medicación que si no se diera tal abuso.

4.4 Factores relacionados con el entorno y el terapeuta

4.4.1 Adherencia terapéutica

El concepto de alianza terapéutica implica un acuerdo por parte del médico y del paciente en que se acepta un tratamiento, son muchos los autores que creen y han demostrado que la relación entre el clínico y el enfermo es el factor con mayor peso en la adherencia al tratamiento. La sensación de ser escuchado por el médico ha demostrado relacionarse positivamente con un mejor cumplimiento terapéutico por parte del paciente con esquizofrenia.

4.4.2 Factores relacionados con la familia

Es un dato revelador la importancia que tiene la familia en el tratamiento de estos pacientes. La familia es un aliado natural en el proceso de asistencia al paciente, su papel es fundamental ya que ésta acompaña al paciente a lo largo del día, esto ayuda a la información sobre su estado, detectando precozmente signos de recaída, y actitud respecto a la medicación. También se encontró que la supervisión ha demostrado ser un factor importante para asegurar la toma de la medicación.

La consciencia de enfermedad que tenga la familia sobre el trastorno que sufre el familiar, es un factor que puede favorecer la adherencia mediante dos acciones:

- En que se apoya y supervisa de modo continuado al familiar.
- La facilitación de consciencia de enfermedad del propio familiar.

También, se ha relacionado el pobre cumplimiento terapéutico con familias que rechazaban en implicarse en el tratamiento familiar y se ha encontrado que los pacientes que viven con familiares presentan mejor cumplimiento terapéutico que aquellos que viven solos.

Una de las causas de recaída en el paciente esquizofrénico es grado de estrés ambiental, en el cuál el componente familiar tiene un papel primordial.

4.5 Adherencia como tríada

En el caso de la adherencia en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos hay que tener en cuenta:

- *La implicación en el sector profesional, sanitario y otros agentes terapéuticos, con intervenciones de mejora en el manejo de estrategias terapéuticas (farmacológicas, de rehabilitación psicosocial, de integración social, de participación ciudadana, de ocio, de integración familiar, etc.).*
- *La implicación de la familia, en su concepto amplio, en contra de la situación general actual que circunscribe a la madre/mujer cuidadora, siendo necesario para ello la ampliación y favorecimiento de intervenciones dirigidas a otros miembros de la unidad familiar, tales como padre y hermanos.*
- *La implicación de la propia persona con enfermedad mental, siendo crucial en esta la consciencia de enfermedad, su conocimiento y el reconocimiento de los síntomas propios.*

El apoyo social incrementa los recursos de afrontamiento del individuo y, en el caso específico de la adherencia, puede contribuir al aumento de la misma, sobre todo cuando el grupo familiar o de personas allegadas y significativas para la persona con la enfermedad mental comparten las creencias, los valores, las actitudes, los estilos de vida, las preferencias, etc., y se convierten, así en favorecedores del inicio, desarrollo y mantenimiento de las recomendaciones terapéuticas.

4.6 Beneficios de la adherencia al tratamiento

Se observó que los pacientes con buena adherencia al tratamiento mostraron periodos más cortos de hospitalización, así como menores tasas de ingresos en el año siguiente. También se comprobó que realizar visitas regulares al terapeuta de referencia mejoraba la adherencia al tratamiento.

A continuación se aborda de forma explícita la metodología utilizada en esta investigación.

Metodología

Pregunta de investigación:

¿Mejora el curso psicoeducativo la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia?

Objetivo General

Evaluar el efecto del curso psicoeducativo sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia.

Objetivos Específicos

- a) Comparar a los pacientes con esquizofrenia que acudieron al curso psicoeducativo con un grupo de pacientes control.
- b) Evaluar la gravedad sintomática de los pacientes a lo largo del curso.

Hipótesis de investigación

Los pacientes que asistan al curso psicoeducativo mostrarán mejoría en la adherencia al tratamiento en contraste con el grupo control.

Hipótesis nula (H₀):

Los pacientes que asistan al curso psicoeducativo, no mostrarán mejoría en la adherencia al tratamiento en contraste al grupo control.

Hipótesis alterna (H_a):

Los pacientes que asistan al curso psicoeducativo mostrarán menos adherencia al tratamiento en contraste al grupo control.

Tipo de Estudio

Enfoque Cuantitativo: Usa recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento.

Longitudinal: Recaba datos en diferentes puntos el tiempo, para realizar inferencias a cerca de la evolución de la investigación o fenómeno, sus causas y sus efectos.

Descriptivo: Busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

Comparativo-causales: Establecen comparaciones entre grupos: por ejemplo un grupo experimental (al que se le aplica un programa) y un grupo control (al que no se le aplica dicho programa). Si al final de la experiencia se observan diferencias entre los grupos se puede establecer una relación causa-efecto (Bisquerra, 2009).

Selección y Tamaño de Muestra

Se reclutaron a 14 pacientes, de los cuales 7 formaron parte del curso psicoeducativo mientras 7 formaron parte del grupo control, fueron asignados de forma aleatoria para integrar los grupos. La forma de aleatorización fue a través de una moneda lanzada al aire. Cara grupo control, cruz grupo psicoeducativo, hasta completar la muestra.

Descripción de la muestra

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Género	Sexo biológico	Nominal dicotómica	Femenino/ Masculino	Hoja de datos sociodemográficos
Escolaridad	Años de estudio formales a partir de la primaria	Intervalar	En años cumplidos de estudio	
Nivel socioeconómico	Determinado nivel de ingresos por medio del estudio socioeconómico	Intervalar	De 1 – 5	
Duración de la psicosis no tratada (DPNT)	Tiempo trascendido entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento.	Intervalar	Por semanas de 1 en adelante	
Gravedad sintomática	Es la presencia de sintomatología relacionada con la enfermedad	Intervalar	Síntomas Positivos Negativos Cognitivos Excitabilidad Depresión/ Ansiedad	PANSS
Adherencia	Estudio de la adherencia al tratamiento	Ordinal/ nominal	> 6 alta adherencia < 6 baja adherencia	Morisky 8

Criterios de inclusión

- a) Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en base a los criterios del DSM-5
- b) Enfermedad estable con PANSS de < 90 puntos.
- c) Pacientes de 18 a 45 años de edad.
- d) Paciente que acepten participar en el estudio.
- e) Que sepan leer y escribir.
- f) Que acepten firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- a) Pacientes con esquizofrenia que presenten otro trastorno en el eje I, excepto adicción a nicotina y cafeína (determinado con entrevista).
- b) Pacientes con esquizofrenia del subtipo catatónico según el DSM-5.
- c) Pacientes que presenten alguna enfermedad neurológica y/o del aparato visual que impida la adecuada visión de las pruebas.
- d) Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado.

Criterios de eliminación para el grupo de pacientes con esquizofrenia

Pacientes que decidieron retirarse sin concluir las evaluaciones.

Definición conceptual y operacional de las variables

- a) **Esquizofrenia:** Trastorno psicótico que afecta la percepción, el pensamiento, el afecto, y la conducta de los pacientes, deteriorando su funcionamiento familiar, escolar y social por lo cual resulta ser un trastorno mental crónico e incapacitante.
- b) **Adherencia terapéutica:** Concordancia entre la actuación realizada por el paciente y el consejo médico prescrito.

Instrumentos

Formato de Datos Clínico-Demográficos

El formato de datos clínico-demográficos diseñado previamente se compone de 2 áreas conformadas por diversos reactivos, en donde se registra y concentra la información necesaria de las principales características demográficas y clínicas de cada uno de los pacientes evaluados. Para la aplicación de este formato, es necesario realizar un interrogatorio dirigido tanto al paciente como a familiares que tengan un contacto estrecho, y mayor conocimiento sobre la evolución de la enfermedad del paciente en estudio.

La sección de "Datos Generales" contiene la ficha de identificación del paciente, en donde se incluye su edad al momento del estudio, el género, su estado civil, la escolaridad del paciente completada en años, su nivel socioeconómico (basado en los parámetros empleados en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente") y su ocupación en la actualidad.

La sección denominada "Diagnóstico y Características del Padecimiento" se compone con algunos datos arrojados de la entrevista diagnóstica basada en los Criterios del DSM-IV (1994) y por una serie de preguntas previamente elaboradas con la finalidad de recabar información de las principales características clínicas del padecimiento como son: la edad de inicio del padecimiento, la edad del paciente en su primera hospitalización psiquiátrica (en caso de haber sido hospitalizado durante el curso del padecimiento), el número total de hospitalizaciones, el período de tiempo total de las hospitalizaciones (registrado en semanas), y la duración de la psicosis no tratada (DPNT), esta última definida como el intervalo de tiempo comprendido entre el inicio de los síntomas psicóticos y el inicio del tratamiento especializado. Esta información se obtendrá mediante una evaluación retrospectiva teniendo como fuentes de información al paciente, familiares y al expediente clínico.

Escala de los Síntomas Positivos y Negativos en Esquizofrenia (PANSS).

La escala PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), fue desarrollada por Kay et al., en 1987, es una escala que mide gravedad de los distintos síntomas presentes en la esquizofrenia, y permite evaluar los cambios en respuesta al tratamiento.

Esta escala incluye 30 variables. Se diseñó en forma original para la evaluación de tres dominios de síntomas: Síntomas positivos (7 reactivos), síntomas negativos (7 reactivos) y psicopatología general (14 reactivos). Cada variable se califica de acuerdo a la gravedad desde 1 igual a ausente, hasta 7, extremadamente grave. El PANSS tiene criterios operacionales estrictos para conducir una entrevista clínica, definiciones específicas para cada uno de las 30 variables y criterios de calificación más detallados para cada nivel de psicopatología.

La escala PANSS ha sido objeto de repetidos análisis factoriales, que sugieren la presencia de más de tres dominios de síntomas. Los estudios más recientes reportan que la escala está compuesta por 5 factores (síntomas positivos, síntomas negativos, síntomas cognitivos, ansiedad/depresión y excitabilidad).

En México la escala PANSS de cinco factores fue validada en 150 pacientes esquizofrénicos del Instituto Nacional de Psiquiatría. La confiabilidad interevaluador fue superior a 0.80. Se aplicó el BPRS para probar la validez concurrente de las subescalas de síntomas positivos y negativos. Para valorar la validez concurrente de las subescalas de síntomas cognitivos, excitabilidad y ansiedad/depresión se aplicaron el examen del estado mental de Folstein, la escala de agresión explícita de Yudovsky y la escala Calgary para depresión en pacientes esquizofrénicos, respectivamente. El análisis de componentes principales, forzado a 5 factores, explicó el 53.45 de la varianza. La correlación con de los cinco dominios con las escalas aplicadas para probar la validez concurrente fue la que sigue: Síntomas positivos/ Síntomas positivos del BPRS: 0.81; Síntomas Negativos/ Síntomas negativos del BPRS: 0.77; Escala Calgary de depresión/ subescala ansiedad-depresión: 0.45; Escala de agresión explícita de

Yudovsky/ subescala de excitabilidad: 0.42; Examen del estado mental de Folstein/Subescala cognitiva: 0.47. El coeficiente alfa de Cronbach indicó una consistencia interna elevada de las subescalas; 0.86 síntomas negativos; 0.81 excitabilidad; 0.89 síntomas positivos, 0.80 ansiedad/depresión; 0.80 síntomas cognitivos.

Escala de adherencia a la Medicación Morisky -8

La prueba de Morisky se usa comúnmente como instrumento de medida de adherencia. Este instrumento rápido y simple consta de 4 preguntas de tipo dicotómico (verdadero/falso) sobre el patrón de uso de medicamentos en el pasado por lo que puede utilizarse en una anamnesis farmacológica.

Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine se denomina Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morisky-Green-Levine, el cual es un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento. Se considera adherente a la persona que responde “NO” a las cuatro preguntas, y si contesta “SI” en al menos una de las preguntas se clasifica como no-adherente. Esta prueba tiene una validez predictiva y concomitante con una precisión alfa de 0.61. Esta validez se basa en la correlación entre un puntaje alto del test y buen control de presión arterial a los 5 años, y a su vez, un bajo puntaje en el test con un mal control de la presión arterial a los 5 años. Este estudio fue publicado en 1986, en la revista médica denominada Medical Care, este se utiliza desde entonces en el proceso de cuidado de los pacientes de la Clínica de Hipertensión del Hospital de Johns Hopkins y Baltimore City Hospital, entre otros, debido a lo breve y sencillo de realizar, a la validez predictiva a largo plazo y la identificación de problemas específicos que surgen de las respuestas del test como la corrección de errores en la toma (si alguna vez se siente mal, ¿las deja de tomar?), adaptar la toma de medicamentos al horario diario del paciente para evitar el olvido (relacionar la toma del medicamento al lavado de dientes o las comidas), o involucrar a otro

miembro de la familia como apoyo a largo. Con una consistencia interna 0.83. Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento, en el 2005 Jennifer C. Day y colaboradores, evaluaron a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, usando el PANSS para gravedad de los síntomas, se valoró el efecto de los medicamentos, actitudes a la medicación, y adherencia farmacológica con la escala de Morisky-green con una buena validez predictiva, y con un alfa de cronbach de 0.61. Se ha usado para evaluar la adherencia farmacológica en pacientes con esquizofrenia, en el 2012 por Sweileh WM y colaboradores en Palestina, evaluando a 131 pacientes con esquizofrenia, (P=0.028) Una versión actualizada de esta escala fue desarrollada en 2008, llamándose Morisky Medication Adherence Scale 8 ítems, que consiste en una medida de 8 ítems con una fiabilidad de 0,83 y buena validez concurrente y predictiva en pacientes con hipertensión, esta medida se ha encontrado que se correlaciona positivamente con la prescripción farmacéutica llenada, las correlaciones ítem-total fueron >0,30 para cada uno de los 8 elementos que componen el escala de adherencia a la medicación. La consistencia interna con alfa de Cronbach fue de 0,83, se correlacionó significativamente con el previamente validado autoinformadas 4 ítems con una correlación de Pearson, 0,64, (p <0,05). El análisis factorial confirmatorio indicó que la escala de 8 ítems fue unidimensional es una escala likert basado en el trabajo en el Hospital Martin Luther King a la mitad de los noventas, esta escala ha sido validada a nivel mundial en enfermedades crónicas degenerativas, en el 2010 por Harith y colaboradores en Malasia en pacientes Diabéticos tipo 2, con una consistencia interna alfa de cronbach 0.67, la correlación positiva de 0.79 p<0.01, con un valor predictivo negativo de 77.61,45.37, 46.84, 76.56 respectivamente. En el 2012

Fahad Saleem Pharm la validó en Pakistán en pacientes hipertensos, con una sensibilidad y especificidad adecuada, con valores predictivos positivos y negativos 46.15%, 60.0%, 45.0% and 61.11%, respectivamente, alfa de Cronbach de 0.75 ($p < 0.001$). Se ha usado en pacientes con esquizofrenia en Egipto en el 2013 por Mostafa Amr, se evaluaron a 92 pacientes, de acuerdo a la escala de adherencia a la medicación Morisky (MMAS) 8=buena adherencia, <6 baja adherencia, obteniéndose datos de no adherencia similares en estudios en Nigeria y Pakistán.

Procedimiento

El estudio se llevó a cabo con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en la clínica de Esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”, en el módulo B (Consulta Externa).

A los pacientes que participaron en el estudio, se le explicaron los objetivos y en qué consistiría su participación, a los que aceptaron, se les valoró para que cumplieran los criterios de inclusión para el estudio y se solicitó firmaran el consentimiento informado. Se aplicó el PANSS de cinco factores y la escala de adherencia a la medicación Morisky. Durante el estudio se reafirmó constantemente la absoluta confidencialidad de la información obtenida.

Análisis Estadístico

La descripción de las características clínicas de los pacientes se realizó mediante frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar para las variables continuas.

Para la comparación de las características demográficas y de emociones se utilizó la Chi cuadrada (χ^2) para los contrastes categóricos y se utilizó la U-Mann para la comparación de variables continuas. El nivel de significancia estadística se fijó con una $p \leq 0.05$.

Consideraciones éticas

El estudio se realizó de acuerdo a los principios generales estipulados en declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial 2008). A todos los sujetos y familiares se les solicitó consentimiento informado, mismo en el que se brindó la explicación del estudio, ante dos testigos y el médico responsable. El no participar en el proyecto no excluyó al paciente de recibir la atención médica necesaria y si se retiraba del mismo, no afectaría esa decisión su tratamiento. Los datos generados en la investigación serán utilizados únicamente con fines científicos y no se les dará otro uso, salvo autorización escrita y expresa de los pacientes y de los comités antes mencionados, guardando la absoluta confidencialidad de los pacientes que accedan a participar.

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I. Investigación sin riesgo; Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Los datos generados en la investigación serán utilizados únicamente con fines científicos (Diario Oficial de la Federación, 1983).

Recursos Humanos y Materiales

Los materiales utilizados fueron de papelería y de informática, localizados y aportados por los investigadores. El personal que participó fueron el tutor y dos alumnas de psicología.

Los costos se estiman en aproximadamente 1000 pesos. Se atribuye a material de papelería y a los materiales de apoyo.

Esquema de sesiones del curso psicoeducativo

Primera sesión

Objetivo: Conocer los síntomas, tipos, tratamientos y causas de la esquizofrenia para mejorar la comprensión de la enfermedad y comenzar el proceso de aceptación y entendimiento.

Desarrollo previo de la sesión:

1. A la llegada de los participantes se les brinda una identificación con su nombre.
2. Presentación de los moderadores que están a cargo del psicoeducativo (nombre profesión y/o especialidad).
3. Presentación de los participantes.
4. Dar a conocer el tiempo de duración del psicoeducativo (9 sesiones) y explicar la importancia de su asistencia hasta el término de éste.
5. Explicar el contenido y el temario del curso (se entrega el temario por escrito).
6. Explicar las reglas del grupo:
 - a. Ningún paciente puede interrumpir a otro paciente, debe darse la oportunidad de hablar a todo el mundo.
 - b. Respeto entre los integrantes del grupo
7. Mencionar la confidencialidad de los integrantes del curso
8. Mencionar la importancia de la psicoeducación para mejorar la comprensión de la enfermedad y dar paso a mejores condiciones de enfrentamiento tanto para el paciente como sus familiares.
9. Se brinda una hoja en blanco en la cual deberán plasmar de manera individual qué es la esquizofrenia.

Desarrollo de la sesión 1:

1. Se da una explicación acerca de qué es la esquizofrenia y sus generalidades.

2. Se menciona la frecuencia de la esquizofrenia.
3. El moderador pide a los pacientes que comenten alguna experiencia acerca de como ellos han vivido la enfermedad (los comentarios deben ser breves).
4. Se enumera la sintomatología tanto positiva como negativa de la enfermedad.
5. De acuerdo al DSM-5 (2013) se explicara cómo se hace el diagnostico de esquizofrenia.
6. Se explica los tipos de esquizofrenia que existen según el CIE-10.
7. Sesión de preguntas y respuestas.

Material: Plumón, pizarrón, hojas blancas, plumas.

Segunda sesión

Objetivo: Explicar el tratamiento farmacológico administrado a los pacientes con esquizofrenia y conocer cómo funcionan éstos fármacos y los tipos de fármacos existentes. Además de descartar los mitos que existen alrededor de los éstos.

Desarrollo de la sesión:

1. Se le brinda un pedazo de hoja en blanco a cada participante y se les pide que escriban algún mito que conozcan acerca de los medicamentos que consumen. Se recogerá para comentarlo al final de la sesión.
2. Se explica el tratamiento farmacológico utilizado para la esquizofrenia:
 - a. Importancia del tratamiento farmacológico
 - b. Tipos de medicamentos
 - c. Cómo funcionan en el cuerpo humano
 - d. Vías de administración
3. Se leen los mitos que anteriormente escribieron los pacientes y partiendo de estos el moderador deberá descartar los mitos con base a la explicación anterior.
4. Material: Plumón, pizarrón, hojas blancas, plumas.

Tercera sesión

Objetivo: Conocer los efectos secundarios que provoca el tratamiento farmacológico y que los pacientes puedan detectar cuales son los síntomas derivados de los fármacos, con la finalidad de que no abandonen el tratamiento por el desconocimiento de éstos.

Desarrollo de la sesión:

1. Se invita a los pacientes a mencionar individualmente alguna reacción que les haya provocado la toma de medicamentos.
2. Se explica de manera general cada uno de los efectos secundarios del tratamiento farmacológico y por cada uno se mostrará una imagen alusiva.

Los efectos secundarios que se describen son:

- Agranulocitosis
- Acatisia
- Parkinsonismo
- Distonia de torsión
- Disquinesia tardia
- Incremento de peso
- Somnolencia
- Hipotensión ortostática
- Incremento de prolactina
- Galactorrea
- Amenorrea
- Fotosensibilidad

3. Se invita a los participantes a que formen un círculo para jugar lotería con la información antes explicada para recordar más fácilmente los efectos secundarios.

Material: Pumón, pizarrón y memorama (Anexo 7).

Cuarta sesión

Objetivo: Explicar a los pacientes la importancia de mantener un apego al tratamiento con el fin de evitar recaídas y lograr su estabilidad.

Desarrollo de la sesión:

1. Se explica la importancia de tener un apego al tratamiento y de tomar las medicinas correctamente para reducir los síntomas de la enfermedad y así poder lograr una estabilidad en el paciente.
2. Se invita al grupo a compartir las experiencias que han tenido con el tratamiento farmacológico, destacando que diferencias observan entre llevar el tratamiento y no llevarlo.
3. Se invita a los participantes a formar de 3 a 4 grupos (dependiendo del número de participantes) para jugar Serpientes y Escaleras con el objetivo de observar cómo es que se va avanzando o retrocediendo dependiendo el apego al tratamiento.
4. Se procede a una ronda de preguntas por parte de los participantes.

Material: Plumón, pizarrón, Serpientes y Escaleras (Anexo 8) y fichas.

Quinta Sesión

Objetivo: Que los pacientes conozcan los diferentes tratamientos de rehabilitación existentes.

Desarrollo de la sesión:

1. Se habla sobre los diferentes tratamientos de rehabilitación para pacientes con esquizofrenia.
2. Se les pide que nos comenten si hay participado en alguno de estos tratamiento y su experiencia.
3. Se abre una ronda de preguntas y respuestas.

Material: Plumones y pizarrón.

Sexta Sesión

Objetivo: Explicar la pirámide de la aceptación y hacer consciencia en cada paciente sobre en qué etapa del proceso de aceptación se encuentran, así como identificar su dinámica familiar y cómo puede mejorar su relación.

Desarrollo de la sesión:

1. Se explica el proceso de aceptación de la enfermedad mostrando la pirámide
2. Se les pide su participación para comentar en qué fase se encuentran.
3. Posteriormente se les alienta a que mencionen que herramientas han utilizado dentro del ámbito familiar para conocer como han manejado su enfermedad.

Material: Plumón, pizarrón y pirámide de aceptación (Anexo 9).

Séptima Sesión

Objetivo: Identificar actitudes de riesgo que pueden derivar en una recaída, conocer las alternativas y recursos que tiene el paciente para enfrentarlas. Brindar al paciente técnicas para la resolución de problemas.

Desarrollo de la sesión:

1. Se presentan videos con situaciones de riesgo comunes en los pacientes con esquizofrenia incluyendo las siguientes:
 - a. Grados altos de estrés.
 - b. Abuso de sustancias.
 - c. Intentos suicidas.
 - d. Abandonar el tratamiento farmacológico.
2. Se comenta que herramientas tienen los participantes para detectar y evaluar estas situaciones de riesgo y poder enfrentarlas.

Material: Plumón y pizarrón.

Octava sesión

Objetivo: Identificar los signos de alarma que anteceden a una recaída para prevenirla y explicar qué medidas tomar en caso de que esto suceda, así como enfatizar el papel de una comunicación asertiva con sus familiares y médico como medida de prevención.

Desarrollo de sesión:

1. Se les pide que indiquen cuales son los síntomas de la esquizofrenia en base a lo aprendido durante el curso.
2. Se les explica que uno de los primeros signos de recaída es el regreso de algunos de los síntomas ya mencionados.
3. Se lleva a cabo una dinámica llamada “el semáforo” en donde el color verde representará la estabilidad, el amarillo signos de alarma (reinicio de algunos síntomas) y rojo la recaída. En este semáforo los pacientes reagruparan según sea el caso imágenes referentes a cada color y explicarán porque las colocaron ahí.
4. Se enfatiza la importancia de la comunicación con los familiares y el médico para buscar ayuda oportuna y tomar las medidas pertinentes.
5. Se realiza una dinámica llamada “teléfono descompuesto de mímica”, en donde se reforzará la importancia que tiene la comunicación tanto verbal como no verbal.

Material: Plumón, pizarrón, dinámicas: “El semáforo” (Anexo 10) y “Teléfono descompuesto” (Anexo 11).

Novena sesión

Objetivo: Recapitular brevemente el curso para afianzar el conocimiento adquirido y brindar algunos recursos terapéuticos para su empoderamiento de la enfermedad.

Desarrollo de la sesión:

1. Se invita a los pacientes a que recordar brevemente lo visto en el curso.
2. Se les explica que a través de los recursos otorgados durante el curso ellos tiene herramientas para llegar a controlar su enfermedad y no viceversa, recalcando el papel que tienen como portavoces ya que es importante difundir la información correcta acerca de la enfermedad para así combatir el estigma social.
3. Se lleva a cabo una dinámica llamada “Yo pienso que tu...” para reforzar el autoestima.
4. Se les dan 3 frases motivacionales a cada paciente, estos las leerán en voz alta y se les pedirá que expliquen lo que entienden de cada una, al final se les obsequian para que las incorporen a su vida.
5. Se hace el cierre del curso, y se le agradece su participación.

Material: Plumón, pizarrón y dinámica “Yo pienso que tu...” (Anexo 12).

Resultados

Características demográficas y clínicas de la muestra

Se obtuvo una muestra de 14 sujetos, 7 de grupo psicoeducativo (GP) y 7 de grupo control (GC), todos pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría. Los 7 participantes de grupo psicoeducativo completaron las evaluaciones (100%), a diferencia de los participantes del grupo control, donde 2 sujetos abandonaron el estudio (28.5%), uno de ellos por enfermedad y el otro participante se suicidó (suicidio no relacionado con el estudio). Todos los pacientes se encontraban en tratamiento con antipsicóticos, en su mayoría antipsicóticos atípicos (70%).

El grupo psicoeducativo participó en 9 sesiones semanales y el grupo control solamente fue evaluado por su médico tratante mensualmente por ese mismo lapso de tiempo. Al comparar los grupos, no se observan diferencias en cuanto al género (GP 57.1% varones vs 42.9% mujeres y GC 60.0% varones vs 40.0% mujeres). El 100 % de los sujetos participantes eran solteros al momento del estudio. Tampoco hay diferencias en la ocupación (GP: desempleado 42.9%, hogar 14.3%, estudiante 14.3% y subempleado 28.6% vs GC: desempleados 40.0%, hogar 20.0%, estudiante 40.0%). El diagnóstico principal fue el de esquizofrenia paranoide en ambos grupos, GP 71.4% vs GC 80.0%, sin claras diferencias (ver tabla 1.)

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de los grupos: psicoeducativo (GP) y control (GC).

		Grupo Psicoeducativo		Grupo Control	
		N	%	N	%
Género	Masculino	4	57.1	3	60.0
	Femenino	3	42.9	2	40.0
Estado civil	Solteros	7	100.0	5	100.0
Ocupación	Desempleado	3	42.9	2	40.0
	Hogar	1	14.3	1	20.0
	Estudiante	1	14.3	2	40.0
	Subempleo	2	28.6	0	-
Diagnóstico	Paranoide	5	71.4	4	80.0
	Desorganizada	1	14.3	1	20.0
	Residual	1	14.3	0	-

Los pacientes que participaron en el estudio en porcentajes variables estuvieron hospitalizados previamente, para el GP un 42.9% en contraste con el GC 60.0%, y solo 1 sujeto del GC fue hospitalizado en el intervalo del estudio (20.0%), (ver tabla 2).

Tabla 2. Porcentajes de hospitalización en ambos grupos.

		Grupo psicoeducativo		Grupo control	
		n	%	n	%
Hospitalización previa	No	4	57.1	2	40.0
	Si	3	42.9	3	60.0
Hospitalización posterior	No	7	100	4	80.0
	Si	0	-	1	20.0

La gravedad sintomática fue evaluada, a través de la escala PANSS de 5 factores, los resultados de la escala muestran que los participantes, al inicio del estudio mostraban estabilidad clínica. Ya que la media de los grupos varia de 50 a 70 puntos. Es importante señalar que el grupo control expresa mayor gravedad sintomática (total de 50.1 vs 68.6 en el pretest y 52.1 vs 65.8 en el postest) pero aun así se consideran estables ambos grupos, al compararse el postest se observa una significancia en el grupo control $p=0.07$, señala el cambio en tres meses de tratamiento (ver tabla 3). Se evaluó la funcionalidad con la escala FACTSz para valorar si la intervención mejoraba la funcionalidad global comparada con el grupo control, en ambos casos no hay diferencias entre los grupos (Vera tabla 4). Cuando se compara el cambio en la escala, no se observan diferencias al paso del tiempo: grupo psicoeducativo $t = 0.07$, 6 gl, $p = 0.94$ y grupo control $t = 1.0$, 4 gl, $p = 0.37$.

Tabla 3. Gravedad sintomática en ambos grupos.

	Grupo psicoeducativo					Grupo Control				
	Pretest		Postest		Sig.	Pretest		Postest		Sig.
	media	D. E.	media	D. E.		media	D. E.	media	D. E.	
PANSS 5 factores										
Positivo	14.5	3.2	12.2	5.3	n.s	17.6	5.3	16.2	5.7	n.s
Negativo	16.2	5.9	16.4	6.3	n.s	21.6	7.6	20.8	7.8	n.s
Cognitivo	11.1	4.5	11.8	5.4	n.s	13.0	7.9	14.4	4.2	n.s
Excitabilidad	5.7	2.2	5.2	2.6	n.s	6.8	3.1	6.4	3.3	n.s
Ansiedad/depresión	6.7	2.8	7.0	3.5	n.s	7.8	3.1	8.0	2.9	n.s
Total	50.1	18.8	52.14	18.1	0.13	68.6	20.3	65.8	19.7	0.07

Tabla 4. Funcionalidad global en ambos grupos.

	Grupo psicoeducativo					Grupo Control				
	Pretest		Postest		Sig.	Pretest		Postest		Sig.
	media	D. E.	media	D. E.		media	D. E.	media	D. E.	
FACTSz	70.2	8.6	70.0	5.0	n. s.	65.0	7.9	64.8	7.5	n. s.

Resultados de adherencia terapéutica

Los resultados de los valores de adherencia medidos por la escala Morisky-8, muestran que ambos grupos mantienen niveles bajos de adherencia terapéutica, ya que los puntajes finales son menores a 6 (8= alta adherencia, 6 a 8 moderada adherencia y < 6 baja adherencia). No muestran un cambio en los grupos, el cambio en el grupo psicoeducativo es leve cuando se compara con el estado basal y final, lo que indica que la intervención mejora la adherencia al tratamiento, a pesar de no observar resultados en otras áreas (ver tabla 5).

Tabla 5. Diferencias en los puntajes de la escala Morisky-8.

	Basal		Final		Estadístico
	media	D.E.	media	D.E.	
Grupo psicoeducativo	2.43	1.5	3.14	1.7	X^2 1.17, gl 6, p = 0.16
Grupo Control	3.80	2.6	4.40	2.5	X^2 1.50, gl 4, p = 0.21

Discusión y conclusiones

Discusión

La esquizofrenia es uno de los trastornos psiquiátricos más desafiantes y complejos que afligen a los seres humanos, sus síntomas centrales son altamente variables y en la mayoría de los casos se afectan todas las áreas de la vida del individuo. La importancia de un abordaje integral que abarque la mayor parte de las esferas que se ven afectadas por el trastorno, será la clave para el éxito o el fracaso del tratamiento.

El tratamiento farmacológico, con frecuencia, es la única intervención que es tomada en cuenta para el paciente con esquizofrenia. Un abordaje psicoterapéutico rara vez es contemplado como parte del plan de manejo. La terapia cognitiva-conductual es una herramienta más para promover la adaptación del paciente a la sociedad, para controlar sus síntomas y para mejorar su funcionamiento global.

El empleo de la terapia cognitiva-conductual se ha asociado con la disminución de los síntomas esquizofrénicos, es una intervención, que provee al clínico un modelo para entender al paciente esquizofrénico y su manera de percibir el mundo; así mismo, le da herramientas diferentes a la farmacoterapia, que puedan potenciar el tratamiento convencional. Por otra parte, le da al enfermo medios para sobrellevar la enfermedad y el malestar derivado de sus síntomas, al proporcionarle un entrenamiento en habilidades sociales que mejorarán las dificultades en cuanto a las relaciones interpersonales y familiares, que a largo plazo disminuirán el deterioro en la red de apoyo (Muñoz y Ruiz, 2007).

Parte de los objetivos de tratamientos psicosociales son, fomentar la consciencia de enfermedad y la adherencia terapéutica, ya que, como se ha demostrado en diversos estudios, la falta de éstas representa un mal pronóstico para las personas que padecen esquizofrenia.

Fenton (2000) concreta los siguientes supuestos y características de las terapias psicológicas como requisitos para su eficacia: (a) concepción de la esquizofrenia como un trastorno de base biológica, que se puede manejar parcialmente por medio del aprendizaje y de la práctica de estrategias de afrontamiento; (b)

utilización del modelo de vulnerabilidad-estrés como soporte para la explicación de la sintomatología y del curso de la enfermedad; (c) consideración del establecimiento de una alianza terapéutica como prerrequisito para el adecuado desarrollo del resto de las actividades; (d) énfasis en la comprensión de la experiencia subjetiva del trastorno y el fortalecimiento de los recursos naturales de afrontamiento; y (e) consideración del tratamiento como un proceso flexible y basado en las necesidades y capacidades individuales (Vallina y Lemos, 2001).

En un estudio realizado por Penn (2005), sobre el tratamiento psicosocial al inicio de la enfermedad puso de manifiesto que las intervenciones psicosociales coadyuvantes al tratamiento farmacológico beneficiaban la recuperación sintomática y funcional, disminuyendo la estancia hospitalaria y las tasas de reingreso. Del mismo modo Pekkala y Merinder (2002) revisaron la eficacia de la psicoeducación en el cual observaron un aumento en la adherencia al tratamiento y consciencia de enfermedad, encontrando al igual que Penn (2005), una disminución en las tasas de recaída.

Como las anteriores, se han encontrado diversas investigaciones sobre la importancia de los tratamientos psicosociales en la esquizofrenia, entre las que se encuentra la psicoeducación tanto para pacientes como para familiares, siendo este último uno de los temas más estudiados dentro de la literatura.

Conclusiones

En base al estudio podemos concluir que aunque estadísticamente no fueron significativos los resultados, ya que, tanto el grupo control como el grupo de psicoeducación siguieron mostrando poca adherencia al tratamiento, de forma observacional se puede notar que los participantes del grupo psicoeducativo mantuvieron una sintomatología estable y mostraron adherencia al curso asistiendo cada semana, así como a sus consultas con su médico tratante, llegando a tener avances en su vida personal y social, tales como, retomar sus estudios, encontrar trabajo, una mayor independencia en el traslado al curso y el

ingreso a un grupo de rehabilitación. Lo anterior nos indica que se creó o fortaleció la adherencia a tratamiento de los participantes; en contraste con el grupo control, en el cual se reportó la hospitalización por recaída de un paciente y el fallecimiento de otro.

Lo anterior hace resaltar la importancia de las intervenciones psicosociales, como lo es la psicoeducación, ya que puede favorecer una mayor estabilidad del paciente a largo plazo.

Limitaciones del estudio

Entre las características principales de la enfermedad, destaca la sintomatología negativa, que por sí misma podría limitar el estudio, ya que entre los síntomas más relevantes del trastorno se encuentra el poco interés que los participantes tienen de realizar actividades nuevas; tal podría ser el caso de su asistencia al curso. El simple hecho de salir de su casa y trasladarse a otro punto de la ciudad en ocasiones implica limitaciones tanto económicas, como de acompañamiento y supervisión.

Al haberse realizado el estudio con pacientes de consulta externa, no se logró controlar el lugar de procedencia de los mismos, ya que gran parte de la población que acude a la clínica de esquizofrenia viene de distintos puntos de la república, disminuyendo así, la cantidad de candidatos viables para la realización del estudio. Repercutiendo directamente en el tamaño de la muestra, ya que al ser una muestra pequeña no arrojó resultados significativos.

Encontrar pacientes que cubrieran los criterios de inclusión, representó una limitante, ya que, debían ser pacientes estables según los criterios del PANSS de < 90 puntos, así como pacientes de 18 a 45 años de edad, que aceptaran participar en el estudio y que supieran leer, escribir y aceptaran firmar el consentimiento informado.

Recomendaciones

Para un estudio posterior se recomienda que la muestra sea más grande, de esta manera se espera que los resultados sean más significativos y se observe un mayor contraste entre el grupo control y los participantes que asistan al curso psicoeducativo.

En caso de contar un con grupo pequeño, se sugiere un enfoque mixto, ya que al obtener un análisis cualitativo, lo observado en los comportamientos individuales y en grupo pueden llegar a ser más significativos que únicamente los cuantitativos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, S., y Nicolini, H. (2005). El gen receptor a dopamina D4 y su asociación con los trastornos mentales. *Revista de investigación clínica*, 57(1), 2-8.
- American Psychiatric Association. (2003). *Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. Barcelona. Ars Medica.
- American Psychiatric Association. (2005). *Guía clínica para el tratamiento de la esquizofrenia*. Barcelona: Ars Medica.
- American Psychiatric Association. (2006). *Guía clínica para el tratamiento de la esquizofrenia*. Barcelona: Ars Medica.
- Anderson, C., Douglas, R. y Hogarty, G. (1988). *Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Alarcón, D. R., Mazzotti, G., y Nicolini, H. (2005). *Psiquiatría*. México: Manual Moderno.
- Albarrán, L.J. y Macías, T.M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco. *Investigación en Salud*, 9(2), 118-124.
- Álvarez, J., Esteban, R., y Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de la psicopatología psicoanalítica*. Madrid: Síntesis, S.A.
- Balada, N.F., Marqués, V. C., Nadal, A. R., Redolar, R. D., y Silvestre, S. J. (2012). *Farmacología y endocrinología del comportamiento*. Barcelona: UOC.
- Belloch, A., Sadín, B., y Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. Madrid: Mc. Graw Hill.
- Berger. S.K. (2008). *Psicología del desarrollo: Adultez y Vejez*. España: Medica Panamericana.

- Betancur, M. (2005). *Esquizofrenia. Rehabilitación: otro camino*. Colombia: Prensa Creativa.
- Bisquerra, A.R. (2009). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla, S.A.
- Black, W. D. y Anderasen, C.N. (2014). *Texto introductorio de psiquiatría*. México: Manual Moderno.
- Block, M.L. y Hong, J. S. (2005). Microglia and inflammation-mediated neurodegeneration: multiple triggers with a common mechanism. *Progress in neurobiology*, 76(1), 77-98.
- Cabrera, A.S., y Cruzado, L. (2014). Migración como factor de riesgo para la esquizofrenia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(2). Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2rc2.pdf>
- Cañas de Paz, F., y Roca. B.M. (2008). *Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Medica.
- Chen, C .K., Lin, S.K., Chen, Y.C., Huang, M.C., Chen, T.T., Ree, S.C., y Wang L.J. (2015). Persistence of psychotic symptoms as an indicator of cognitive impairment in methamphetamine users. *Drug Alcohol Depend*, 1(148), 58-64.
- Chinchilla, M. A. (2007). *Las esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Barcelona: Masson.
- CIE-10. *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. (2010). Madrid: Médica Panamericana, S.A.
- Colimón, K.M. (1990). *Fundamentos de la epidemiología*. Colombia: Díaz de Santos, S.A.
- Colodrón, A. (2002). *La condición esquizofrénica*. Madrid: Triacastela.
- Coon, D. y Motterer, J. A. (2010). *Introducción a la psicología, el acceso a la mente y la conducta*. USA: CENGAGE Learning.

- Cuesta, M.J., Peralta, V. y Zarzuela. A. (2000). Neuropsicología y esquizofrenia. *ANALES Sis San Navarra*, 23(1), 51-62.
- DSMV. *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales*. (2014). España: Masson.
- Conley, R. R., Deanna, L.K. (2004). *Tratamiento farmacológico de la esquizofrenia*. México: Professional Communications, nc.
- Díaz, M.A., Ortega, S.H. (2006). *Guía para el diagnóstico y manejo del paciente esquizofrénico*. México: Facultad de medicina, UNAM.
- Eguiluz, L. (2003). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax México.
- Esparcia, J. A., Caparrós, T.A., Ruiz, A.M., Faja, H.E. y Varón, R.E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: UOC.
- Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Masson, S.A.
- Ezpeleta, L. y Toro, T. J. (2014). *Psicopatología del desarrollo*. Madrid: Pirámide.
- Franco, R., Pacheco, R., Lluís, C., Ahern, G.P. y O'Connell P.J. (2007). The emergence of neurotransmitters as immune modulators. *Trends in immunology*, 28(1), 400-407.
- Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R.E., Loyzaga, C., Gracia, M. y Gutiérrez, D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia. *Salud Mental*, 24(4). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242404>
- Gaba, P.M., y Fernández, B.M. (2011). *Rehabilitación psiquiátrica: Claves para la recuperación*. Buenos Aires: Polemos S.A.

- García, R. P., Moreno, P. A., Freund, L.N., y Lahera, F.G. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352012000400005&script=sci_arttext&lng=esja.org
- García, V.J., Miranda, A., López, J.C., Palacio, A. C., Gómez, F.J., y Duque, O.J. (2005). Esquizofrenia y neurodesarrollo. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(1), 63-76.
- Gerrig, J.R y Zimbardo, G.P. (2005). *Psicología y vida*. México: Pearson.
- Guimón, J. (1993). *Psicoanálisis y literatura*. Barcelona: Kairós.
- Gómez, R. Hernández, Rojas, U. Santacruz, O, y Uribe, R. (2008). *Psiquiatría clínica; Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: Médica Internacional.
- González, D. J., y Caamaño, B.H. (2011). Estacionalidad de la esquizofrenia: Hallazgos de un estudio descriptivo ejecutado en Santa Marta, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(4), 660-669.
- González, H. I., López, G. R., Hernández, P.M., Alfonso, H.A., Arias. G.I. y Jiménez. H.L. (2008). Neurolépticos en el tratamiento de la esquizofrenia paranoide del paciente hospitalizado. *Revista Cubana de Farmacia*, 42(3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75152008000300005&script=sci_arttext
- Goldman, H.H. (2001). *Psiquiatría general*. México: Manual Moderno.
- Haro, J.M., Ochoa, S. y Cabrero, L. (2001). Conciencia de enfermedad y utilización de servicios en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(2), 103-108.
- Hales, R.E. y Yudofsky, S. C. (2005). *Fundamentos de psiquiatría clínica*. Barcelona: Masson.

- Halgin, P. R. y Krauss, W. S. (2009). *Psicología de la anormalidad: Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. México: McGraw-Hill.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C.C. y Baptista, L.M. (2014). *Metodología de la investigación*. USA: McGraw-Hill Education.
- Holsboer, F. y Schatzberg, A. (2011). *Schizophrenia just the facts*. USA: Elsevier.
- Jarne, A. y Talarn, A. (2010). *Manual de psicología clínica*. España: Herder.
- Jiménez, C.L., Raventós, V.H. y Escamilla, M. (2011). Esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias: prevalencia y características socio-demográficas en la población Latina. *Actas Esp Psiquiatría*, 39(2), 123-130. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395996/>
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (2000). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Médica Panamericana, S.A.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. y Opler, L.A. (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizoph Bull*, 13(2), 261-276.
- Keshavan, M., Kennedy, J., y Murray, R. (2004). *Neurodevelopment and Schizophrenia*. Australia: Cambridge.
- Leff, J. y Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. Nueva York: Guilford Press.
- Lieberman, J.A., Scott, S. T. y Perkins, O. D. (2010). *Tratado de esquizofrenia*. Barcelona: Ars Médica.
- Lieberman, J.A., Scott, S.T. y Perkins, O.D. (2006). *Textbook of Schizophrenia*. USA: The American Psychiatric Publishing.
- Mañá, A.S. (2008). *La esquizofrenia en el hogar: guía práctica para familiares y amigos*. San Vicente (Alicante): Club Universitario.

- McKenna. F. (2002). Dopamine receptor expression on human T- and B-lymphocytes, monocytes, neutrophils, eosinophils and NK cells: a flowcy to metric study. *Journal of neuroimmunology*, 132(1), 34-40.
- Meyer, M. J. y Nasrallah, A. H. (2004). *Enfermedades médicas y esquizofrenia*. Barcelona: Ars Medica.
- Muller, N. (2014). Immunology of schizophrenia. *Neuroimmunomodulation*, 21(1), 109-116.
- Muñoz, M. F. y Ruiz, C.S. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 98-110.
- Page, D.J. (1971). *Manual de Psicopatología*. Barcelona: Paidós.
- Pandey, G. N., Ren, X., Rizavi, H. S. y Zhang, H. (2015). Pro inflammatory cytokines and their membrane-bound receptors are altered in the lymphocytes of schizophrenia patients. *Schizophrenia research*, 164(1), 193-198.
- Pekkala, E. y Merinder, L. (2002). *Psychoeducation for schizophrenia*. USA: The Cochrane Library.
- Penn.D. L., Waldheter. E.J., Perkins, D.O., Muser, K.T. y Liberman, J.A. (2005). Psychosocial treatment for first- episode psychosis: a research update. *Am J. Psychiatry*, 162(22), 20-32.
- Pérez, A.M., Fernández, H.J., Fernández, R.C. y Amigo, V.I. (2005). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. España: Pirámide.
- Pérez, R.H. (2014). Guía basada en la evidencia de la asociación psiquiátrica de America Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia. *Salud Mental*, 37(1). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000700001

- Pino, O., Guilera, G., Gómez, B., Najas, G., Rufián, S., y Rojo, E. (2014). Neurodesarrollo o neurodegeneración: Revisión sobre las teorías de la esquizofrenia. *Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, 42(2)*. Recuperado de: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/16/90/ESP/16-0-ESP-185-195-505420.pdf>
- Ponce de León, P., Fresán., Orellana, A. y Saracco, A. (2016). Asociación de la conciencia de enfermedad en la adherencia farmacológica al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia. *Especialidad en Psiquiatría*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Obiols, E. J y Vicens. V.J. (2003). Etiología y signos de riesgo de la esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 3(2)*, 235-250.
- Ojeda, N., Peña, J., Segarra, R., Sánchez, P., Eguíluz, I., Elizagárate, E., Gutiérrez, M. y Ezcurra, J. (2009). *La predicción del diagnóstico de la esquizofrenia: El rol de la neurocognición en el primer episodio de psicosis*. España: Deusto
- Ortiz, Z. A., Alonso, D. I., Ubis, G. A. y Ruiz de Azúa, V.M. (2011). *Trastornos psicóticos*. Barcelona: Masson.
- Ortuño, F. (2010). *Lecciones de psiquiatría*. España: Médica Panamericana.
- Ponce, G.A. (2008). *Diseño y desarrollo de un programa de farmacogenética en antipsicóticos enfocada al tratamiento de la esquizofrenia. Traslación a la práctica clínica de la información farmacogenética*. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad de Santiago de Compostela.
- Rascón, G., Hernández, D.V., Casanova, R.L., Alcántara, C.H. y Sampedro, S.A. (2011). *Guía psicoeducativa para personal de salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales*. México: INPRFM.
- Roca, B.M. (2007). *Trastornos psicóticos*. España: Ars Médica.

- Saha, B., Mondal, A.C., Majumder, J., Basu, S, y Dasgupta, P.S. (2001). Physiological concentrations of dopamine inhibit the proliferation and cytotoxicity of human CD4+ and CD8+ T cells in vitro: a receptor-mediated mechanism. *Neuroimmunomodulation*, 9(1), 23-33.
- Santo-Domingo, C., Baldomero, B., Perera, C., y García, C. (2002). *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ars Médica.
- Sarason, I., Sarason, B. (1996). *Psicología Anormal: El problema de la conducta inadaptada*. México: Prentice Hill.
- Saiz, R.J., Vega, S. D., y Sánchez, P.P. (2010). Bases neurológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 235-254.
- Schreiber, R. y Newman-Tancredi, A. (2014). Improving cognition in schizophrenia with antipsychotics that elicit neurogenesis through 5-HT (1A) receptor activation. *Neurobiology of learning and memory*, 110(1), 72-80.
- Toro, R., Yepes, L., Palacio, C., y Téllez, J. (2010). *Psiquiatría*. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Townsend, C. M. (2011). *Fundamentos de la enfermería psiquiátrica*. México: Mc. Graw Hill.
- Tsuang, M. T., Faraone, S. V., y Glatt, S. J. (2011). *Schizophrenia*. New York: Oxford.
- Ulloa, F. R. E., Sauer, V. T.R. y Apiquian, G. R. (2011). Evaluación y tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes: una revisión actualizada. *Salud Mental*, 34(5), 429-433.
- Vallina, F.O. y Serafín, L.G. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), 345-364.
- Velázquez, B. (2008). *Farmacología Básica y Clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

- Vidal, C. A. y Glez, R. T. (2009). Prevención de recaídas: Evaluación de la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento. *Rehabilitación Psicosocial*, 6(2), 97-109.
- Villamil, S. V., Valencia, C.M., Medina-Mora, I.M.E., y Juárez, G.F. (2009). Validación de la Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT) en pacientes mexicanos con esquizofrenia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 283-289.
- Zelaya, V. R., Saracco, A. R, y González, O. J. (2010). Estimulación magnética transcraneal para síntomas negativos en la esquizofrenia. *Salud Mental*, 33(2), 169-178.

Anexos

Anexo 1.



Carta de consentimiento informado para participantes del psicoeducativo.

EVALUACIÓN DEL CURSO PSICOEDUCATIVO SOBRE LA ADHERENCIA TERAPEÚTICA EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ESQUIZOFRENIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA.

Código para el estudio: _____

Se le invita a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Esto requiere de su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información, todas sus preguntas serán contestadas, no dude en preguntar.

Objetivo del estudio:

El objetivo es evaluar el efecto del curso psicoeducativo sobre la adherencia al tratamiento en los participantes del curso. Se llevará a cabo por medio de la aplicación de 2 escalas o instrumentos y compararlo con un grupo control, las cuales le serán aplicadas, en caso de aceptar participar.

Nos interesa conocer si existe algún cambio sobre la adherencia al tratamiento después de formar parte del curso psicoeducativo.

Procedimiento del estudio:

Si usted acepta participar en este estudio, será entrevistado, por un investigador (médico psiquiatra) que le realizará varias series de preguntas, serán dos evaluaciones la primera inmediatamente después de la firma del consentimiento y la segunda a los 3 meses, para lo cual se le dará una cita.

La investigación tiene riesgo mínimo, ya que las preguntas o las situaciones que deberá responder podrán generarle malestar, en caso de ser así le solicitamos lo informe de manera inmediata al investigador quién estará presente durante el tiempo de las evaluaciones.

Consignas a seguir:

- a) Se pedirá su cooperación como participante.
- b) Las entrevistas serán sin costo económico alguno, nadie le cobrará nada por su participación.
- c) En caso de cambiar de opinión o decidir, por cualquier motivo, no colaborar en el estudio, puede retirarse de él en cualquier momento en que usted lo decida, le solicitamos nos lo informe.
- d) Los datos que usted proporcione serán manejados de forma anónima.

Ventajas:

- a) Las valoraciones que se realizarán a lo largo del estudio permitirán conocer la influencia del curso psicoeducativo sobre la adherencia terapéutica.
- b) Usted de manera indirecta, ayudará a la comunidad de pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza del padecimiento y de la forma en que este padecimiento repercute en la identificación y resolución de eventos sociales.
- c) El beneficio por participar será que usted conocerá su nivel de adherencia al tratamiento.
- d) Usted será invitado al próximo curso psicoeducativo.

Confidencialidad:

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará el nombre de ningún participante. Se le asignará un código numérico para su identificación. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede comunicarse con el Dr. Ricardo Arturo Saracco Álvarez del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Módulo "B", planta baja. En el consultorio número 3 del módulo B, de 08:00 a 17:00 horas o también a los teléfonos 4160 5254 y 4160 5257.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede comunicarse con el Dr. Ricardo Arturo Saracco Álvarez del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Módulo "B", planta baja. En el consultorio número 3 del módulo B, de 08:00 a 17:00 horas o también a los teléfonos 4160 5254 y 4160 5257.

Nombre del participante	Firma del participante	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

Nombre del Testigo 1	Firma del Testigo 1	Fecha
----------------------	---------------------	-------

Nombre del Testigo 2	Firma del Testigo 2	Fecha
----------------------	---------------------	-------

Anexo 2.



Carta de consentimiento informado para participantes grupo control.

EVALUACIÓN DEL CURSO PSICOEDUCATIVO SOBRE LA ADHERENCIA TERAPEÚTICA EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ESQUIZOFRENIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA.

Código para el estudio: _____

Se le invita a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Esto requiere de su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información, todas sus preguntas serán contestadas, no dude en preguntar.

Objetivo del estudio:

El objetivo es evaluar el efecto del curso psicoeducativo sobre la adherencia al tratamiento en los participantes del curso. Se llevará a cabo por medio de la aplicación de 2 escalas o instrumentos y compararlo con un grupo control, las cuales le serán aplicadas, en caso de aceptar participar.

Nos interesa conocer si existe algún cambio sobre la adherencia al tratamiento después de formar parte del curso psicoeducativo.

Procedimiento del estudio:

Si usted acepta participar en este estudio, será entrevistado, por un investigador (médico psiquiatra) que le realizará varias series de preguntas, serán dos evaluaciones la primera inmediatamente después de la firma del consentimiento y la segunda a los 3 meses, para lo cual se le dará una cita.

La investigación tiene riesgo mínimo, ya que las preguntas o las situaciones que deberá responder podrán generarle malestar, en caso de ser así le solicitamos lo informe de manera inmediata al investigador quién estará presente durante el tiempo de las evaluaciones.

Consignas a seguir:

- e) Se pedirá su cooperación como participante.
- f) Las entrevistas serán sin costo económico alguno, nadie le cobrará nada por su participación.
- g) En caso de cambiar de opinión o decidir, por cualquier motivo, no colaborar en el estudio, puede retirarse de él en cualquier momento en que usted lo decida, le solicitamos nos lo informe.
- h) Los datos que usted proporcione serán manejados de forma anónima.

Ventajas:

- e) Las valoraciones que se realizarán a lo largo del estudio permitirán conocer la influencia del curso psicoeducativo sobre la adherencia terapéutica.
- f) Usted de manera indirecta, ayudará a la comunidad de pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza del padecimiento y de la forma en que este padecimiento repercute en la identificación y resolución de eventos sociales.
- g) El beneficio por participar será que usted conocerá su nivel adherencia al tratamiento.
- h) Usted será invitado al próximo curso psicoeducativo.

Confidencialidad:

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará el nombre de ningún participante. Se le asignará un código numérico para su identificación. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede comunicarse con el Dr. Ricardo Arturo Saracco Álvarez del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Módulo "B", planta baja. En el consultorio número 3 del módulo B, de 08:00 a 17:00 horas o también a los teléfonos 4160 5254 y 4160 5257.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede comunicarse con el Dr. Ricardo Arturo Saracco Álvarez del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Módulo “B”, planta baja. En el consultorio número 3 del módulo B, de 08:00 a 17:00 horas o también a los teléfonos 4160 5254 y 4160 5257.

Nombre del participante	Firma del participante	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

Nombre del Testigo 1	Firma del Testigo 1	Fecha
----------------------	---------------------	-------

Nombre del Testigo 2	Firma del Testigo 2	Fecha
----------------------	---------------------	-------

Anexo 3.

Datos Sociodemográficos:

Código estudio: _____

Edad: _____ años.

Sexo: M (1) F (2)

Estado Civil:

(1) Casado / Unión Libre/ (2) Soltero
(3) Viudo (4) Divorciado / Separado.

Escolaridad (en años): _____

Ocupación: (1) Desempleado (2) Hogar

(3) Estudiante (4) Empleo medio tiempo / Subempleo

(5) Empleo tiempo completo.

Subtipo: Paranoide () Desorganizada () Residual ()

Indiferenciada () Catatónica ().

Nº total de hospitalizaciones: _____.

Puntaje FACT-Sz: _____.

Escala de Adherencia a la medicación Morisky 8 (MMAS-8 ítems)

Pregunta	SI/NO
1. ¿Algunas veces olvida tomar sus medicamentos?	
2. La gente a veces se olvida de tomar sus medicamentos por otras razones que no sea olvidarlo. Pensando en las últimas dos semanas, ¿Hay días en los que no tomó sus medicamentos?	
3. ¿Alguna vez ha disminuido o dejado de tomar sus medicamentos sin antes consultar con su médico, ya que se sintió peor cuando lo tomó?	
4. ¿Cuándo viaja o no está en casa, algunas veces olvida llevar sus medicamentos?	
5. ¿Tomo el día de ayer sus medicamentos?	
6. ¿Cuándo siente que sus síntomas están bajo control, algunas veces deja de tomar sus medicamentos?	
7. Tomar el medicamento todos los días es realmente inconveniente para algunas personas. ¿Alguna vez se sintió fastidiado de apegarse a su plan de tratamiento?	
8. ¿Cada cuando tiene dificultad para recordar tomar todos sus medicamentos? A. Nunca/rara vez ----- B. De vez en cuando ----- C. Algunas veces ----- D. Usualmente ----- E. Todo el tiempo -----	

Anexo 4.

ESCALA DE SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS PARA LA ESQUIZOFRENIA PANSS

Código: _____

Instrucciones: Marque con un círculo la evaluación apropiada para cada ítem de la entrevista clínica que se específica a continuación. Consulte el manual de evaluación para las definiciones de los ítems, la descripción de los puntos concretos y el procedimiento para la puntuación.

1 = ausente; 2 = mínimo; 3 = leve; 4 = moderado; 5 = moderadamente severo; 6 = severo; 7 = extremo.

1) SUBESCALA POSITIVA

P1	Delirios	1	2	3	4	5	6	7
P3	Conducta alucinatoria	1	2	3	4	5	6	7
P5	Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
P6	Susplicacia/persecución	1	2	3	4	5	6	7
N7	Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
G1	Preocupación Somática	1	2	3	4	5	6	7
G9	Contenidos de pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
G12	Falta de juicio y discernimiento	1	2	3	4	5	6	7

2) SUBESCALA NEGATIVA

N1	Afecto adormecido o embotado	1	2	3	4	5	6	7
N2	Retirada emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3	Empatía limitada	1	2	3	4	5	6	7
N4	Retirada social apática/pasiva	1	2	3	4	5	6	7
N6	Dificultad para la conversación fluida	1	2	3	4	5	6	7
G7	Retraso motor	1	2	3	4	5	6	7
G16	Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

3) SUBESCALA COGNITIVA

P2	Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
N5	Dificultad para pensar en abstracto	1	2	3	4	5	6	7
G5	Manerismo y actitud postural	1	2	3	4	5	6	7
G11	Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
G13	Alteración de la voluntad	1	2	3	4	5	6	7
G15	Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
G10	Desorientación	1	2	3	4	5	6	7

4) SUBESCALA DE EXCITABILIDAD

P4	Excitación	1	2	3	4	5	6	7
P7	Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
G8	Falta de cooperación	1	2	3	4	5	6	7
G14	Deficiente control de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7

5) SUBESCALA DE ANSIEDAD/DEPRESION

G2	Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
G3	Sentimiento de culpabilidad	1	2	3	4	5	6	7
G4	Tensión	1	2	3	4	5	6	7
G6	Depresión	1	2	3	4	5	6	7

ESCALA

TOTAL

PERCENTIL

Positiva

Negativa

Cognitiva

Excitabilidad

Ansiedad/Depresión

TOTAL

Anexo 5.

Temario para pacientes

13 de Julio

- **Primera sesión:** ¿Qué es la esquizofrenia?
 - Síntomas, tipos, tratamientos y causas de la esquizofrenia.
 - Mejora de la comprensión de la enfermedad para comenzar el proceso de aceptación.

20 de Julio

- **Segunda sesión:** Tratamiento Farmacológico.
 - Tratamiento farmacológico administrado a los pacientes con esquizofrenia.
 - Funcionamiento de los fármacos y tipos de fármacos existentes.
 - Mitos existentes alrededor de los fármacos.

27 de Julio

- **Tercera sesión:** Efectos secundarios del tratamiento farmacológico.
 - Efectos secundarios provocados por el tratamiento farmacológico.
 - Síntomas derivados de los fármacos.

3 de Agosto

- **Cuarta sesión:** Importancia del apego al tratamiento.
 - Importancia del apego al tratamiento.
 - Evitación de recaídas.
 - Meta: la estabilidad.

10 de Agosto

- **Quinta sesión:** Tratamiento Psicosocial.
 - Tratamientos de rehabilitación existentes para pacientes con esquizofrenia.
 - Beneficios psicológicos y sociales.

17 de Agosto

- **Sexta sesión:** Proceso de aceptación.
 - Etapas del proceso de aceptación.
 - Importancia de la aceptación de la enfermedad.

24 de Agosto

- **Séptima sesión:** Actitudes de riesgo.
 - Identificar los factores de riesgo para el paciente.
 - Alternativas y recursos personales para enfrentar problemas.

- Herramientas para la resolución de problemas.

31 de Agosto

- **Octava sesión:** Signos de recaída
- Identificar los signos alarma que anteceden a una recaída.
- Explicarles qué medidas tomar para evita la recaída.

7 de Septiembre

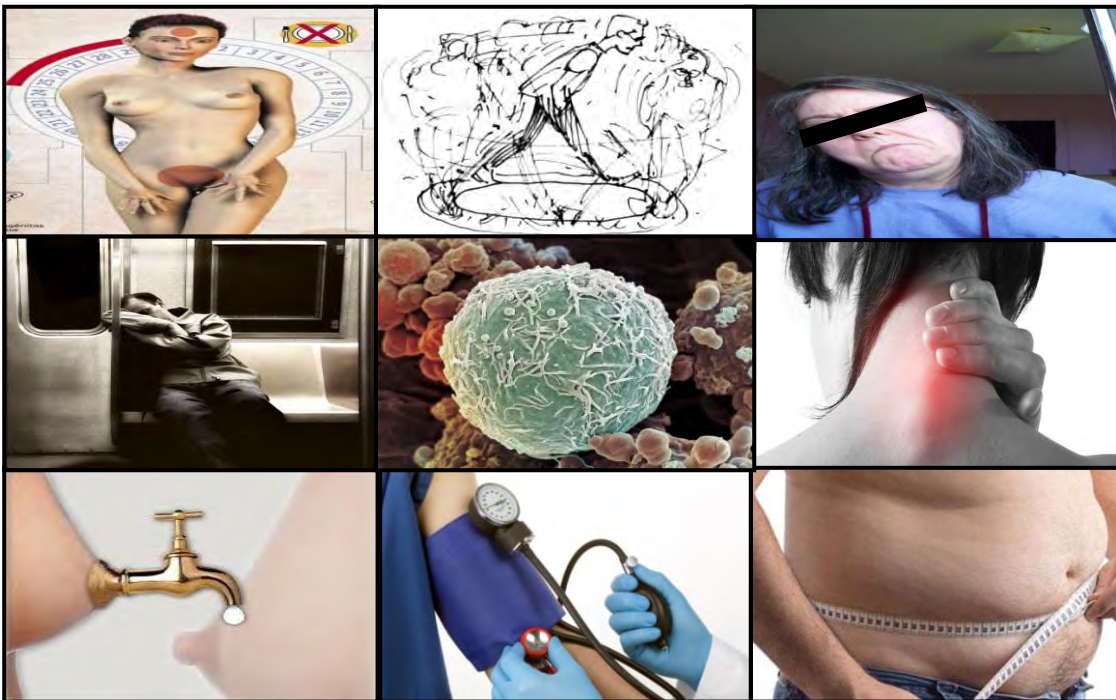
- **Novena sesión:** Empoderamiento de la enfermedad.
- Explicarles que ellos no son la enfermedad.
- Recursos terapéuticos.
- Breve recapitulación de curso.
- Dudas y comentarios.
- Despedida y cierre del curso.

Anexo 6. Memorama.

Objetivo: Reforzar la información dada acerca de los efectos secundarios producidos por los fármacos.

Desarrollo: El profesional a cargo del grupo debe pedirles a los integrantes que formen equipos dependiendo del número de participantes, posteriormente a cada equipo se les entregara un memorama alusivo a los efectos secundarios ocasionados por los fármacos y se dan las indicaciones correspondientes.

Se recomienda que haya un profesional en cada equipo que pueda guiar la actividad.

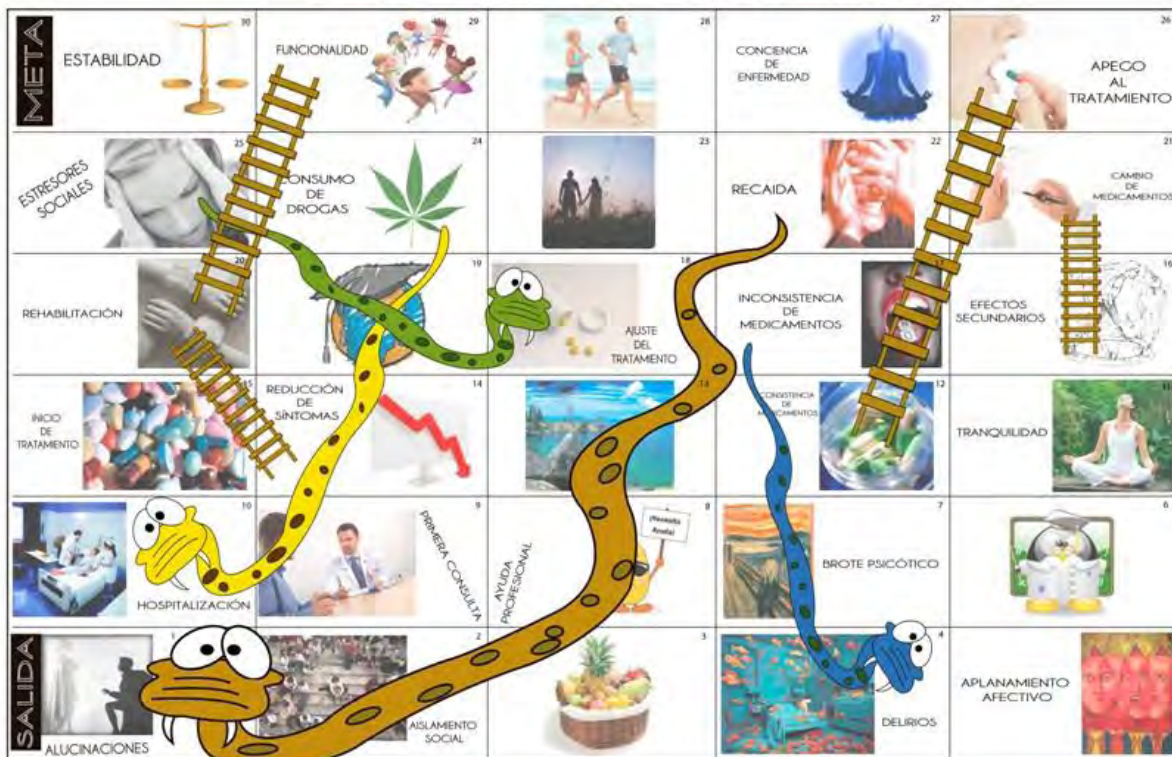


Anexo 7. Serpientes y Escaleras.

Objetivo: Lograr una visualización de como el apego al tratamiento puede impulsar al paciente a la meta de la estabilidad o por el contrario el no llevar un buen apego puede provocar recaídas constantes.

Desarrollo: Cada jugador deberá tomar una ficha y colocarla en la casilla de salida, dependiendo del orden cada participante debe tirar el dado y avanzar las casillas correspondientes. La indicación es que cuenten alguna experiencia vivida que sea alusiva al tema de la casilla en la que se encuentre.

SERPIENTES Y ESCALERAS



Anexo 8. Pirámide de aceptación.

Objetivo: Mostrar el proceso de aceptación de la enfermedad de manera visual.

Desarrollo: Se debe explicar cada nivel de la pirámide de manera concisa y posteriormente se les pedirá a los participantes que indiquen en qué nivel de la pirámide se encuentran y porqué.

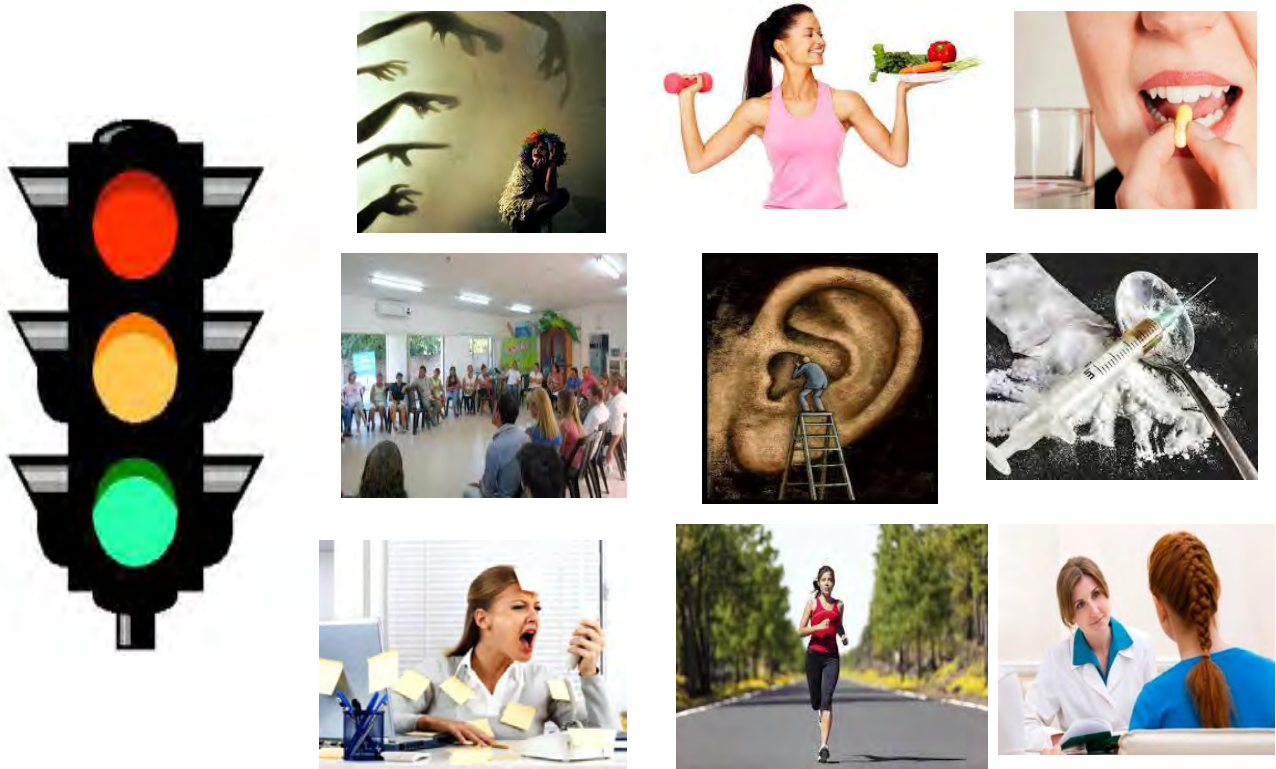


Anexo 9. Dinámica del semáforo

Objetivo: Que los participantes analicen acciones de riesgo que pueden llevar a una recaída, así como reconocer las acciones que los mantendrán estables.

Desarrollo: Se les otorgan imágenes, frases que representen diferentes eventos; los participantes acomodaran según sea el caso. Tomando en cuenta que el rojo significa recaída, amarillo peligro y verde estabilidad sintomática.

Material: semáforo de cartón, imágenes y frases.



Anexo 10. Dinámica: Teléfono descompuesto de mímica.

Objetivo: Que el paciente comprenda la importancia de la comunicación, tanto verbal como no verbal.

Descripción: Los pacientes se colocan en hilera, limitando su mirada únicamente a la espalda de su compañero de adelante, al último de la fila se le dice en secreto el nombre de una película para que la represente solamente con mímica.

Una vez que tiene la información de que película se trata, se le pide que toque la espalda del otro para que este se gire y se le entregue el mensaje de manera no verbal, y así de manera consecutiva hasta que el mensaje llegue al primero de la fila, que es quien va a descifrar de que película se trata. Si acierta se termina la ronda, en caso contrario los demás participantes que tampoco saben que película es, tendrán que descifrarlo.

Anexo 11. Dinámica: Yo pienso que tú...

Objetivo: Dar a conocer a cada participante los rasgos positivos que sus compañeros observan en él, reforzando así su autoestima.

Descripción: Los participantes llevarán una hoja en blanco en la espalda en donde los demás le escribirán observaciones positivas acerca de él. Al final se les dará lectura y dirán si reconocen dichas características en su persona o no.