



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

Conciencia de enfermedad y actitud hacia la medicación en pacientes,
discriminación y devaluación hacia la enfermedad mental en familiares como
factores que influyen en la utilización de servicios de pacientes diagnosticados con
esquizofrenia que acuden al HPFBA

Presenta la Tesis para obtener el Diploma de Especialista en Psiquiatría

Dra. Laura Elena Jiménez Aquino

Dra. Cecilia Bautista Rodríguez

Dra. Patricia Anzaldo Juárez

Asesora Teórica

Asesora Metodológica

Ciudad de México a 16 de junio del 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todas las personas que he encontrado en este camino llamado vida, y que han contribuido a mi formación tanto profesional como personal, en especial a mi mamá, papá, hermano, tías y tío, quienes me han enseñado a ser perseverante y constante con mis sueños, me han apoyado incondicionalmente y en ocasiones me han brindado ese empujón para seguir adelante. A Pablo, por su amor y complicidad, por enseñarme que caminando juntos vamos formando nuestra historia. Y a todas las personas que contribuyeron en mí formación profesional en el HPFBA, tanto adscritos como pacientes, siempre agradeceré poder haber sido una pequeña parte en la historia de esta gran institución.

ÍNDICE

Lista de cuadros

Resumen

Introducción	1
Marco teórico	3
Método	13
Justificación	13
Planteamiento del problema y pregunta de investigación	13
Objetivos: general y particulares	14
Hipótesis	15
Variables: dependiente e independiente	15
Criterios de selección	18
Muestreo	19
Tipo de estudio	19
Instrumentos	20
Procedimiento	22
Consideraciones éticas	24

Análisis estadístico	27
Resultados	27
Discusión	53
Conclusión	55
Referencias bibliográficas	57
Anexos	61

LISTA DE CUADROS

GRÁFICAS

- Cuadro 1: Operacionalización de variables	15
- Cuadro 2: Porcentaje de pacientes de acuerdo al sexo	28
- Figura 2. Distribución de las edades de los pacientes	28
- Figura 3. Religión referida por el paciente	29
- Figura 4. Porcentaje de pacientes de acuerdo a su estado civil	29
- Cuadro 3. Porcentaje de pacientes de acuerdo a su escolaridad	30
- Figura 5. Ocupación referida por el paciente	31
- Figura 6. Consumo de sustancias del paciente	32
- Cuadro 4. Porcentaje de pacientes que cuentan con alguna comorbilidad no psiquiátrica	32
- Figura 7. Relación del familiar con el paciente	33
- Figura 8. Porcentaje del familiar de acuerdo a su sexo	33
- Figura 9. Porcentaje del familiar de acuerdo a su estado civil	34
- Cuadro 5. Edad del cuidador primario	34
- Cuadro 6. Porcentaje del familiar de acuerdo a su escolaridad	35
- Figura 10. Ocupación del cuidador primario	36

- Cuadro 7. Rango de respuestas de la escala SMUD	36
- Figura 11. Porcentaje de pacientes de acuerdo al resultado obtenido en la escala de no conciencia de enfermedad mental (SMUD)	37
- Cuadro 8. Rango de respuestas de la escala DAI	37
- Figura 12. Porcentaje de pacientes de acuerdo al resultado obtenido en el inventario de actitudes hacia la medicación	38
- Cuadro 9. Rango de respuestas de la escala DDS	38
- Figura 13. Porcentaje de familiares de acuerdo al resultado obtenido en la escala DDS	39
- Figura 14. Consultas solicitadas en el servicio de urgencias	40
- Figura 15. Consultas solicitadas al servicio de eventualidades	41
- Figura 16. Pacientes que no acudieron a su consulta de seguimiento	41
- Figura 17. Número de hospitalizaciones desde el diagnóstico del paciente	42
- Cuadro 10. Tabla de contingencia entre conciencia de enfermedad y número de consultas solicitadas al servicio de urgencias	43
- Cuadro 11. Tabla de contingencia entre conciencia de enfermedad y número de consultas solicitadas al servicio de eventualidades	43

- Cuadro 12. Tabla de contingencia entre conciencia de enfermedad y número de consultas a las que no acudieron 44
- Cuadro 13. Tabla de contingencia entre conciencia de enfermedad y número de hospitalizaciones desde el diagnóstico 45
- Cuadro 14. Tabla de contingencia entre el inventario de actitudes hacia la medicación y número de consultas solicitadas a urgencias 46
- Cuadro 15. Tabla de contingencia entre el inventario de actitudes hacia la medicación y número de consultas solicitadas a eventualidades 46
- Cuadro 16. Tabla de contingencia entre el inventario de actitudes hacia la medicación y número de consultas a las que no acudieron 47
- Cuadro 17. Tabla de contingencia entre el inventario de actitudes hacia la medicación y número de hospitalizaciones desde el diagnóstico 48
- Cuadro 18. Tabla de contingencia entre devaluación y discriminación hacia la enfermedad mental del familiar y número de consultas solicitadas al servicio de urgencias 48
- Cuadro 19. Tabla de contingencia entre devaluación y discriminación hacia la enfermedad mental del familiar y número de consultas solicitadas al servicio de eventualidades 49
- Cuadro 20. Tabla de contingencia entre devaluación y discriminación hacia la enfermedad mental del familiar y número de consultas a las que no acudieron 49

- Cuadro 21. Tabla de contingencia entre devaluación y discriminación hacia la enfermedad mental del familiar y número de hospitalizaciones 50
- Cuadro 22. Correlación de Pearson entre conciencia de enfermedad y número de veces que un pacientes solicita atención en urgencias 51
- Cuadro 23. Correlación de Pearson entre inventario de actitudes hacia la medicación y número de consultas solicitadas al servicio de urgencias 52
- Cuadro 24. Correlación de Pearson entre escala de discriminación y devaluación hacia la enfermedad mental y solicitud de atención en los servicios 53

ABREVIATURAS

- HPFBA: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
- SMUD: Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de enfermedad mental
- DAI: Inventario de actitudes hacia la medicación
- DDS: Adaptación al español de la escala de percepción y devaluación hacia la enfermedad mental
- EUA: Estados Unidos de América
- CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades
- OMS: Organización Mundial de la Salud

- CRPSL: Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral
- CNDH: Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RESUMEN

Introducción: La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica de la cual se conoce que el apego a tratamiento en los pacientes con un primer episodio psicótico es menor a 30%, y que los familiares de éste puede incidir de manera positiva o negativa sobre la estabilidad de la enfermedad, por lo que es conveniente identificar factores que intervienen en la estabilidad clínica del paciente, la cual determinamos por los siguientes indicadores de riesgo: número de veces que acuden a urgencias, eventualidades, no acuden a consulta y/o requieren de ser hospitalizados. Objetivo: Determinar si la conciencia de enfermedad y actitud hacia la medicación del paciente, y la devaluación y discriminación hacia la enfermedad mental del familiar influyen en la solicitud de atención en los servicios del HPFBA, de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de menos de 3 años, y que acudan a seguimiento en el HPFBA en el periodo de enero a marzo del 2017. Material y métodos: Pacientes con diagnóstico de menos de 3 años de esquizofrenia paranoide de acuerdo a los criterios diagnósticos del CIE-10 y que acuden acompañados de un familiar a la consulta externa del HPFBA, realizando las siguientes escalas al paciente: escala de valoración de la no conciencia de enfermedad mental y el inventario de actitudes hacia la medicación, y al familiar la escala de percepción de la discriminación y la devaluación hacia la enfermedad mental. Se revisó el expediente del paciente determinando el número de veces que acudió a consulta de urgencias, eventualidades, no acudió a consulta programada en el último año y el total de hospitalizaciones requeridas desde su diagnóstico. Resultados: Se

encontró una relación inversa entre la actitud hacia la medicación y las consultas de urgencia ($r=-0.285$ y $p 0.05$), y una relación directa entre la no conciencia de enfermedad y el número de consultas a urgencias ($r=0.380$ y $p 0.008$).

Conclusiones: Los pacientes con una actitud negativa hacia la medicación y con mala conciencia de enfermedad son quienes solicitan más consultas en el servicio de urgencias. Una actitud discriminadora hacia la enfermedad mental por parte de los familiares no influye en la solicitud de servicios del paciente.

Palabras claves: esquizofrenia, conciencia de enfermedad, actitud hacia la medicación, discriminación y devaluación hacia la enfermedad mental.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica que ocasiona disfunción social y laboral a las personas que la padecen, de la cual la adherencia al tratamiento es fundamental en su evolución. Se sabe que ésta es menor al 30%, lo que condiciona cronicidad de los síntomas, incrementa el riesgo de deterioro cognitivo, incremento en el número de hospitalizaciones, desgaste del cuidador primario, mayores gastos de recursos económicos (de instituciones y de particulares), mayores niveles de síntomas positivos residuales, sólo por mencionar algunos. La tendencia mundial actual en cuanto a pacientes con enfermedad psiquiátrica crónica y su manejo, se orienta hacia la desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos, haciendo que el paciente sea atendido en casa por sus familiares, por lo que actualmente se orienta hacia tratamiento ambulatorios e intervenciones de rehabilitación psicosocial que mejoren la calidad de vida tanto del paciente como de su familiar. Ante esta situación es necesario identificar los factores que intervienen en el abandono al tratamiento y establecer estrategias para mejorar la estabilidad clínica del paciente, una de ellas sería por medio de su envío al servicio de Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA) donde se involucra tanto al paciente como a su familiar en actividades psicoeducativas, terapéuticas, de estimulación cognitiva y rehabilitación, todo en busca de mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares. Se incluye al familiar ya que se ha trabajado ampliamente sobre su influencia positiva o negativa sobre los pacientes, demostrando que al mejorar su conciencia de enfermedad e involucrarlos en la

evolución del paciente se mejora la adherencia al tratamiento y por consecuencia la estabilidad clínica del paciente.

Se determinó la estabilidad clínica del paciente de acuerdo al número de veces que éste acude a solicitar consulta de urgencias, eventualidades, no acude a su consulta de seguimiento y el total de hospitalizaciones que ha requerido, entendiendo que entre mayor número de consultas y hospitalizaciones significa menor estabilidad. No existe una definición determinada de estabilidad clínica de la enfermedad mental, sin embargo el concepto de estabilidad se define como la cualidad de mantener el equilibrio, no cambiar o permanecer en el mismo lugar. La noción de estabilidad es aquella que hace referencia a la permanencia de las características de un elemento o una situación a través del tiempo, y puede ser aplicada a fenómenos físicos, sociales, históricos, políticos, etcétera, siempre cuando mantenga la idea de constancia y permanencia de los elementos que componen a tal fenómeno.

La falta de adherencia al tratamiento, es mayor en comparación con otros padecimientos crónicos no psiquiátricos, llegando a ser de 19%, 44% y 56% después de un primer episodio psicótico a los 3, 6 y 12 meses de tratamiento respectivamente, por lo que se revisaron los expedientes de manera retrospectiva a un año. Potencialmente detectar los factores involucrados en el abandono al tratamiento pueden tener implicaciones positivas importantes en la historia natural de la enfermedad, evitando principalmente exacerbaciones continuas de la misma, con todas las implicaciones que esto conlleva (peor pronóstico, mayor deterioro cognitivo, gastos económicos por las recaídas y hospitalizaciones, etcétera). Se estima que hasta un 50% de los pacientes con esquizofrenia abandonan el

tratamiento durante el primer año de inicio de éste, llegando hasta un 75% a los dos años, y el 75% de éstos pacientes requerirá de una hospitalización entre los 6 y 24 meses después de abandonar el tratamiento. Aunque es bien conocido que la esquizofrenia se caracteriza por etapas de remisiones y recaídas, se estima que el abandono a tratamiento incrementa 5 veces el riesgo de recaída. Existe también una asociación directa entre la alianza terapéutica entre el paciente y su familiar que reduce las hospitalizaciones 3 años después del inicio de tratamiento de la enfermedad, esto se ve influenciado en gran medida por el impacto positivo sobre la adherencia al tratamiento. Sería entonces importante detectar los factores que influyen en la estabilidad clínica del paciente para que sean canalizados al servicio de Hospital Parcial tempranamente (antes de 3 años de evolución) y así prevenir el abandono al tratamiento y mejorar la historia natural de la enfermedad, esto representa un beneficio para el paciente, su familiar y el costo institucional que representan las exacerbaciones y recaídas de la enfermedad.

MARCO TEÓRICO

La esquizofrenia es un síndrome que se caracteriza por la presencia de alteraciones cognitivas, emocionales, de la percepción, del pensamiento y de la conducta, cursa además con alteraciones estructurales y funcionales del encéfalo. El trastorno es generalmente de curso crónico, y en la historia natural de la enfermedad se pueden distinguir una fase prodrómica, una fase activa y una fase residual¹. Hace 60 años fue considerada como la más grave entre todas las

¹ James Sadock B., Alcott Sadock V. Sinopsis de Psiquiatría. 11ª Ed. Barcelona: Lippincot Williams and Wilkins. 2015

enfermedades incurables, y hoy en día continúa siendo considerada de esta forma por su inicio temprano, cronicidad y la relación con la disfunción personal, laboral, y/o social que implica para el paciente y su familia, específicamente para aquél que desempeña el rol de cuidador primario.

El primer clínico que la separó de otras psicosis fue Emil Kraepelin, denominándola como demencia precoz para referirse al deterioro de la función mental a una edad temprana, hacia 1898 llegó a la conclusión de que la catatonia y hebrefernia, descritas anteriormente por Kahlbaum y Hecker respectivamente, eran subtipos de una sola enfermedad. A principios del siglo XX, el psiquiatra suizo Eugen Bleuler sustituyó el término demencia precoz por esquizofrenia. El nuevo nombre implicaba “personalidad dividida” o “mente separada”, mediante división de las funciones mentales Bleuler dio a entender la falta de relación entre los pensamiento y la conducta del paciente, e identificó cuatro síntomas básicos o primarios (pérdida de la asociación, afecto plano, ambivalencia y autismo) y fenómenos secundarios como delirio, alucinaciones, negativismo y estupor.²

En Estados Unidos de América (EUA) la prevalencia de esta enfermedad es de alrededor del 1%, lo que significa que más o menos 1 de cada 100 personas desarrollará la enfermedad a lo largo de su vida. En promedio cada año surgen 35 casos nuevos por cada 100 000 personas.³ Tiene la misma prevalencia tanto en hombres como en mujeres, sin embargo el inicio de la enfermedad aparece antes en hombres que en mujeres, los primeros entre los 10 y 25 años, y las segundas

² Ropper A., Samuels M., Klein J. Principios de Neurología. 10ª Ed. Boston: McGrawHil. 2014

³ Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: a European perspective. Schizopr Bull 12:52, 1986.

entre los 25 y 35 años.⁴ Tiene una heredabilidad del 70% siendo el componente genético el más importante para su desarrollo, el riesgo de padecerla aumenta hasta un 10% cuando se cuenta con un familiar de primer grado afectado, y al contar con dos aumenta hasta un 48%.

El diagnóstico de la enfermedad debe basarse en la observación y descripción del paciente, se han propuesto una serie de criterios diagnósticos para su identificación, clasificación y estudio. La Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima revisión (CIE-10), es un sistema de categorías por medio del cual se asigna un código a cada enfermedad, tiene la finalidad de permitir el registro sistemático de las enfermedades y la comparación de datos obtenidos de diferentes países y áreas. El quinto capítulo se dedica a los trastornos mentales y del comportamiento, entre ellos la esquizofrenia, identificando una serie de síntomas de los cuales el paciente debe presentar al menos uno muy evidente, o dos o más si son menos evidentes (eco, robo o inserción del pensamiento, ideas delirantes, alteraciones en la sensopercepción) con al menos 1 mes de duración.

Se estima que los pacientes con esquizofrenia ocupan alrededor de la mitad de las camas en los hospitales para pacientes con alguna enfermedad mental. En EUA constituyen del 20 al 30% de los nuevos ingresos en hospitales psiquiátricos, y los costos económicos directos e indirectos se estiman alrededor de 50 000 millones de dólares.⁵ La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el gasto por

⁴ James Sadock B., Alcott Sadock V. *Sinopsis de Psiquiatría*. 11ª Ed. Barcelona: Lippincot Williams and Wilkins. 2015

⁵ Ropper A., Samuels M., Klein J. *Principios de Neurología*. 10ª Ed. Boston: McGrawHil. 2014

la atención de los problemas de salud mental en países desarrollados corresponde al 3-4% del producto interno bruto.⁶

Se considera que entre el 60 al 70% de los pacientes tendrán recurrencias de periodos de psicosis aguda. Se han identificado factores de mal pronóstico como la desorganización del pensamiento, edad temprana de inicio, trastorno de personalidad premórbido, mayor duración del episodio psicótico sin tratamiento, uso de alcohol y otras sustancias concomitante, falta de apoyo familiar y psicosocial, y la pobre o nula adherencia al tratamiento antipsicótico que condicionará mayor número de hospitalizaciones, menor respuesta a tratamiento, deterioro cognitivo y menor funcionamiento psicosocial.

La falta de estabilidad clínica conlleva a costos físicos, emocionales, sociales y económicos, éstos pueden ser directos e indirectos.⁷ En un estudio realizado en EUA se determinó que el gasto público por hospitalización de pacientes con esquizofrenia fue tres veces mayor en pacientes que abandonan el tratamiento con respecto a quienes tienen una buena adherencia terapéutica.⁸ La Secretaría de Salud reporta que el costo de consulta psiquiátrica es de \$18.00 y el costo anual estimado para el tratamiento de esquizofrenia en un año en una institución pública oscila entre \$761.00 a \$27,576.00 (dependiendo del psicofármaco indicado).⁹

⁶ Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud. Ginebra: 2004. Disponible en: <http://www.who.int/mental.health>.

⁷ Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud. Ginebra: 2004. Disponible en: <http://www.who.int/mental.health>.

⁸ Gilmer TP, Dolder CR. Adherent to treatment with antipsychotic medication and health care costs among medicaid beneficiaries with schizophrenia. Am J Psychiatry 2004; 161:692-699

⁹ Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012 atención en Salud Mental. México. 2008

Es importante recalcar que la adherencia al tratamiento no sólo se refiere a la medicación, ya que abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan al hecho de tomar o no una prescripción farmacológica prescrita. Tomaremos en cuenta como definición de adherencia al tratamiento el propuesto en un informe de la OMS acerca este tema, en el cual la define como el grado en el que el comportamiento de una persona, que incluye tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.¹⁰ Se estima que en los países desarrollados ésta se sitúa alrededor del 50%, y califica la falta de adherencia como un problema de gran magnitud. El concepto de adherencia terapéutica ha tomado más importancia desde los años 70 ya que en diversos estudios se reportan una serie de consecuencias negativas asociadas al incumplimiento de las prescripciones médicas.¹¹ En el 2006 en un estudio sobre las repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente, plantea que a pesar de que ha habido avances diagnósticos y terapéuticos a nivel mundial no se han resuelto los problemas relacionados con el cumplimiento del tratamiento médico indicado, aun cuando los medicamentos son más eficaces y con menos efectos secundarios, y considera que la adherencia deficiente es resultado de la dificultad para iniciar el tratamiento recetado, suspensión temporal o abandono al tratamiento, errores en la omisión de dosis de medicamento, equivocarse en el horario o dosis del medicamento, no modificar el

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Adherence to long term therapies: evidence for action. Genova: 2003

¹¹ Díaz Porto, M. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. Revista Griot. 2014;7:73-84

estilo de vida necesario para mejorar su estado de salud física o emocional, y posponer el realizarse las pruebas médicas indicadas.¹²

La falta de adherencia al tratamiento antipsicótico incrementa el riesgo de no controlar los síntomas, mayor número de recaídas, suicidio y autolesiones graves. Aumenta la demanda de consultas médicas y hospitalizaciones, lo cual incrementa los costos asociados a la enfermedad, ya que son estos pacientes los que se hospitalizan por más tiempo y cuentan con mayor número de reingresos.^{13 14} En un estudio realizado en nuestro hospital, se determinó que el 40% de los pacientes abandonaron el tratamiento después de la primera consulta.¹⁵ Se menciona que una de las causas detectadas es la confusión que se puede generar entre el médico y el paciente sobre las indicaciones terapéuticas, y esto perjudica la adherencia al tratamiento recomendado. Históricamente el concepto de adherencia se conocía como “cumplimiento”, sin embargo ésta era una perspectiva paternalista que partía de la premisa de que el psiquiatra sabe qué es mejor para el paciente, es capaz de informar claramente cuál es el tratamiento recomendado y prescribe tratamiento eficaces, quitándole al paciente el rol activo que debería de tener en sus propios tratamientos¹⁶, además que se ha demostrado que la percepción del paciente sobre quién tiene el “control de su salud” es un factor determinante en la conducta de adherencia al tratamiento ya

¹² Martín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública* 2006;32(3)

¹³ Tachi MJ, Soctt J. *Mejoría de la adherencia terapéutica en esquizofrenia y trastorno bipolar*. Madrid. Wiley. 2007

¹⁴ Díaz Porto, M. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Revista Griot*. 2014;7:73-84

¹⁵ Cabello Rangel Héctor, Díaz Castro Lina, Arredondo Armando. Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México. *Salud Mental*. 2011;34(2): 95-102.

¹⁶ Gearing E. Robin, Townsend L, MacKenzie M, Charach A. Un replanteo de la adherencia a la medicación: seis fases de la adherencia dinámica. *Harv Rev Psychiatry*. 2015;1(1):5-17

que favorece la alianza terapéutica.¹⁷ El término adherencia reemplazó al de cumplimiento, ya que se consideró que éste incorpora los conceptos de autonomía del paciente, atención centrada en la persona y la colaboración mutua entre paciente y el profesional. Como se señala en el artículo de Osterberg y Blaschke sobre adherencia al tratamiento, han surgido otros términos como persistencia, mantenimiento, continuidad, cooperación del paciente, concordancia y negativa, sin embargo estas definiciones no han sido estandarizadas ni consensuadas, por lo que utilizamos el término de adherencia al tratamiento para englobarlas, tomando en cuenta que se sigue trabajando e investigando sobre este concepto. En un modelo más reciente, propuesto por Robin E. Gearing y colaboradores, en el Harvard Review of Psychiatry del 2015, se propone incorporar el concepto de adherencia dinámica ya que incorpora la idea de que los patrones de adherencia de un paciente se modifican según la información externa que reciba, sus experiencias subjetivas, factores financieros y su relación con los profesionales, basándose en la premisa de que la adherencia es el resultado de todos estos factores. Reconocen 6 etapas que trabajan de manera dinámica y toman en cuenta que el paciente puede tener distintos grados de compromiso con el tratamiento farmacológico con el paso del tiempo. Las seis etapas son: inicio del tratamiento, ensayo del tratamiento, aceptación parcial del tratamiento, adopción intermitente del tratamiento, interrupción prematura después de adoptar el tratamiento y adherencia.¹⁸

¹⁷ Díaz Porto, M. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. Revista Griot. 2014;7:73-84

¹⁸ Gearing E. Robin, Townsend L, MacKenzie M, Charach A. Un replanteo de la adherencia a la medicación: seis fases de la adherencia dinámica. Harv Rev Psychiatry. 2015;1(1):5-17

Como se ha mencionado anteriormente, el costo financiero de la inestabilidad clínica de la enfermedad es alto, para ejemplificarlo podemos tomar los datos recogidos de un estudio realizado en nuestro hospital, en el cual refieren que los días de hospitalización de pacientes que reingresaron por exacerbación de síntomas fue de 42.5, 12.5 y 25 en promedio para consulta externa, hospital de día y clínica de adherencia terapéutica (CAT), respectivamente. Y los costos promedio de estos reingresos, considerando los días promedios de hospitalización fueron \$36,977.00, \$10,850.00 y \$21,700.00 para consulta externa, hospital de día y CAT. Se muestra que el costo de una exacerbación y su consiguiente hospitalización es superior casi un 10% entre pacientes que acuden a consulta externa y pacientes que acuden a hospital de día. Además de que el abandono al tratamiento en hospital de día es de 7.5% comparado con un 40% en la consulta externa.¹⁹

Existen numerosos factores que intervienen en la estabilidad clínica de un paciente, uno de ellos es la conciencia que tenga del propio trastorno. En un estudio realizado por la OMS en 1973 se observó que el 97% de los pacientes tenían poca conciencia sobre su enfermedad. Posteriormente en los noventas, en un estudio realizado en pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar encontraron que el 57% presentaba un déficit moderado-grave de conciencia de enfermedad y un 22% negaban la necesidad de la medicación. La conceptualización de la conciencia de enfermedad debe ser considerado como un fenómeno continuo, y no como algo que podamos nominar como “ausente o

¹⁹ Cabello Rangel Héctor, Díaz Castro Lina, Arredondo Armando. Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México. *Salud Mental*. 2011;34(2): 95-102.

presente”, ya que involucra la conciencia de tener un trastorno mental, de necesitar un tratamiento y las consecuencias sociales del trastorno, además de la capacidad para atribuir estas consecuencias a los síntomas de la enfermedad. Una conciencia precaria sobre la enfermedad se ha relacionado con peor cumplimiento terapéutico, peor funcionamiento social y evolución global.²⁰

La tendencia en los sistemas de salud a nivel mundial se ha enfocado a poner en marcha mecanismos de intervención temprana en rehabilitación psiquiátrica de pacientes que requieren atención a largo plazo, lo que hace que los familiares sean cada vez más valiosos, funcionando como agentes terapéuticos, convirtiéndolos en una pieza clave en el proceso de salud de una población. Se considera que una persona es dependiente cuando es incapaz de satisfacer por sí misma sus propias necesidades, por lo que se ve forzado al cuidado provisto por otros.²¹ La OMS considera deben existir 3 factores para que se pueda hablar de dependencia: la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que disminuya determinadas capacidades de la persona; la incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria; y la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.²² El cuidador primario es aquella persona que pudiendo o no ser familiar del paciente, mantiene mayor contacto con él y su principal función es satisfacer las necesidades de la persona de acuerdo a su grado de dependencia. Las cifras de recaídas son menores en pacientes que

²⁰ Ruiz A. I., Pousa, Duño, Crosas, Cuppa, García Rivera. Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SMUD). *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(2):111-119. 2008

²¹ Rosas Santiago Francisco, Palacios Tiburcio Paloma, Garza Contreras Gabriela, Lagunes Córdoba Roberto, Jiménez Genchi Janet. La importancia de cuidar al cuidador de pacientes dependientes: una revisión. *Psiquis*. 2015;24(3):74-84.

²² Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2000, mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra Suiza: World Health Report; 2000.

recibieron intervención familiar comparada con aquellos que no lo hicieron, 26 contra 64% respectivamente.²³ En un estudio realizado en México reportan que al incluir el tratamiento psicosocial del cuidador primario en el manejo del paciente con esquizofrenia se reduce el costo anual hasta 3 veces.²⁴ En un estudio realizado en Brasil en el 2012, en el cual se le dio seguimiento a 169 pacientes durante 1 año, reportan que aquellos con familiares que los calificaban como “peligrosos o enfermos” tuvieron más hospitalizaciones, encontrando este factor como común denominador en la readmisión hospitalaria²⁵. Erwin Goffman define al estigma como “los atributos de un individuo que le generan profundo descrédito y desvaloración social”. En el caso de las personas con un trastorno mental los estereotipos asignados a ellos se refieren comúnmente a la peligrosidad, debilidad e inutilidad, lo que conduce a que se generen actitudes y actos discriminatorios hacia ellos.²⁶ La Comisión Nacional de los Derechos Humanos en su cartilla sobre la discriminación y el derecho a la no discriminación del 2012, define a la discriminación como la acción de seleccionar excluyendo, esto es, dar un trato de inferioridad a personas o a grupos a causa de, en este caso, su condición de salud.²⁷

²³ Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP. The psychosocial treatment of schizophrenia, an update. *Am J Psychiatry* 2001; 158(2):163-175

²⁴ Lara-Muñoz M, Robles-García R, Orozco R, Saltijeral M et al. Estudio costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México. *Salud Mental* 2010; 33:211-218

²⁵ Andrade Loch A. Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization; Sao Paulo public mental health system. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34:185-192.

²⁶ Mascayano Tapia Franco, Lips Castro Walter, Mena Poblete Carlos, Manchego Soza Cristóbal. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Ment*;38(1): 53-58.

²⁷ Comisión nacional de los derechos humanos. La discriminación y el derecho a la no discriminación. Primera edición. México:CNDH;2012.

MÉTODO

JUSTIFICACIÓN

Como se ha mencionado la esquizofrenia es considerada una enfermedad mental con graves repercusiones en el ámbito social, familiar, laboral y personal, que conlleva una pobre funcionalidad desde su inicio, y a esto se suma que al presentar mayor número de recaídas y mayor duración de los brotes psicóticos se incrementa el riesgo de deterioro cognitivo de los pacientes, lo que representa un mayor gasto emocional y económico por parte de los familiares, y de la sociedad. Es conveniente detectar los diferentes factores que intervienen en la estabilidad clínica del paciente para poder diseñar una pauta a seguir y disminuir la incidencia de éste fenómeno, mejorando el pronóstico de los pacientes con esta enfermedad, y obtener mejoras en la calidad de vida tanto de ellos como de los familiares. Este estudio se diferencia de otros que se han llevado a cabo en poblaciones similares ya que se incluye al familiar del paciente, pues se ha visto que éstos pueden influir tanto positiva como negativamente sobre la estabilidad clínica del paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No existe una medición acerca de los factores asociados a que los pacientes soliciten más atención en los diferentes servicios del hospital, que incluyan tanto al paciente como a su familiar, en personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide de menos de tres años de evolución que acudan a la consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante el periodo comprendido entre enero a marzo del 2017.

El trabajo de investigación pretende buscar si la no conciencia de enfermedad en

el paciente, una actitud negativa hacia la medicación del paciente y una actitud discriminadora del familiar, contribuyen a que el paciente solicite un mayor número de consultas en el servicio de urgencias y eventualidades, a que no acuda a sus consultas de seguimiento y a un mayor número de hospitalizaciones.

OBJETIVOS: GENERAL Y PARTICULARES

- a) General: Identificar y describir los factores involucrados en que un paciente acuda un mayor número de veces a consulta de urgencias, eventualidades, no acudan a las consultas de seguimiento y/o requieran un mayor número de hospitalizaciones, en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide de menos de 3 años de evolución y que acudan a la consulta externa en el HPFBA durante el periodo de enero a marzo del 2017
- b) Particulares: Determinar la influencia que tiene la conciencia de enfermedad y la actitud hacia la medicación del paciente; y la discriminación y devaluación hacia la enfermedad mental del familiar sobre en número de consultas solicitadas al servicio de urgencias y eventualidades, el número de veces que no acuden a su consulta de seguimiento y el total de hospitalizaciones requeridas desde el diagnóstico de la enfermedad. Describir algunos factores epidemiológicos de la población de estudio que intervienen en la solicitud de servicios (sexo, edad, escolaridad, ocupación, estado civil, consumo de sustancias concomitante, comorbilidad no psiquiátrica), y factores epidemiológicos de los familiares (sexo, edad, escolaridad, ocupación, relación con el paciente).

HIPÓTESIS

a) Hipótesis de investigación: los pacientes con poca conciencia de enfermedad y una actitud subjetiva negativa hacia la medicación, y con un cuidador primario con actitud discriminadora hacia la enfermedad mental solicitan un mayor número de consultas en el servicio de urgencias y eventualidades, no acuden a su consulta de seguimiento y requieren de más hospitalizaciones.

b) Hipótesis nula: los pacientes con poca conciencia de enfermedad y una actitud subjetiva negativa hacia la medicación, y con un cuidador primario con actitud discriminadora hacia la enfermedad mental NO solicitan un mayor número de consultas en el servicio de urgencias y eventualidades, acuden a su consulta de seguimiento y no requieren de más hospitalizaciones.

VARIABLES: DEPENDIENTE E INDEPENDIENTE

Cuadro 1. Operacionalización de variables			
Variable	Definición	Escala de Medición	Tipo de variable
Esquizofrenia (pacientes con no más de 3 años de diagnóstico)	Enfermedad mental crónica que se presenta predominantemente en pacientes jóvenes. Caracterizado por la presencia de	Cualitativa nominal (si/no)	Independiente

	alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje o comportamiento desorganizado y sintomatología negativa, asociado a una pérdida crónica de funciones mentales superiores.		
Edad	Tiempo de vida de un sujeto medida en años	Cuantitativa continua	Independiente
Sexo	Característica biológica que distingue a hombres y mujeres	Cualitativa nominal (hombre/mujer)	Independiente
Conciencia de enfermedad mental en los pacientes	Conciencia de tener un trastorno mental, aceptación de la etiqueta de enfermedad, conciencia de las consecuencias de un trastorno mental, necesidad del tratamiento, efectos del	Cualitativa nominal <ul style="list-style-type: none"> - Buena conciencia - Regular conciencia - Mala conciencia 	Dependiente

	mismo, beneficios y cooperación.		
Discriminación hacia la enfermedad mental en el familiar del paciente (Escala de percepción de la discriminación y la devaluación hacia la enfermedad mental adaptada al español)	Acción de excluir, dar un trato de inferioridad a personas o grupos, a causa de su condición de salud	Cualitativa nominal <ul style="list-style-type: none"> - Baja discriminación - Intermedia discriminación - Alta discriminación 	Dependiente
Inventario de actitudes hacia la medicación	Percepción por parte del paciente sobre el medicamento.	Cualitativa nominal <ul style="list-style-type: none"> - Respuesta negativa - Respuesta intermedia - Respuesta positiva 	Dependiente

Consultas en el servicio de urgencias	Número de ocasiones en las que acudió al servicio de urgencias en el último año	Cuantitativa continúa (0 al infinito)	Dependiente
Consultas en el servicio de eventualidades	Número de ocasiones en las que acudió al servicio de eventualidades en el último año	Cuantitativa continúa (0 al infinito)	Dependiente
Consultas a las que no acudieron	Número de ocasiones en las que no acudieron a su consulta en el último año	Cuantitativa continúa (o al infinito)	Dependiente
Total de hospitalizaciones	Número de hospitalizaciones que ha requerido desde su diagnóstico	Cuantitativa continua (0 al infinito)	Dependiente

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

- a) De inclusión. Pacientes que cumplan con los criterios diagnósticos de acuerdo al CIE-10 para esquizofrenia paranoide de menos de 3 años de diagnóstico y que acudan a seguimiento en la consulta

externa en compañía de un familiar al HPFBA durante el periodo comprendido entre enero y marzo del 2017.

- b) De exclusión. Pacientes que no acudan a seguimiento a la consulta externa del HPFBA. Pacientes que no tengan diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Pacientes con diagnóstico comórbido de retraso mental severo o deterioro cognitivo grave. Pacientes que no acudan con familiar. Pacientes o familiares que no acepten responder o no terminen de responder las escalas.
- c) De eliminación. Pacientes que dejen de acudir a seguimiento en la consulta externa del HPFBA.
- d) De discontinuación: pacientes o cuidadores primarios que no terminen de realizar las escalas.

MUESTREO

Muestra: 47 pacientes

Muestreo: por cuota (ingresaron al estudio los pacientes que fueron candidatos según los criterios de inclusión y que fueron valorados entre enero y marzo del 2017 en consulta externa)

TIPO DE ESTUDIO

Transversal, correlacional y descriptivo.

INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se emplearon en la realización del protocolo fueron: adaptación al español de la escala de no conciencia de enfermedad mental, escala de actitudes hacia la medicación y adaptación al español de la escala de discriminación y devaluación hacia la enfermedad mental.

- a. Adaptación al español de la escala de no conciencia de enfermedad mental (SMUD).

Fue diseñada para evaluar la conciencia de enfermedad en pacientes psicóticos. La versión reducida, realizada por Amador y colaboradores en 1993, consta de 9 ítems agrupados en dos partes. La primera parte evalúa la conciencia de enfermedad mental global y está formada por los 3 primeros ítems. Esta primera parte se centra en la conciencia de padecer una enfermedad mental, los efectos de la medicación y las consecuencias sociales de la enfermedad. La segunda parte evalúa la conciencia de cada uno de los síntomas, siendo que esto no será utilizado en la investigación, sólo se utilizó la primera parte de la escala.

Las puntuaciones del nivel de conciencia se realizan mediante una escala tipo Likert de 6 valores de intensidad: 0 (ítem no relevante), 1 (conciencia) y 5 (no hay conciencia). La puntuación de conciencia global se obtiene sumando las puntuaciones en los 3 primeros síntomas, los autores no proporcionan un punto de corte, a mayor puntuación, mayor gravedad. Se dividieron en 3 para determinar el nivel de conciencia: de 0 a 5 buena conciencia, de 6 a 10 conciencia intermedia y de 11 a 15 mala conciencia. Se utilizó la adaptación al español de esta escala, realizada en Barcelona en el 2008, los autores determinan que esta versión en

español es conceptualmente equivalente, y presenta una fiabilidad y validez similares a la original.

b. Escala de actitudes hacia la medicación

Fue desarrollada por Hogan y colaboradores en 1983, para evaluar la respuesta subjetiva a los neurolépticos, es autoaplicada e indica si los pacientes están satisfechos con su medicación y el grado de comprensión sobre cómo les afecta el tratamiento. Se utilizó la versión breve que consta de 10 ítems que se refieren al efecto percibido de la medicación. Los ítems tienen una respuesta tipo dicotómica (verdadero-falso), cada respuesta es puntuada como +1 si es correcta o -1 si es incorrecta. Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones de los 10 ítems, indicando las puntuaciones más altas una actitud más positiva hacia la medicación. No existe un punto de corte definido, a mayor puntuación positiva el efecto percibido por la medicación es más positivo, se dividieron en 3 grupos para determinar el grado de respuesta: -10 a -5 respuesta subjetiva negativa, de -4 a 5 respuesta subjetiva intermedia y de 6 a 10 respuesta subjetiva positiva. Esta escala se ha correlacionado positivamente tanto con la adherencia valorada por el clínico como con las medidas bioquímicas de la adherencia y la escala Morisky de adherencia a los medicamentos.

c. Adaptación al español de la escala de discriminación y devaluación hacia la enfermedad mental.

Se compone de 12 reactivos cuyas respuestas se encuentran en función de lo que “la mayoría de la gente cree o piensa” a fin de reducir la deseabilidad social (intento del entrevistado de responder positivamente a razón de lo que la sociedad aprueba o no). El formato de respuesta es una escala Likert de 4 puntos desde

totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo, los autores no proporcionan un punto de corte, a mayor puntuación, mayor grado de discriminación y devaluación hacia la enfermedad mental, se dividió en 3 grupos para determinar el grado de discriminación: 0 a 19 baja discriminación, 20 a 39 discriminación intermedia y 40 a 57 alta discriminación. Se utilizó la adaptación cultural de este instrumento realizada en la Ciudad de México en el IPRFM, el instrumento tiene una consistencia interna global de 0-76 (alpha de Cronbach).

PROCEDIMIENTO

- a. Se solicitó la aprobación del proyecto de tesis por parte de los comités de investigación y de ética en investigación del HPFBA.
- b. Una vez aprobado se solicitó autorización al jefe de servicio de la consulta externa para realizar la investigación en ésta área.
- c. A los pacientes y familiares que aceptaron participar se les proporcionó y explicó el consentimiento informado.
- d. Se les explicó sobre el contenido de las escalas, las instrucciones de llenado y lo que evaluaría cada una de ellas.
- e. Se procedió a la aplicación de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental por medio de una entrevista clínica, la autoaplicación del inventario de actitudes hacia la medicación al paciente, y la autoaplicación de la escala de percepción y devaluación hacia la enfermedad mental al familiar.
- f. En caso de que alguno de los pacientes o familiares no supieran leer o escribir se les ayudaría a hacerlo, sin embargo ninguno lo solicitó.

- g. Por último se realizó la revisión del expediente clínico para cuantificar en una base de datos el número de consultas solicitadas en urgencias, eventualidades, y las veces que no acudieron a su consulta de seguimiento en el último año, y el número total de hospitalizaciones desde el diagnóstico de la enfermedad.

Cronograma de actividades

Enero del 2017 a marzo del 2017: se realizaron las siguientes escalas al paciente: adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SMUD) e inventario de actitudes hacia la medicación, y al familiar del paciente se le realizó la siguiente escala: adaptación al español de la escala de percepción y devaluación hacia la enfermedad mental (DDS), que acuden a seguimiento a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, y que cuenten con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y tengan menos de 3 años de evolución.

Abril del 2017: Se revisó el expediente clínico a partir de la fecha de aplicación de las escalas de manera retrospectiva hacia un año para cuantificar las veces que el paciente ha solicitado consulta en el servicio de urgencias y eventualidades, no ha acudido a sus consultas de seguimiento y el total de hospitalizaciones que ha requerido desde el diagnóstico de la enfermedad.

Mayo del 2017 se realizó el análisis de resultados, discusión y conclusión del protocolo de investigación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Costos y materiales: Para la realización de este estudio, se requirió de copias de las escalas realizadas y bolígrafos, dicho costo fue cubierto por la investigadora.

Consideraciones bioéticas

Se sometió a evaluación por el comité de ética en investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y el estudio se realizó de acuerdo con la ley del Reglamento General de Salud en materia de investigación para la salud mencionada m. Se solicitó el consentimiento informado al paciente y cuidador primario para poder aplicarles las escalas mencionadas en la investigación.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las

autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría

TITULO SEGUNDO (De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos). CAPITULO I. ARTICULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, según el reglamento la presente investigación se clasifica como de **RIESGO MINIMO**. En concordancia con lo anterior, se respetó la confidencialidad de los sujetos utilizados en el estudio y considerando el TÍTULO SEXTO (De la ejecución de la investigación en las instituciones de atención a la salud) CAPITULO ÚNICO, ARTÍCULO 113, ARTÍCULO 115 y ARTÍCULO 116, se refiere lo siguiente:

ARTÍCULO 113.- La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembros de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del jefe responsable de área de adscripción.

ARTICULO 115.- Las investigaciones se desarrollarán de conformidad con un protocolo, el cual será elaborado de acuerdo a la norma técnica que para el efecto emita la Secretaría e incluirá los elementos que permitan valorar el estudio que se propone realizar.

ARTICULO 116.- El investigador principal se encargará de la dirección técnica del estudio.

Asimismo, el estudio consideró los lineamientos propuestos por la Declaración de Helsinki y la Asociación Médica Mundial en lo que respecta a la investigación médica y diseño de proyectos de investigación con respecto al derecho de los participantes en una investigación y al Código de Núremberg (consentimiento informado). La información fue obtenida directamente del paciente, con las normas éticas establecidas para el manejo de la información acorde a lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud; por esta razón, se proporcionó una descripción completa del estudio a los posibles participantes, con un consentimiento informado escrito donde se explica con qué fines se realiza el estudio en forma clara y explícita.

El manejo de la información se realizará acorde a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico que versa sobre lo siguiente:

1. Se mantendrá en el anonimato el nombre de los pacientes a quienes pertenecen los expedientes incluidos en el estudio.
2. La información se manejará con confidencialidad, para el uso exclusivo del desarrollo del estudio.
3. No se gratificara monetariamente ni se les cobrara a los pacientes que participen en el estudio.
4. Con respecto a los resultados obtenidos se intentará realizar su publicación para difusión y uso de los resultados a favor del bienestar de los pacientes,

por lo que en caso de identificar algún paciente que se sospeche algún o confirme algún otro diagnóstico, se avisará a su médico tratante.

5. No existe conflicto de intereses en el desarrollo del protocolo.
6. Los gastos del material derivados del estudio serán absorbidos por el investigador. En este caso por el Médico Residente

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó una prueba de correlación de Pearson con el fin de verificar si una mala conciencia de enfermedad y la respuesta negativa a la medicación en el paciente; y una actitud discriminadora hacia la enfermedad mental en el familiar son un factor de riesgo para incrementar la solicitud de atención en el servicio de urgencias, eventualidades, de no acudir a consulta de seguimiento y/o el número de hospitalizaciones desde su diagnóstico. Dichos cálculos se llevaron a cabo a través del programa para análisis estadístico SPSS 22 y cálculos en Excel.

RESULTADOS

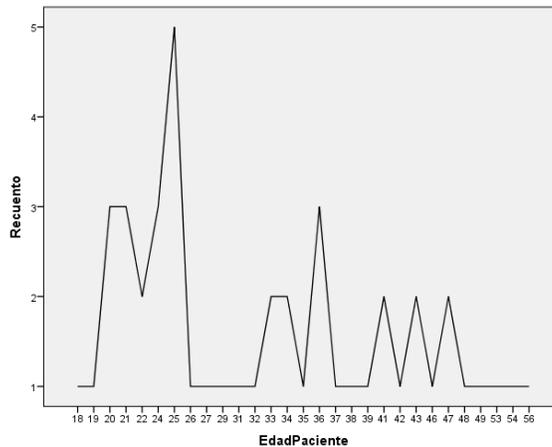
La muestra se encuentra conformada por 47 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide de menos de 3 años de diagnóstico, de los cuales 29 fueron hombres y 18 mujeres, lo cual corresponde al 61.7% y 38.3% respectivamente.

Cuadro 2. Porcentaje de pacientes de acuerdo al sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	29	61.7%
Mujer	18	38.3%
Total	47	100.0%

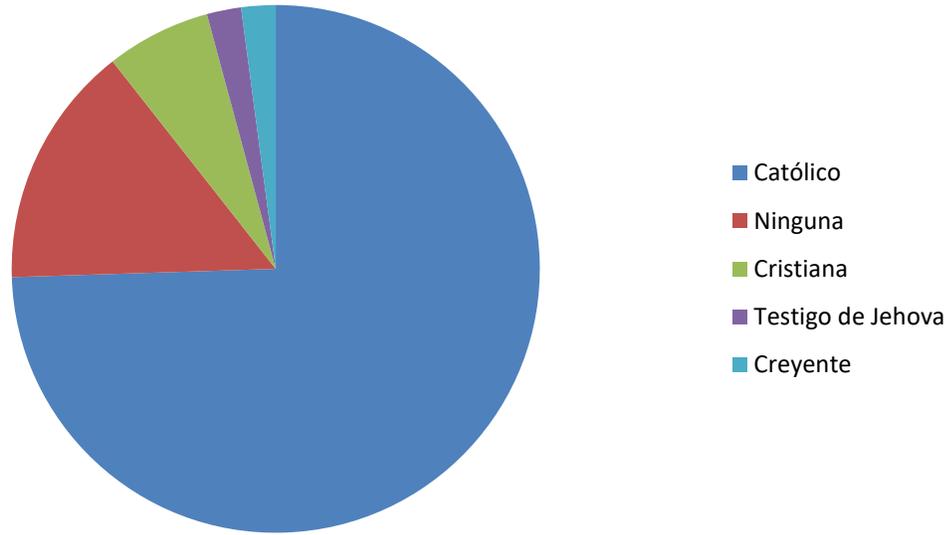
La edad promedio de los pacientes fue de 32.91 (DE 10.6), siendo las edades más frecuentes las que se encontraron el rango de 19 a 25 años, el rango de edad del total de la muestra fue de 18 a 56 años.

Figura 2. Distribución de las edades de los pacientes.



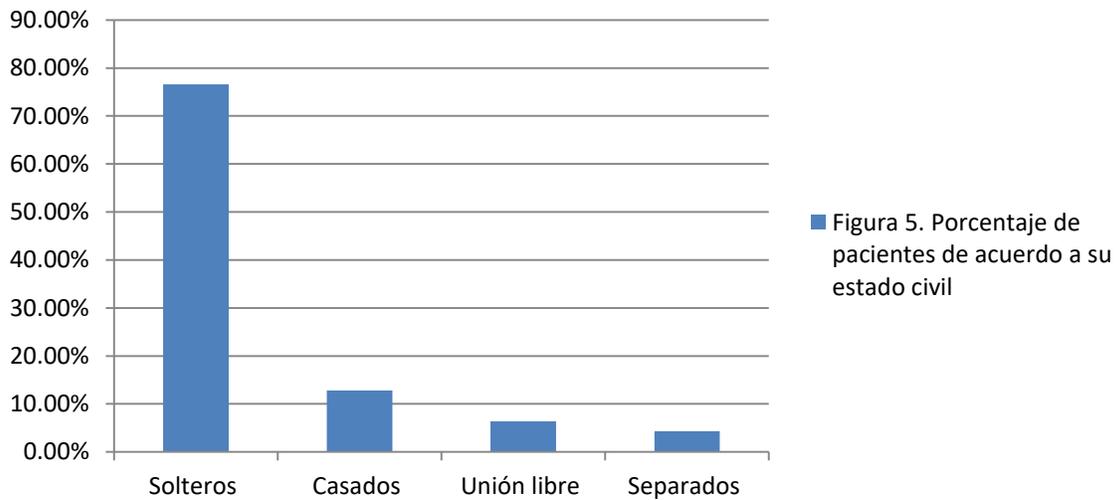
La religión referida por los pacientes fue como católicos, ninguna, cristianos, testigo de Jehova y creyentes, siendo la más frecuente católico con 74.5%, seguida de ninguna con 14.9%, en tercer lugar cristiano con 6.4% y sólo dos pacientes se refirieron como testigos de Jehova y creyente, representando el 2.1% cada uno.

Figura 3. Religión referida por el paciente



En cuanto al el estado civil referido por los pacientes, la mayoría fueron solteros con un 76.6%, seguidos por casados un 12.8%, en unión libre el 6.4% y separados 4.3%.

Figura 4. Porcentaje de pacientes de acuerdo a su estado civil



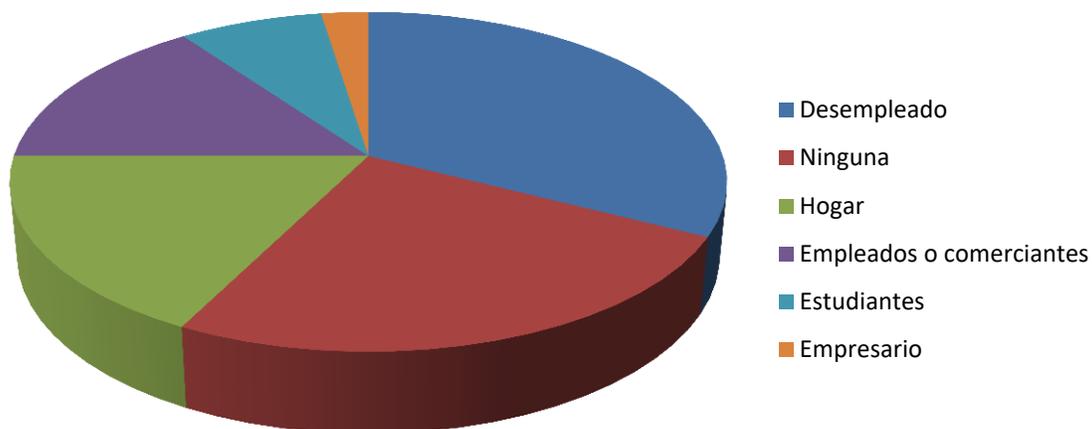
En cuanto a la escolaridad, en primer lugar el 27.7% concluyeron la secundaria, seguidos de preparatoria y preparatoria trunca un 17% cada uno, primaria un 12.8%, licenciatura un 10.6%, seguidos por ingeniería un 6.4%, y primaria o licenciatura trunca un 4.3%.

Cuadro 3. Porcentaje de pacientes de acuerdo a su escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	6	12.8%
Primaria Trunca	2	4.3%
Secundaria	13	27.7%
Preparatoria	8	17.0%
Preparatoria Trunca	8	17.0%
Licenciatura	5	10.6%
Licenciatura Trunca	2	4.3%
Ingenieria	3	6.4%
Total	47	100.0%

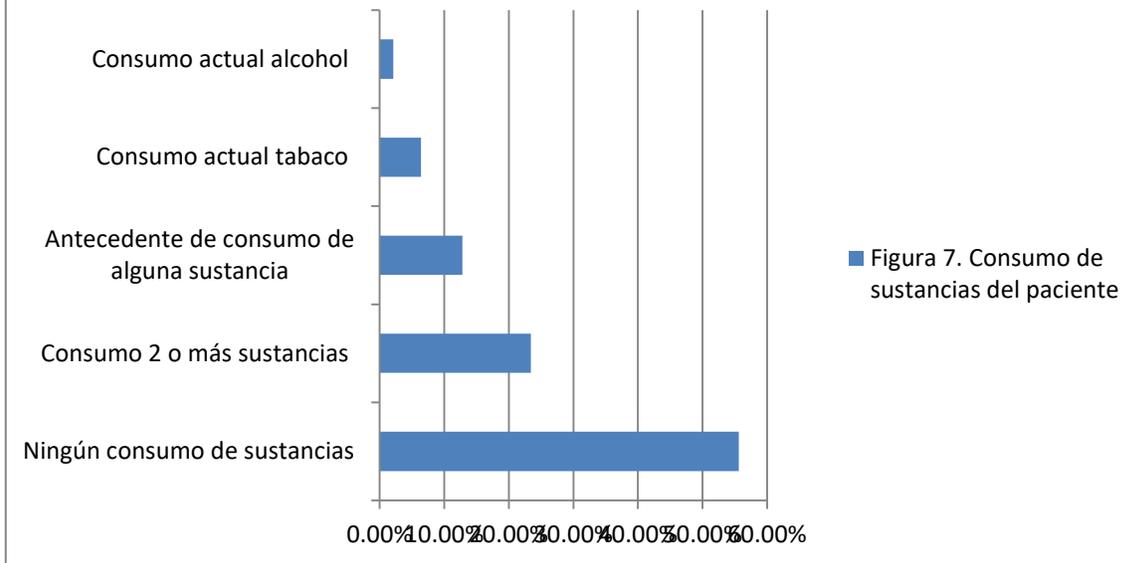
La ocupación referida por los pacientes en primer lugar fue como desempleado el 27.7%, refiriendo que ejercían alguna ocupación o profesión anteriormente, en segundo lugar como ninguna el 21.3% refiriendo nunca haber laborado, seguidos en tercer lugar con un 14.9% los que se dedican a labores del hogar, en cuarto lugar 12.8% referidos como empleados o comerciantes, posteriormente un 6.4% refieren continuar estudiando y un 2.1% se refirió como empresario.

Figura 5. Ocupación referida por el paciente



En cuanto al consumo de sustancias el 55.6% refirió no consumir ninguna sustancia, seguidos por el 23.4% quienes referían consumo de dos o más sustancias, en tercer lugar con antecedente de haber consumido alguna sustancia el 12.8%, seguidos por un 6.4% con consumo actual de tabaco y 2.1% con consumo actual de alcohol.

Figura 6. Consumo de sustancias del paciente



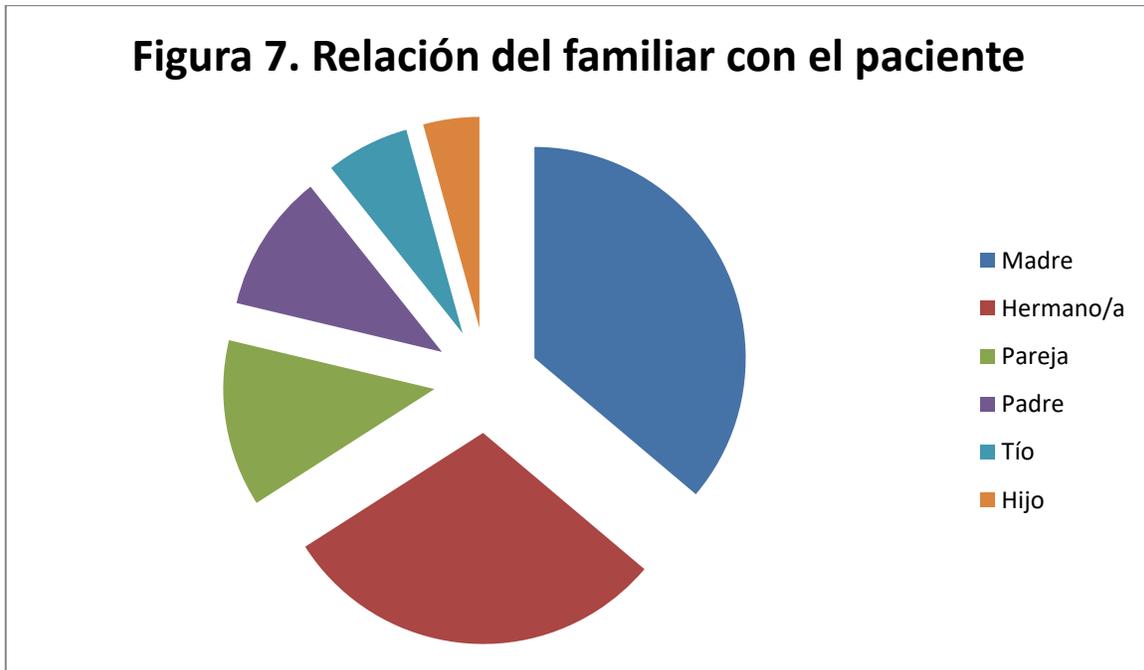
De los 47 pacientes el 93.6% se encuentra sin comorbilidad psiquiátrica, el 4.3% con hipertensión arterial sistémica y el 2.1% con diagnóstico de hipotiroidismo.

Cuadro 4. Porcentaje de pacientes que cuentan con alguna comorbilidad no psiquiátrica

	Frecuencia	Porcentaje
No	44	93.6%
HAS	2	4.3%
Hipotiroidismo	1	2.1%
Total	47	100.0%

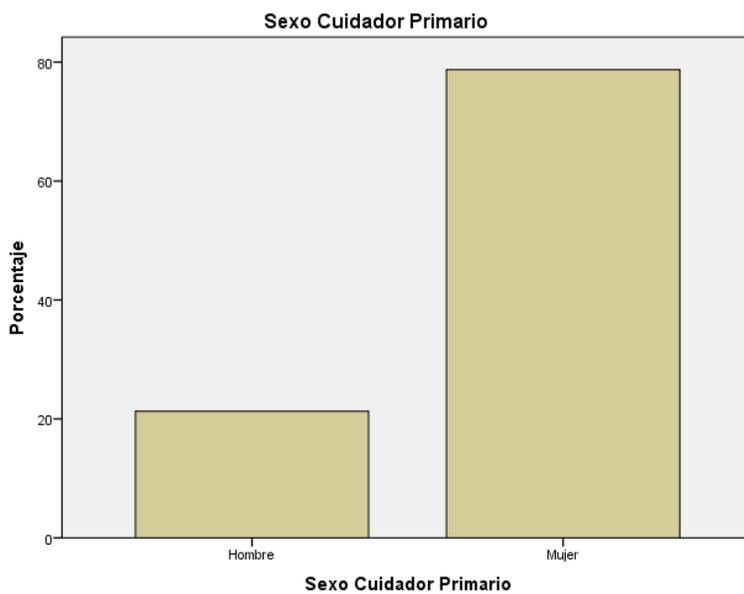
En cuanto al familiar que acompañó a cada paciente, lo más frecuente fue que su madre los acompañara en un 36.2%, seguidos de un hermano o hermana por un

29.8%, su pareja en el 12.8% de los casos, el padre en un 10.6%, un tío en el 6.4% y un hijo en el 4.3%.



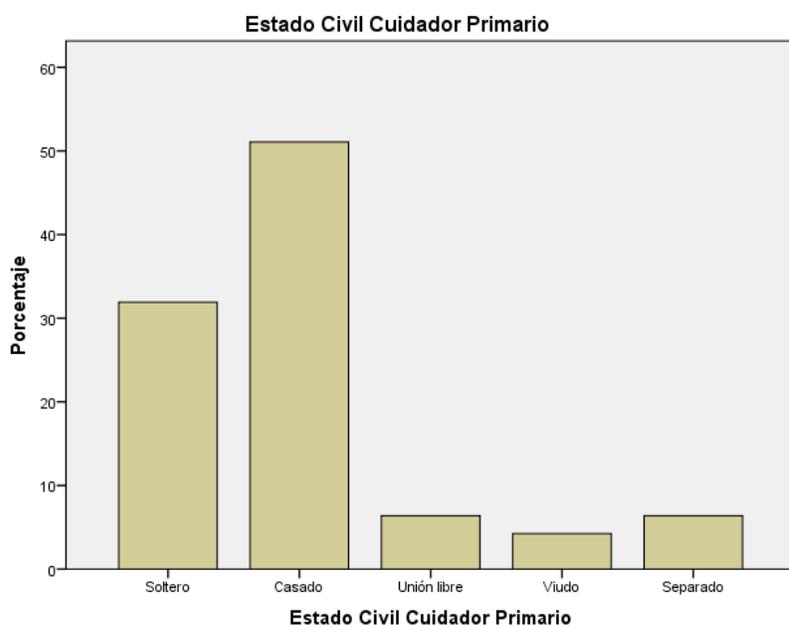
De los 47 familiares el 78.7% fueron mujeres y el 21.3% hombres.

Figura 8. Porcentaje del familiar de acuerdo a su sexo



El estado civil referido por los familiares fue como casado el 51.1%, soltero el 31.9%, seguidos en unión libre y separado el 6.4%, y viudo el 4.3%.

Figura 9. Porcentaje del familiar de acuerdo a su estado civil



La edad promedio de los familiares fue de 47.94 (DE 12.9), el rango de edad del total de la muestra fue de 21 a 78 años, con una media de 47.94.

Cuadro 5. Edad del familiar

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media
Edad Cuidador Primario	47	57	21	78	47.94
N	47				

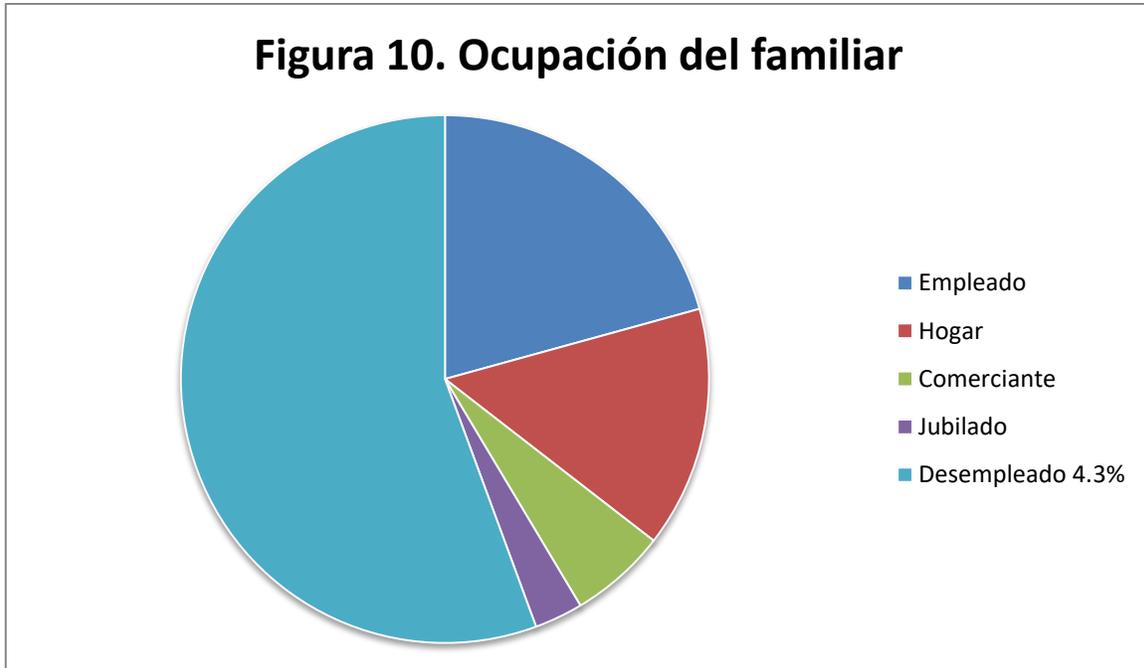
La escolaridad de los familiares se encuentra en secundaria, primaria y preparatoria con un 29.8%, 25.5% y 21.3% respectivamente. Seguidos por licenciatura un 12.8%, preparatoria trunca en un 4.3% y primaria trunca, secundaria trunca y posgrado 2.1%.

Cuadro 6. Porcentaje del familiar de acuerdo a su escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	12	25.5%
Primaria trunca	1	2.1%
Secundaria	14	29.8%
Secundaria Trunca	1	2.1%
Preparatoria	10	21.3%
Preparatoria Trunca	2	4.3%
Licenciatura	6	12.8%
Posgrado	1	2.1%
Total	47	100.0%

La ocupación reportada por el familiar más frecuente fue como empleado en un 44.7%, seguido de los que se dedican al hogar en un 31.9%, en tercer lugar comerciantes con un 12.8%, jubilado en un 6.4% y desempleado 4.3%.

Figura 10. Ocupación del familiar



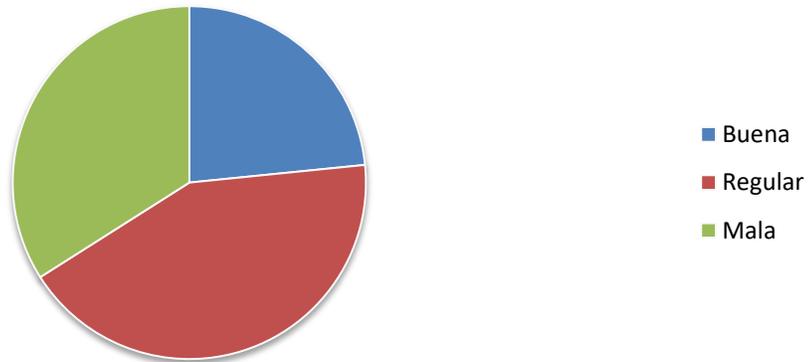
Se aplicó a los pacientes la adaptación al español de la escala de evaluación de la no conciencia de enfermedad mental, en la cual se obtienen puntajes entre 0-15. La media fue de 8.28 (DE 3.3), lo cual nos traduce que la media de los pacientes contó con una regular conciencia de enfermedad mental.

Cuadro 7. Rango de respuestas sobre la escala de evaluación de la no conciencia de enfermedad mental (SMUD)

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
SMUD	47	12	3	15	8.28	3.328
N	47					

El mayor porcentaje de pacientes (42.6%) obtuvieron un puntaje de regular conciencia de enfermedad en la SMUD, seguidos por una mala conciencia de enfermedad por un 34% y con una buena conciencia de enfermedad por un 23.4%

Figura 11. Porcentaje de pacientes de acuerdo al resultado obtenido en la escala de evaluación de la no conciencia de enfermedad mental (SMUD)



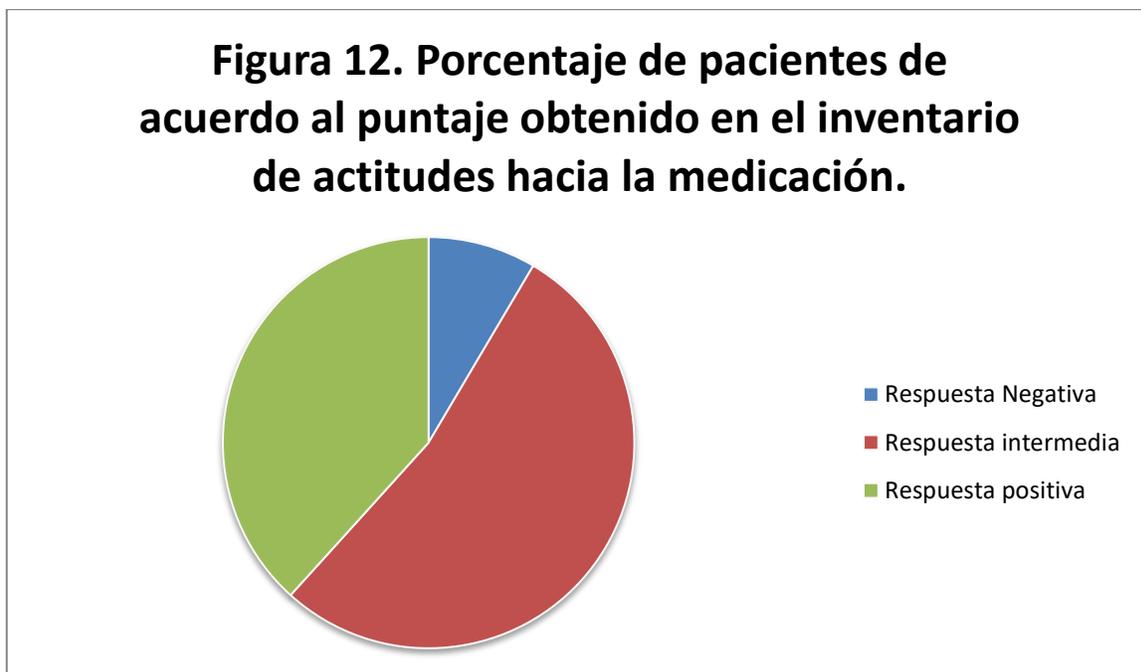
Se aplicó a los pacientes la escala sobre actitudes sobre la medicación, en la cual se obtienen puntajes entre -10 a +10. La media fue de 2.62 (DE 5.1), lo cual los sitúa en una respuesta intermedia hacia la medicación.

Cuadro 8. Rango de respuesta sobre la escala de actitudes sobre la medicación (DAI)

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
DAI	47	20	-10	10	2.62	5.148
N	47					

El 53.2% de los pacientes resultaron con una respuesta intermedia en el inventario de actitudes hacia la medicación, seguidos por aquellos que obtuvieron una

respuesta positiva con un 38.3%, y por último aquellos con una respuesta negativa con un 8.5%.

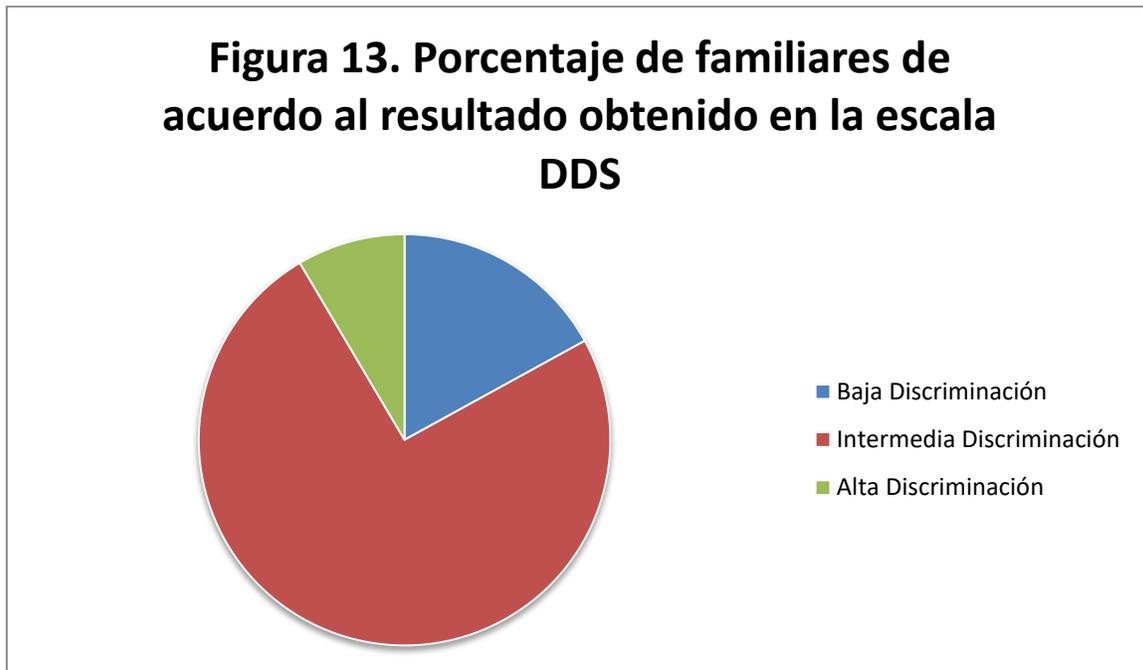


Se aplicó la escala de Devaluación y Discriminación sobre la enfermedad mental (DDS) a los familiares, en la cual se obtienen puntajes de 0 a 57. La media fue de 28.74 (DE 8.3), lo que indica que la mayoría tuvo un grado intermedio de discriminación hacia la enfermedad mental.

Cuadro 9. Rango de respuestas de la escala de devaluación y discriminación sobre la enfermedad mental (DDS)

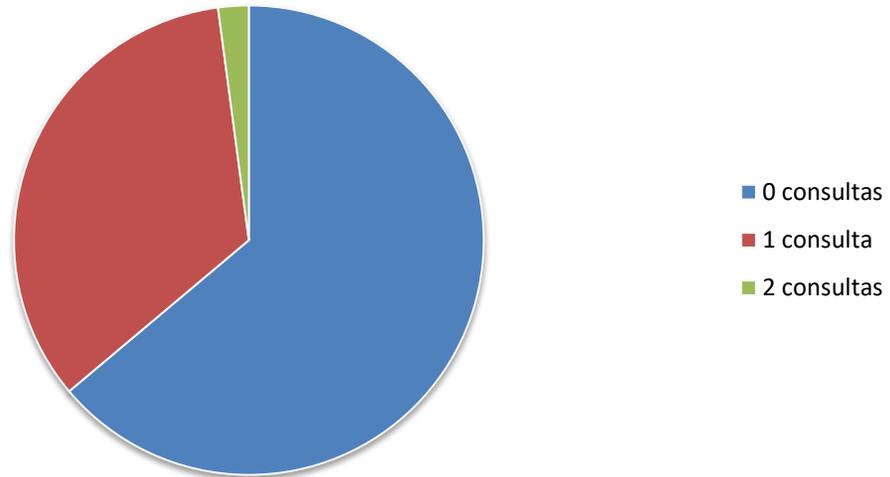
	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
DDS	47	42	7	49	28.74	8.308
N	47					

El 74.5% de los familiares presentaron una discriminación intermedia hacia la enfermedad mental, seguidos de un 17% con una baja discriminación y por último un 8.5% puntuaron para una alta discriminación hacia la enfermedad mental.



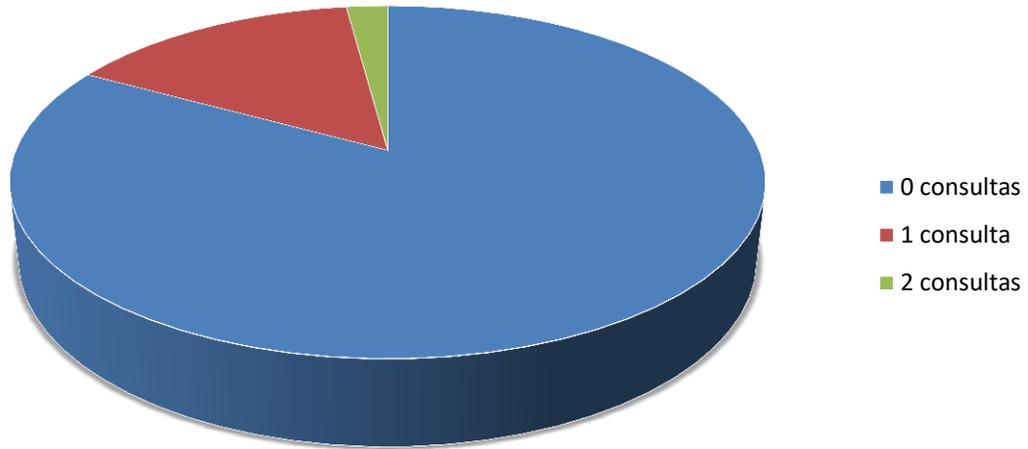
Las consultas que fueron solicitadas al servicio de urgencias por estos pacientes, en el último año fueron mínimo 0 y máximo 2, predominando los que no solicitaron consulta con un porcentaje de 63.8%, seguidos de 34% que solicitaron una consulta, y 2.1% que la solicitaron en 2 ocasiones.

Figura 14. Consultas solicitadas en el servicio de urgencias



Las consultas solicitadas al servicio de eventualidades de los pacientes analizados, en el último año, fueron mínimo 0 y máximo 2, predominando los que no solicitaron consulta con un porcentaje de 83%, seguidos de 14.9% que solicitaron una consulta, y 2.1% que la solicitaron 2 veces.

Figura 15. Consultas solicitadas al servicio de eventualidades

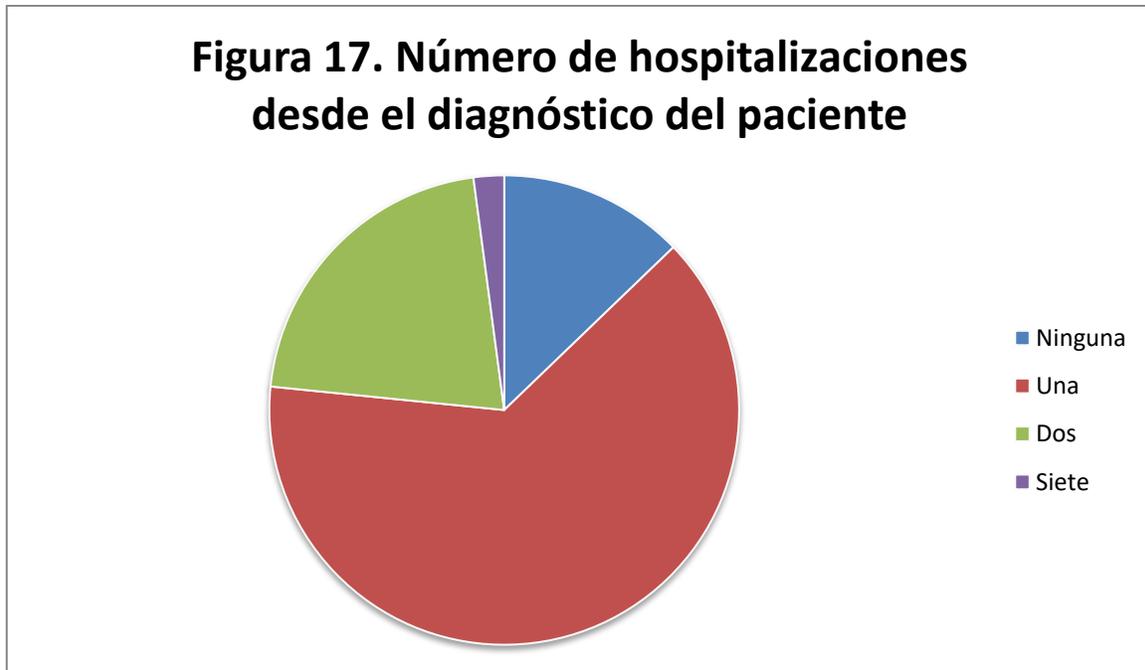


Lo más frecuente fue que los pacientes acudieran a su consulta, sin embargo el 21.3% de los pacientes no acudieron en una ocasión y el 8.5% no acudieron en dos ocasiones en el año analizado.

Figura 16. Pacientes que no acudieron a su consulta de seguimiento



El número de hospitalizaciones que han requerido los pacientes desde su diagnóstico osciló entre 0 y 7, siendo más frecuente que hayan requerido una hospitalización el 63.8%, seguidos de dos hospitalizaciones el 21.3%, en tercer lugar ninguna hospitalización el 12.8%, y sólo un paciente había tenido 7 hospitalizaciones (2.1%).



En el siguiente cuadro se observa que aquellos pacientes con una mala conciencia de enfermedad fueron los que más solicitaron al menos una consulta al servicio de urgencias (8 pacientes) y que también solicitaron dos consultas (1 paciente).

Cuadro 10. Tabla de contingencia entre Conciencia de enfermedad y número de consultas solicitadas en el servicio de urgencias

		Urgencias			Total
		0	1	2	
Conciencia de enfermedad	Buena Conciencia	10	1	0	11
	Regular Conciencia	13	7	0	20
	Mala Conciencia	7	8	1	16
Total		30	16	1	47

A continuación se describe que aquellos pacientes con una mala conciencia de enfermedad fueron los que más solicitaron una consulta al servicio de eventualidades (4 pacientes), y que uno de ellos con regular conciencia fue quien solicito en dos ocasiones este servicio.

Cuadro 11. Tabla de contingencia entre Conciencia de enfermedad y número de consultas solicitadas en el servicio de eventualidades

		Eventualidades			Total
		0	1	2	
Conciencia de enfermedad	Buena Conciencia	9	2	0	11
	Regular Conciencia	18	1	1	20

	Mala Conciencia	12	4	0	16
Total		39	7	1	47

Los pacientes con una mala conciencia de enfermedad fueron los que faltaron en más de una ocasión a su cita de seguimiento (7 pacientes), y aquellos con una regular conciencia de enfermedad fueron los que faltaron en dos ocasiones a su cita de seguimiento (3 pacientes).

Cuadro 12. Tabla de contingencia entre Conciencia de enfermedad y número de consultas a la que no acudieron

		NoAcudieron			Total
		0	1	2	
Conciencia de enfermedad	Buena Conciencia	10	1	0	11
	Regular Conciencia	15	2	3	20
	Mala Conciencia	8	7	1	16
Total		33	10	4	47

Los pacientes que tuvieron regular conciencia de enfermedad fueron los que más tuvieron dos hospitalizaciones, y un que también obtuvo ese puntaje fue quien ha requerido de siete hospitalizaciones desde su diagnóstico. Aquellos con mala conciencia fueros los que más han requerido de 1 hospitalización.

Cuadro 13. Tabla de contingencia entre Conciencia de enfermedad y número de hospitalizaciones desde el diagnóstico del paciente

		Hospitalizaciones				Total
		0	1	2	7	
Conciencia de enfermedad	Buena Conciencia	0	9	2	0	11
	Regular Conciencia	3	10	6	1	20
	Mala Conciencia	3	11	2	0	16
Total		6	30	10	1	47

De acuerdo a los resultados obtenidos en el inventario de actitudes hacia la medicación, aquellos pacientes con una respuesta intermedia al medicamento fueron los que más acudieron a solicitar al menos una consulta al servicio de urgencias (9 pacientes) y a solicitar dos consultas a este servicio (1 paciente).

Cuadro 14. Tabla de contingencia entre Inventario de actitudes hacia la medicación y número de consultas solicitadas al servicio de urgencias

		Urgencias			Total
		0	1	2	
Inventario de	Respuesta Negativa	1	3	0	4

actitudes hacia la medicación	Respuesta	15	9	1	25
	Intermedia				
	Respuesta Positiva	14	4	0	18
Total		30	16	1	47

Aquellos que tuvieron una respuesta intermedia a la medicación fueron los que más solicitaron una consulta al servicio de eventualidades (4 pacientes), y un paciente que tuvo una respuesta positiva hacia la medicación fue quien solicitó dos consultas al servicio de eventualidades.

Cuadro 15. Tabla de contingencia entre Inventario de actitudes hacia la medicación y número de consultas solicitadas al servicio de eventualidades

		Eventualidades			Total
		0	1	2	
Inventario de actitudes hacia la medicación	Respuesta Negativa	3	1	0	4
	Respuesta Intermedia	21	4	0	25
	Respuesta Positiva	15	2	1	18
Total		39	7	1	47

Los pacientes con una respuesta intermedia a la medicación fueron los que más faltaron a su consulta de seguimiento (6 pacientes). La misma cantidad de

pacientes que tuvieron una respuesta subjetiva negativa e intermedia faltaron en 2 ocasiones a su consulta de seguimiento.

Cuadro 16. Tabla de contingencia entre Inventario de actitudes hacia la medicación y número de consultas de seguimiento a las que no acudieron

		NoAcudieron			Total
		0	1	2	
Inventario de actitudes hacia la medicación	Respuesta Negativa	1	3	0	4
	Respuesta Intermedia	17	6	2	25
	Respuesta Positiva	15	1	2	18
Total		33	10	4	47

Los pacientes que tuvieron una respuesta intermedia hacia la medicación fueron quienes más requirieron de una o dos hospitalizaciones (16 y 6 pacientes respectivamente), y un paciente con respuesta positiva ha requerido de 7 hospitalizaciones desde su diagnóstico.

Cuadro 17. Tabla de contingencia entre Inventario de actitudes hacia la medicación y número de hospitalizaciones requeridas desde el diagnóstico de esquizofrenia

	Hospitalizaciones				Total
	0	1	2	7	

Inventario de actitudes hacia la medicación	Respuesta Negativa	1	2	1	0	4
	Respuesta Intermedia	3	16	6	0	25
	Respuesta Positiva	2	12	3	1	18
Total		6	30	10	1	47

Aquellos pacientes con familiares que obtuvieron una puntuación intermedia para discriminación hacia la enfermedad mental fueron los que más solicitaron al menos una consulta al servicio de urgencias (11 pacientes) y dos consultas en este servicio (1 paciente).

Cuadro 18. Tabla de contingencia entre Devaluación y Discriminación hacia la enfermedad mental del familiar y número de consultas solicitadas al servicio de urgencias

		Urgencias			Total
		0	1	2	
Devaluación y Discriminación hacia la enfermedad mental	Baja Discriminación	5	3	0	8
	Intermedia	23	11	1	35
	Discriminación				
	Alta Discriminación	2	2	0	4
Total		30	16	1	47

Los pacientes con familiares que obtuvieron una puntuación intermedia para discriminación hacia la enfermedad mental fueron los que más solicitaron al menos una y dos consultas al servicio de eventualidades, 4 y 1 pacientes respectivamente.

Cuadro 19. Tabla de contingencia entre Devaluación y Discriminación hacia la enfermedad mental del familiar y el número de consultas solicitadas al servicio de eventualidades

		Eventualidades			Total
		0	1	2	
Devaluación y Discriminación hacia la enfermedad mental	Baja Discriminación	7	1	0	8
	Intermedia	30	4	1	35
	Discriminación				
	Alta Discriminación	2	2	0	4
Total		39	7	1	47

Aquellos pacientes con familiares que obtuvieron una puntuación intermedia para discriminación hacia la enfermedad mental fueron quienes más faltaron a su consulta de seguimiento en una ocasión (8 pacientes) o en dos ocasiones (4 pacientes).

Cuadro 20. Tabla de contingencia entre Devaluación y Discriminación hacia la enfermedad mental del familiar y veces que el paciente no acudió a su consulta de seguimiento

		NoAcudieron			Total
		0	1	2	
Devaluación y Discriminación hacia la enfermedad mental	Baja Discriminación	7	1	0	8
	Intermedia	23	8	4	35
	Discriminación	3	1	0	4
	Alta Discriminación	33	10	4	47

Aquellos pacientes con familiares que obtuvieron una puntuación intermedia para discriminación hacia la enfermedad mental fueron los que más han requerido de al menos una hospitalización (19 pacientes), 2 hospitalizaciones (10 pacientes) y 7 hospitalizaciones (1 paciente) desde el diagnóstico de la enfermedad.

Cuadro 21. Tabla de contingencia entre Devaluación y Discriminación hacia la enfermedad mental del familiar y número de hospitalizaciones desde el diagnóstico de esquizofrenia paranoide

		Hospitalizaciones				Total
		0	1	2	7	
Devaluación y Discriminación hacia la enfermedad	Baja Discriminación	1	7	0	0	8
	Intermedia	5	19	10	1	35
	Discriminación					

mental	Alta Discriminación	0	4	0	0	4
Total		6	30	10	1	47

En el análisis de correlación sobre los resultados obtenidos de cada escala y la solicitud de atención en los diferentes servicios analizados (urgencias, eventualidades, hospitalizaciones y el no acudir a su consulta de seguimiento), se encontró lo siguiente:

- En cuanto a la no conciencia de enfermedad, se encontró una relación directa, con una r de 0.380 y una significancia de 0.008, y el número de veces que un paciente acude a urgencias. Encontrando que aquellos pacientes con un mayor puntaje en la escala, lo cual se traduce en peor conciencia de enfermedad, acuden a solicitar más consultas en el servicio de urgencias.

Cuadro 22. Correlación de Pearson entre conciencia de enfermedad mental y número de veces que un paciente solicita atención en urgencias

		Conciencia de enfermedad	Urgencias
Conciencia de enfermedad	Correlación de Pearson	1	.380
	Sig.		.008
	N	47	47

- Aquellos pacientes que tienen un puntaje negativo en la escala de actitudes hacia la medicación, lo cual indica una respuesta negativa hacia el medicamento solicitaron un mayor número de veces consulta en el servicio de urgencias con una r de -0.285 y una significancia de 0.05.

Cuadro 23. Correlación de Pearson entre inventario de actitudes hacia la medicación y número de consultas solicitadas en el servicio de urgencias

		Urgencias	Inventario de actitudes hacia la medicación
Inventario de actitudes hacia la medicación	Correlación de Pearson	-.285	1
	Sig.	.052	
	N	47	47

- En cuanto a la escala de discriminación y devaluación hacia la enfermedad mental, no se encontró alguna correlación significativa entre el puntaje obtenido en esta y el número de consultas solicitadas en urgencias, eventualidades, las veces que los pacientes no acudieron a la consulta de seguimiento y el total de hospitalizaciones requeridas desde el diagnóstico de la enfermedad.

Cuadro 24. Correlación de Pearson entre escala de discriminación y devaluación hacia la enfermedad mental (DDS) y la solicitud de atención en los servicios.

		DDS	Urgencias	Eventualidades	Hospitalizaciones	No Acudieron
DDS	Correlación de Pearson	1	.043	.170	.077	.103
	Sig.		.774	.254	.608	.492
	N	47	47	47	47	47

DISCUSIÓN

En la literatura se menciona que la esquizofrenia tiene la misma prevalencia tanto en hombres como en mujeres, sin embargo el inicio de la enfermedad aparece antes en los hombres que en las mujeres, en la investigación, fueron más los hombres que mujeres, esto se puede explicar por el rango de edad de los entrevistados (de 10 a 25 años), siendo este rango la edad de aparición de la enfermedad en los hombres (19 a 25 años).

El propósito de este estudio era determinar si la no conciencia de enfermedad y una actitud negativa hacia la medicación del paciente influyen en que éste solicite más servicios del hospital, y tomar en cuenta al familiar evaluando el grado de discriminación de éste y también relacionarlo con la solicitud de servicios en el

hospital, con la intención de detectar a aquellos pacientes con mayor riesgo de inestabilidad clínica de la enfermedad y poder canalizarlos tempranamente a Hospital Parcial en donde se brinda psicoeducación tanto al paciente como al familiar, y rehabilitación psicosocial.

El 76.6% de los pacientes analizados obtuvieron una puntuación en la escala para la valoración de la no conciencia de enfermedad regular o mala, lo cual coincide con resultados mostrados en la literatura que describen que entre 50 y 80% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia han mostrado falta de conciencia de enfermedad parcial o total, y relacionan este factor con un peor pronóstico y funcionamiento.^{28,29} Los resultados obtenidos de este estudio sobre la conciencia de enfermedad y las visitas a urgencias, se comparan con otros de la literatura como por ejemplo uno realizado en el 2000 en el cual determinaron que uno de los factores involucrados en la falta de adherencia al tratamiento fue la conciencia de enfermedad, en el cual un tercio de los pacientes analizados habían suspendido el tratamiento farmacológico después de una hospitalización.³⁰

El 91.5% de los pacientes entrevistados tuvieron una actitud intermedia o negativa hacia la medicación, 53.2% y 38.3% respectivamente, esto es de vital importancia pues se ha reportado en la literatura que dentro de los factores de riesgo asociados a la falta de adherencia al tratamiento que oscila entre un 41.2 a 49.5%

²⁸ Lincoln TM, Lullmann E, Rief W; Correlates and long term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A Systemic Review. Schizophrenia bulletin vol 33 no. 6:1324-1342, 2007

²⁹ Emsley R, Chiliza B, Choeman R. Predictors of long term outcome in schizophrenia. Current opinion in psychiatry. 2008;21:173-177

³⁰ Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer C, Walkup J, Weiden P. Predictin Medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. American Psychiatric Association. 2000;51:216-222

en diferentes estudios, uno de los factores asociados consistentemente es la actitud negativa hacia la medicación.³¹

Los resultados obtenidos en cuanto a la discriminación hacia la enfermedad mental de los familiares también son consistentes con la literatura en cuanto a la frecuencia en que éste factor se presenta. En este estudio el 83% de los familiares entrevistados presentaron un nivel intermedio y alto de discriminación hacia la enfermedad mental, dejando claro la importancia de incluir a los familiares en el abordaje psicoterapéutico sobre la enfermedad mental.³²

CONCLUSIÓN

Con la realización de este estudio se puede determinar que la conciencia de enfermedad y la actitud hacia la medicación si contribuyen sobre la solicitud de atención en los diferentes servicios analizados, específicamente en el área de urgencias. Ya que aquellos pacientes con una mala conciencia de enfermedad y con una respuesta negativa hacia la medicación son los que acuden a solicitar más consultas a éste servicio.

Sin embargo no se encontró alguna relación significativa entre la discriminación hacia la enfermedad mental y la solicitud de atención en los diferentes servicios.

El emplear instrumentos de medición como la escala de no conciencia de enfermedad y la escala de actitudes hacia la mediación de rutina en pacientes de reciente diagnóstico nos ayudaría a detectar a pacientes que solicitan más

³¹ Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:892-909

³² Solano M, Vazquez S. Familia, en la salud y en la enfermedad. *Rev Colomb Psiquiatr* 2014; 43: 194-202

consultas de urgencias, y canalizarlos al servicio de Hospital Parcial para incidir de manera positiva sobre su pronóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. James Sadock B. Alcott Sadock V. Sinopsis de Psiquiatría. 11ª Ed. Barcelona: Lippicot Williamas and Wilkins. 2015
2. Ropper A., Samuels M., Klein J. Principios de Neurología. 10ª Ed. Boston: MacGrawHill. 2014
3. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: an European perspective. Schizopr Bull. 12:52, 1986.
4. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud. Ginebra: 2004. Disponible en: <http://www.who.int/mental.health>
5. Gilmer TP, Dolder CR. Adherence to treatment with Antipsychotic medication and health care costs among medicaid beneficiaries with schizophrenia. Am J Psychiatry 2004;161:692-699
6. Tachi MJ, Soctt J. Mejoría de la adherencia terapéutica en esquizofrenia y trastorno bipolar. Madrid. Wiley. 2007
7. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP. The psychosocial treatment of schizophrenia, an update. Am J Psychiatry 2001; 158(2):163-175
8. Lara-Muñoz M, Robles-García R, Orozco R, Saltijeral M et al. Estudio costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México. Salud Mental 2010; 33:211-218
9. Cabello Rangel Héctor, Díaz Castro Lina, Arredondo Armando. Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México. Salud Mental 2011; 34(2):95-102.
10. Organización Mundial de la Salud. Adherence to long term therapies: evidence for action. Genova: 2003

11. Díaz Porto, M. La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. Revista Griot. 2014;7:73-84
12. Martín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Revista Cubana de Salud Pública 2006;32(3)
13. Gearing E. Robin, Townsend L, MacKenzie M, Charach A. Un replanteo de la adherencia a la medicación: seis fases de la adherencia dinámica. Harv Rev Psychiatry. 2015;1(1):5-17
14. Rosas Santiago Francisco, Palacios Tiburcio Paloma, Garza Contreras Gabriela, Lagunes Córdoba Roberto, Jiménez Genchi Janet. La importancia de cuidar al cuidador de pacientes dependientes: una revisión. Psiquis. 2015;24(3):74-84.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2000, mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra Suiza: World Health Report; 2000.
16. Mora-Ríos Jazmín, Bautista Aguilar Natalia, Natera Guillermina, Pedersen Duncan. Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. Salud mental. 2013;36:9-18
17. González MP, Sáiz PA, Arango C, García M, Fernández JM, Bousoño M, Octavio I, Bobes J. Validación española de la versión breve del Inventario de Actitudes hacia la Medicación (DAI). Actas Españolas de Psiquiatría (en prensa). 2000

18. Ruiz A. I., Pousa, Duño, Crosas, Cuppa, García Rivera. Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SMUD). Actas Esp Psiquiatr 2008;36(2):111-119. 2008.
19. Reglamento de la Ley General en Salud en Materia de Investigación
20. DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: editorial Masson.
21. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
22. López Gil M J, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona del a Morena J y col. El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Rev Clín Med Fam 2009;2(7):332-334.
23. Andrade Loch A. Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization; Sao Paulo public mental health system. Rev Bras Psiquiatr. 2012;34:185-192.
24. Mascayano Tapia Franco, Lips Castro Walter, Mena Poblete Carlos, Manchego Soza Cristóbal. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. Salud Ment [revista en la Internet]. 2015 Feb [citado 2017 Jun 16] ; 38(1): 53-58. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008&lng=es.

25. Andrade Loch A. Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization; Sao Paulo public mental health system. Rev Bras Psiquiatr. 2012;34:185-192.
26. Mascayano Tapia Franco, Lips Castro Walter, Mena Poblete Carlos, Manchego Soza Cristóbal. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. Salud Ment;38(1): 53-58.
27. Comisión nacional de los derechos humanos. La discriminación y el derecho a la no discriminación. Primera edición. México:CNDH;2012.
28. Lincoln TM, Lullmann E, Rief W; Correlates and long term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A Systemic Review. Schizophrenia bulletin vol 33 no. 6:1324-1342, 2007
29. Emsley R, Chiliza B, Choeman R. Predictors of long term outcome in schizophrenia. Current opinion in psychiatry. 2008;21:173-177
30. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer C, Walkup J, Weiden P. Predicting Medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. American Psychiatric Association. 2000;51:216-222
31. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. J Clin Psychiatry. 2002;63:892-909
32. Solano M, Vazquez S. Familia, en la salud y en la enfermedad. Rev Colomb Psiquiatr 2014; 43: 194-202

ANEXOS

ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA.

Título del protocolo: “Conciencia de enfermedad y actitud hacia la medicación del paciente, y discriminación hacia la enfermedad mental del familiar como factores que influyen en la utilización de servicios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que acuden al HPFBA”

Investigador principal: Dra. Laura Elena Jiménez Aquino

Dirección y teléfono del Investigador Principal:

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

San Buenaventura No. 2, Tlalpan, 14000 Ciudad de México

Tel: 01 55 5573 1500 Horarios de Lunes a Viernes de 09:00hrs a 14:00hrs

Sede donde se realizará el estudio: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Nombre del paciente: _____

Expediente: _____

1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Para mejorar nuestra detección de pacientes con factores de riesgo para el abandono a tratamiento y la influencia del cuidador primario sobre ésta, y así establecer estrategias encaminadas en mejorar el apego al tratamiento que resulten en la disminución de las exacerbaciones de la enfermedad con los costos que esto implica tanto para el sector salud como para la familia.

2. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Identificar factores de riesgo para la estabilidad clínica del paciente y la influencia del cuidador primario sobre ésta, y así evitar exacerbaciones de la enfermedad, visitas al servicio de urgencias y hospitalizaciones.

4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Se le aplicarán dos escalas al paciente y una escala al cuidador primario, posteriormente se revisará su expediente clínica para determinar el número de veces que han acudido a urgencias, eventualidades, no han acudido a su consulta en el último año y el total de hospitalizaciones.

7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del paciente o del padre o tutor

Firma del cuidador primario

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma investigador

ANEXO 2. INSTRUMENTOS

Inventario de Actitudes hacia la Medicación

Lea detenidamente cada una de las frases siguientes y decida si para usted son verdaderas o falsas. Las frases se refieren únicamente a la medicación psiquiátrica que toma actualmente. Si una frase es verdadera o en su mayor parte verdadera, rodee con un círculo la V. Si desea cambiar una respuesta, tache con una X la respuesta errónea y marque con un círculo la respuesta correcta.

1. Para mi lo bueno de la medicación supera lo malo
Verdadero Falso
2. Me siento raro/a, como un zombi, con la medicación
Verdadero Falso
3. Tomo medicación por decisión mía
Verdadero Falso
4. La medicación hace que me sienta más relajado/a
Verdadero Falso
5. La medicación hace que me sienta cansado/a, lento/a
Verdadero Falso
6. Tomo medicación sólo cuando estoy enfermo/a
Verdadero Falso
7. Me siento más normal con la medicación
Verdadero Falso
8. Es antinatural para mi mente y mi cuerpo estar controlado/a por medicaciones
Verdadero Falso

9. Mis pensamientos son más claros con medicación

Verdadero Falso

10. Por estar con medicación puedo prevenir caer enfermo/a

Verdadero Falso

Escala de Percepción de la Discriminación y la Devaluación hacia la Enfermedad
Mental

Lea detenidamente cada una de las frases siguientes y decida si usted se encuentra en total desacuerdo o total acuerdo. Rodee con un círculo su respuesta. Si desea cambiar una respuesta, tache con una X la respuesta errónea y marque con un círculo la respuesta correcta.

1. La mayoría de la gente aceptaría a una persona que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental como amigo cercano.

Totalmente desacuerdo Desacuerdo Acuerdo Totalmente acuerdo

2. La mayoría de la gente piensa que una persona que fue hospitalizada por una enfermedad mental es peligrosa.

Totalmente desacuerdo Desacuerdo Acuerdo Totalmente acuerdo

3. La mayoría de la gente cree que una persona que ha sido hospitalizada por una enfermedad mental es tan confiable como cualquier otra persona.

Totalmente desacuerdo Desacuerdo Acuerdo Totalmente acuerdo

4. La mayoría de la gente aceptaría como maestra de niños en una escuela a alguien que se ha recuperado completamente de una enfermedad mental severa

Totalmente desacuerdo Desacuerdo Acuerdo Totalmente acuerdo

5. La mayoría de los trabajos no considerarían la solicitud de empleo de alguien que ha estado hospitalizado debido a una enfermedad mental.

Totalmente desacuerdo Desacuerdo Acuerdo Totalmente acuerdo

6. La mayoría de la gente mira en menos a las personas después de una hospitalización psiquiátrica.

Totalmente desacuerdo Desacuerdo Acuerdo Totalmente acuerdo

7. La mayoría de la gente estaría dispuesta a casarse con alguien que ha sido paciente de un hospital psiquiátrico

Totalmente desacuerdo Desacuerdo Acuerdo Totalmente acuerdo

8. La mayoría de la gente contrataría a una persona que ha sido hospitalizada por una enfermedad mental si él o ella estuvieran calificadas para el puesto.

Totalmente desacuerdo Desacuerdo Acuerdo Totalmente acuerdo

9. La mayoría de la gente piensa que estar internado en un hospital psiquiátrico es signo de un fracaso personal.

Totalmente desacuerdo Desacuerdo Acuerdo Totalmente acuerdo

10. La mayoría de la gente no contrataría para cuidar a sus hijos a alguien que ha estado hospitalizado debido a una enfermedad mental grave, aunque esta persona ya que encuentre recuperada.

Totalmente desacuerdo Desacuerdo Acuerdo Totalmente acuerdo

11. La mayoría de la gente en mi comunidad trata a una persona que ha sido hospitalizada por una enfermedad mental igual que a cualquier otra persona.

Totalmente desacuerdo Desacuerdo Acuerdo Totalmente acuerdo

12. La mayoría de los jóvenes no aceptarían ser pareja de alguien que ha sido hospitalizado por una enfermedad mental severa

Totalmente desacuerdo Desacuerdo Acuerdo Totalmente acuerdo

13. La mayoría de la gente piensa que una mujer es más propensa a las enfermedades mentales

Totalmente desacuerdo Desacuerdo Acuerdo Totalmente acuerdo

14. La mayoría de la gente piensa que un enfermo mental tiende a ser violento

Totalmente desacuerdo Desacuerdo Acuerdo Totalmente acuerdo

15. La mayoría de la gente siente miedo al estar frente a un enfermo mental

Totalmente desacuerdo Desacuerdo Acuerdo Totalmente acuerdo

16. La mayoría de la gente piensa que las personas que tienen una enfermedad mental son débiles de carácter

Totalmente desacuerdo Desacuerdo Acuerdo Totalmente acuerdo

17. La mayoría de los familiares de un enfermo mental se avergüenzan de él

Totalmente desacuerdo Desacuerdo Acuerdo Totalmente acuerdo

18. La mayoría de las escuelas no aceptarían a una persona que ha estado hospitalizada por una enfermedad mental.

Totalmente desacuerdo Desacuerdo Acuerdo Totalmente acuerdo

19. La mayoría de la gente piensa que las personas que tienen una enfermedad mental están pagando un castigo por algo que hicieron.

Totalmente desacuerdo Desacuerdo Acuerdo Totalmente acuerdo

Escala de evaluación de la no conciencia de enfermedad

1. Conciencia de poseer un trastorno

0 - Item no relevante

1 – Conciencia

2 –

3 – Conciencia intermedia

4 –

5 – No hay conciencia

2. Conciencia sobre los efectos de la medicación

0 - Item no relevante

1 – Conciencia

2 –

3 – Conciencia intermedia

4 –

5 – No hay conciencia

3. Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental

0 - Item no relevante

1 – Conciencia

2 –

3 – Conciencia intermedia

4 –

5 – No hay conciencia

ANEXO 3. CARTA DE CONSENTIMIENTO DEL JEFE DE SERVICIO DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO

HOSPITAL PSIQUIATRICO “FRAY BERNARDINO ALVAREZ”.

Dr. José Ibarreche Beltrán.

Jefe del Servicio de Consulta Externa

Por medio de la presente me permito informar a usted, jefe médico del servicio de consulta externa, el deseo de realizar el estudio de investigación que lleva por nombre ““Conciencia de enfermedad, creencias sobre la medicación, discriminación y devaluación hacia la enfermedad mental como predictores de estabilidad clínica en pacientes con esquizofrenia paranoide y su cuidador primario que acuden a la consulta externa del HPFBA”, por lo cual solicito su apoyo para permitirme la aplicación de los instrumentos necesarios a pacientes que se encuentren en su servicio, para completar mi proyecto de tesis.

A T E N T A M E N T E:

Dra. Laura Elena Jiménez Aquino

Médico residente de 3er año.

ANEXO 4. HOJA DE CONCENTRACIÓN DE DATOS

HOJA DE CONCENTRACIÓN DE DATOS	
11. Nombre del paciente	
12. Expediente	

13. Edad	
14. Sexo	
15. Religión	
16. Estado civil	
17. Escolaridad	
18. Ocupación	
19. Consumo de tabaco	SI NO
20. Consumo de alcohol	SI NO
21. Consumo de cannabis	SI NO
22. Consumo de cocaína	SI NO
23. Consumo de solventes	SI NO
24. Consumo de otras sustancias	SI NO
25. Comorbilidad psiquiátrica no	DM HAS OTRA
26. Cuidador primario:	
27. Resultado escala DDS	
28. Resultado de SMUD	
29. Resultado de DAI	
30. Número de veces que acudieron a urgencias en el último año	
2. Número de veces que	

acudieron a eventualidades en el último año	
3. Número de veces que no acudieron a su consulta de seguimiento	
4. Total de hospitalizaciones	