

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSTGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



INFORME FINAL DE LA TESIS DE GRADUACIÓN:  
**FACTORES ASOCIADOS AL REINGRESO DE PACIENTES CON  
ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL POLICLÍNICO ARCE DEL ISSS EN EL  
AÑO 2012- 2013.**

Presentado por: Dra. Elena Maria Abrego Portillo.

Para optar por título de Especialista en Psiquiatría y Salud Mental.

Asesor de tesis: Dr. Wilson Avendaño Martel.

Dr. Julio Rivas Zamora.

Dr. Rafael Jule.

San Salvador, 29 de Abril de 2016.

## INDICE

|   |    |
|---|----|
| I. Introducción.....                                | i  |
| II. Justificación.....                              | 14 |
| III. Planteamiento del problema .....               | 14 |
| IV. Aplicabilidad y utilidad de los resultados..... | 14 |
| V. Objetivos.....                                   | 15 |
| VI. Metodología.....                                | 16 |
| VII. Consideraciones éticas.....                    | 21 |
| IX. Resultados.....                                 | 23 |
| VIII. Discusión.....                                | 36 |
| IX. Conclusiones.....                               | 39 |
| X. Recomendaciones.....                             | 40 |
| XI. Bibliografía.....                               | 41 |
| XII. Anexos.....                                    | 44 |

## **RESUMEN DEL PROYECTO**

Esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más discapacitantes que afectan al ser humano, debido a las características de la enfermedad en la mayoría de los casos se manifiesta por periodos de aparente inactividad de la sintomatología o remisión y periodos de recidivas, en cada uno de estos episodios de la enfermedad es frecuente que el paciente sea hospitalizado en múltiples ocasiones a lo largo de su vida, dichos episodios son el resultado de múltiples factores asociados incluyendo la edad de inicio de la enfermedad, la adherencia o no al tratamiento, el apoyo social, el apoyo familiar, y la autocrítica que pueda tener el paciente, entre otros factores de riesgo. En este estudio se determinó cuáles son los factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del Instituto Salvadoreño del Seguro Social los años 2012 y 2013, así como se evaluó factores protectores como la información brindada acerca de la enfermedad y tratamiento por el terapeuta, la relación médico paciente, entre otros, mediante la utilización de un análisis de pacientes a través de una entrevista clínica y la revisión de los expedientes clínicos. Dentro de los resultados obtenidos se observa que la adherencia al tratamiento es el factor asociado a reingreso de pacientes esquizofrénicos más importante dentro de la institución, el cual a su vez se ve influenciado mayormente por la presencia de efectos secundarios de los fármacos, además la relación médico-paciente, los años de utilización de antipsicóticos y el apoyo familiar. Así mismo dentro de las características epidemiológicas predominan sexo masculino, y con estado civil soltero. Entre las recomendaciones principales fomentar el uso de antipsicóticos atípicos debido a que supone beneficios para el control de los síntomas psicóticos y negativos, menos efectos adversos y por tanto mejor adherencia al tratamiento, así mismo implementar la utilización de terapias ocupacionales, dentro o fuera de la institución puede fungir como un factor protector, además fomentar en el profesional de la salud mental brindar información acerca de la enfermedad y tratamiento para mejorar la adherencia al tratamiento, y finalmente valorar el servicio de visita domiciliar para pacientes con dificultades en accesibilidad física.

## **INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades mentales causan un gran impacto en la vida de los pacientes, sus familiares, los servicios de salud y la sociedad en general.

La esquizofrenia es una de las enfermedades más discapacitantes que afecta al ser humano. Se calcula que para el año 2010 los casos de esquizofrenia en el continente americano suman un total de aproximadamente 6 millones de personas; datos que describen en cifras la dimensión de esta enfermedad. (1)

Los médicos con especialidad en Psiquiatría se enfrentan al tratamiento de los pacientes psiquiátricos al igual que a problemas tan complejos como los estigmas con los que son tratados, así como la utilización del tratamiento farmacológico, el cual se ha demostrado a lo largo de los años que es el pilar de la recuperación y prevención de recaídas, se sabe que el pobre apego al tratamiento es responsable del 40% de las recaídas (1), siendo otros factores como el pobre apoyo familiar, pobre o nula información brindada por el terapeuta acerca de la enfermedad y el tratamiento, entre otros el resto de los responsables. Estas recaídas en muchas ocasiones terminan en ingresos hospitalarios, los pacientes con más de 3 ingresos anuales son considerados reingresos, el llamado fenómeno de "puerta giratoria" (2).

Se conoce que más del 50% de los pacientes con trastornos psiquiátricos presentan reingreso dentro del primer año posterior a su alta. (3) La literatura revela que el predictor identificable más consistente relacionado con el fenómeno reingreso, es el número de ingresos previos, así como la patología del paciente, se sabe que los trastornos psicóticos está más frecuentemente asociado con el reingreso hospitalario del paciente. (4)

Esto representa una carga importante para los servicios de salud, ya que se consume una cantidad desproporcionada de recursos sanitarios.

Diferentes estudios citan altas tasas de incumplimiento farmacológico en estos pacientes en particular. Weiden y col en 1995, encontraron que el 74% de pacientes esquizofrénicos tratados ambulatoriamente abandonaron el tratamiento regular luego de los dos años. (1) El tratamiento con antipsicóticos clásicos disminuyó la tasa de recaídas de un 75% (sin tratamiento) hasta 20% (con tratamiento). Sin embargo, las tasas de incumplimiento pueden ser de hasta un 50%, por lo que no se puede asegurar que el aporte total de los tratamientos con antipsicóticos sea evaluable integralmente. (1)

En el estudio del CATIE (Lieberman y col, 2005) se demuestra que el abandono de la medicación antipsicótica es elevada con el uso de neurolepticos de primera y segunda generación. En promedio el 74% abandona el tratamiento luego de 18 meses de estarlo recibiendo por vía oral. Entre las causas mencionadas de mayor importancia fue la falta de efectividad, intolerancia, y por propia decisión del paciente. (1)

La prevención de los ingresos hospitalarios en la población con esquizofrenia es uno de los objetivos principales de los servicios de salud, las recaídas son algo frecuente en este trastorno, a pesar de la eficacia de los fármacos y las terapias psicosociales, por lo que es posible que los pacientes requieran varios ingresos a lo largo del curso de la enfermedad y su vida.

Se ha comprobado que los pacientes que suspenden el tratamiento tienen un 70% de recaída, a diferencia de los pacientes que continúan con los medicamentos que presentan solo un 10-15% de recaída, dichas recaídas por abandono de medicamento suelen ser más graves, de peor pronóstico y con un periodo mayor de hospitalización lo cual incrementa aún más los costos de las instituciones. Debido a todos estos factores la conciencia de la enfermedad, la adherencia al tratamiento, y el reconocimiento de las señales prodrómicas son predictores del curso y la recuperación, así como la piedra angular del tratamiento. (5)

Este estudio surge de la necesidad de identificar y describir los factores asociados al fenómeno del reingreso en el Hospital Policlínico Arce, así como valorar la eficacia de los antipsicóticos utilizados tanto en control de síntomas psicóticos como en control de síntomas residuales de esquizofrenia.

El estudio de las recaídas de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia ha sido un tema que muchos investigadores han tomado en cuenta debido al gran costo que implican en los servicios de salud.

La familia representa en el mundo, un ente donde conviven las personas la mayor parte del tiempo, y también lo es para los individuos que padecen algún trastorno mental como la esquizofrenia. Se reconoce universalmente que la familia provee un ambiente de apoyo, pero otras veces se convierte en una fuente potencial de tensión psicológica, que conlleva a un pobre apoyo del paciente evidenciado por la falta de colaboración hacia las situaciones referentes a la condición del paciente incluyendo el desconocimiento de la enfermedad y el tratamiento.

### **Concepto de salud mental**

Según la Organización Mundial de la Salud, se define como salud el estado de completo bienestar físico, psíquico y social, "salud mental es definido como la forma de relacionarse con otros, la familia, el trabajo, el ocio y la sociedad en general". Por tanto la Enfermedad mental es una alteración emocional, cognitiva o comportamental, en el cual se ven afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, motivación, cognición, conciencia, conducta, percepción, sensación, aprendizaje, etc. Lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crean alguna forma de malestar subjetivo. (6)

Los trastornos o enfermedades mentales se han convertido en un ámbito de preocupación para quien los padece, sus familiares, los servicios de salud involucrados y la sociedad en general.

### **Epidemiología**

Para el 2003/2005 la OMS informa que 450 millones de personas en el mundo padecen algún tipo de enfermedad mental, que les causa sufrimiento e incapacidad. Se estima que de estos 121 a 150 millones presentan depresión, entre 70 y 90 millones dependencia al alcohol y otras sustancias, de 24 a 25 millones sufren esquizofrenia, 37 millones presentan demencia, un millón de personas se suicidan cada año y al menos 20 millones intentan suicidarse. (7)

En el año 2001, Una de cada cuatro personas fue afectada por algún trastorno mental a lo largo de su vida. Se calcula que una de cada cuatro familias tiene un miembro con algún grado de enfermedad mental. La prevalencia de trastornos mentales severos según el DSM IV en un estudio de 12 meses fue de 12.2%, el uso de los servicios de salud fue de un 24%. (7)

Entre las 10 enfermedades más incapacitantes se encuentran 4 enfermedades mentales: esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo. Esta discapacidad afecta a un tercio de todos los pacientes. Estos trastornos representan alrededor de un 13% de morbilidad y discapacidad a nivel mundial, se estima que esta cifra podría aumentar hasta el año 2020 a un 15%. (7)

Particularmente la esquizofrenia provoca consecuencias graves para quien la padece y su entorno en cuanto al deterioro, es por esto que las investigaciones en la etiopatogenia, prevención, tratamiento y rehabilitación son prioridad para la psiquiatría.

Es fundamental para la rehabilitación que el paciente se mantenga en un entorno extrahospitalario, y en lo posible una reinserción en la sociedad.

### **Esquizofrenia**

Según la mayoría de modelos vigentes en la actualidad, se puede considerar esquizofrenia como un grupo heterogéneo de síndromes de etiología desconocida que difieren en sintomatología, curso y grado de deterioro final, y cuyo diagnóstico descansa fundamentalmente en los criterios clínicos. (8)

Incidencia y Prevalencia de esquizofrenia (8)

Su Prevalencia es de 2.5-5.3%.

Tras revisar 55 estudios se encuentran una tasa de incidencia de 15,2 por cada 100,000 habitantes, mucho mayor de la que se había estimado hasta el momento.

Prevalencia mayor en hombres que en mujeres (4:1)

### Diagnóstico

Según el DSM 5 los criterios diagnósticos para esquizofrenia (F20.8) son (9):

A. Dos (o más) de los siguientes, cada uno presentes durante una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o menos si se administra tratamiento con éxito). Al menos uno de los siguientes (1), (2) o (3):

1. Ilusiones.
2. Alucinaciones.
3. El discurso desorganizado (p.ej., frecuente el descarrilamiento o la incoherencia).
4. Comportamiento extremadamente desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (p. ej., expresión emocional disminuida o abolida).

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



(o cuando comienza en la adolescencia fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten un mínimo de 6 meses. Este periodo de 6 meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por 2 o más síntomas enumerados en el criterio A, presentes en forma atenuada (ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se ha descartado el trastorno esquizoafectivo, trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque: 1) Ningunos episodios depresivos o maníacos han ocurrido simultáneamente con los síntomas de fase activa. O 2) Si los episodios de humor han ocurrido durante síntomas de fase activa, ellos han estado presentes durante una minoría de la duración total de los períodos activos y residuales de la enfermedad.

E. El trastorno no puede ser atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a enfermedades médicas.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de otros síntomas requeridos para esquizofrenia también están presentes durante un mínimo de un mes.

Además se cuenta con síntomas residuales, antiguamente denominados síntomas negativos entre los cuales se encuentran el aplanamiento afectivo, alogia, abulia, apatía.

(8)

### Evolución y pronóstico (8)

Cuando un paciente es diagnosticado con esquizofrenia su pronóstico posterior al primer episodio es clásicamente distribuido en tercios:

- A) Un tercio permanece asintomático posterior a un primer episodio psicótico y puede llevar una vida relativamente normal.
- B) Un tercio presenta síntomas moderados, pero conserva su funcionamiento social.
- C) Un tercio de los pacientes presentan marcado deterioro.

10-15% de los pacientes mueren por suicidio.

McGorry y col. Establecen distintos estadios de la enfermedad con sus características y necesidades (8):

- Estadio 0: riesgo elevado del trastorno psicótico, sin presencia de síntomas, buscar posibles marcadores, requiere psicoeducación y entrenamiento cognitivo.
- Estadio 1a: síntomas inespecíficos, déficit cognitivo, pequeños cambios funcionales.
- Estadio 1b: fase prodrómica, riesgo elevado, síntomas subumbrales, cambios neurocognitivos y funcionales, psicoeducación y anti psicóticos a dosis baja.
- Primer episodio de trastorno psicótico.
- Remisión incompleta del primer episodio.
- Recurrencia o recaída de un episodio psicótico.
- Múltiples recaídas.

### **Costos ocasionados por la enfermedad mental**

Los trastornos mentales ocasionan un costo económico, familiar, social, y personal para quienes los padecen, en Estados Unidos 148 billones de dólares son utilizados para tratamiento, esto representa un 2.5% del Producto Nacional Bruto. Las causas de los trastornos mentales incluyen una gama de factores biológicos, genéticos, psicológicos, psicosociales, ambientales, emocionales, y sociales. Los costos sociales también son incontables en relación con el rechazo social, la estigmatización, discriminación y ausencia de oportunidades de trabajado en personas con trastornos mentales y especialmente en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. (7)

Según los datos recogidos por la Organización para la Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania, el gasto en las cuentas de salud mental equivale 10% de los gastos totales en salud, siendo la esquizofrenia, la depresión y la ansiedad las enfermedades más costosas. Finlandia duplicó los gastos para asistir a las personas que sufrieron enfermedades mentales entre 1990 y 2003. Los gastos anuales totales para el tratamiento de la esquizofrenia en los países de América Latina y el Caribe representa el 1,81%, 0,47% para África, por Europa 1,32% y para el sur de Asia 0.52 millones de dólares por cada millón de personas. (10)

En México, una primera estimación, basada en la demanda y la cantidad de dinero destinado a asistir a este problema por todas las instituciones de salud, se concluyó que los gastos medios anuales en atención médica para la esquizofrenia fue de US97.54 por persona. El Sector de la Salud informa que el costo de una evaluación o psicoterapia psiquiátricas asciende a US1.42 y el costo anual estimado para el tratamiento de la esquizofrenia en una institución pública le corresponde entre el US60.34 y US2, 1 86.83; todo esto dependería del uso de antipsicóticos típicos o atípicos como haloperidol o clozapina. (10)

## **La rehabilitación en psiquiatría**

Las personas con trastornos psiquiátricos han sufrido una larga historia de marginación. Hasta hace unas pocas décadas el principal modelo de tratamiento era la institucionalización de estos pacientes por periodos largos o de por vida. Estas instituciones u hospitales psiquiátricos ofrecían una atención custodial o asilar, poco adecuada, se caracterizaban por la masividad, despersonalización y falta de intimidad, por tal motivo representaba un factor importante de cronificación y deterioro personal y social de los pacientes. (11)

Cambios dramáticos de la atención en salud se han presentado en los últimos años, así en el caso de pacientes con enfermedades mentales graves, se ha modificado de un modelo de tratamiento basado en la hospitalización, a uno basado en el manejo en la comunidad; de esta forma los hospitales psiquiátricos comenzaron a funcionar para el manejo de pacientes en fase aguda, disminuyendo así el número de pacientes institucionalizados. (12)

Las políticas de reforma psiquiátrica propuestas por los países desarrollados entre los años 60's y 80's del siglo XX, plantearon un nuevo modelo de asistencia basado en la atención comunitaria de los pacientes psiquiátrico evitando de esta forma el aislamiento y la institucionalización. (11)

Los inicios de la rehabilitación psiquiátrica se sitúan en la incorporación de la Terapia Moral a los hospitales psiquiátricos en el siglo XIX, la cual planteaba que el enfermo recuperara el control racional de su conducta a través de actividades (juegos, laborterapia, posibilidad de incorporarse a un trabajo) en un ambiente controlado, y de la propia relación médico paciente, lo cual brinda al paciente la posibilidad de rehabilitarse y desinstitucionalizarse(11)

Esta rehabilitación tiene que ver con un proceso global de intervención precoz para prevenir el apareamiento de incapacidad como la técnica específica de recuperación de habilidades, que imiten o mejoren estas discapacidades. (11)

La reinserción social se refiere al estatus o la posición que los pacientes tienen en la sociedad. Esto se lleva a cabo mediante una preparación previa y seleccionar adecuadamente el contexto, la reubicación del paciente, así como apoyar de cerca dicho evento. (11)

La rehabilitación psicosocial no es posible si el paciente presenta múltiples recaídas anuales, ya que esto lo aísla de su familia, trabajo, y comunidad.

El término recaída se refiere a un cambio ostensible desde un estado de estabilidad hacia uno de crisis, es decir un paciente en remisión de sus síntomas, presenta un episodio que satisface criterios diagnósticos de dicha patología a través de la aparición de síntomas. (11)

Estas recaídas en muchas ocasiones puede llevar a la rehospitalización la cual es la hospitalización posterior al primer episodio y su alta. (13)

### **El reingreso**

En los últimos años la tasas de reingreso se han convertido en el mayor indicador de efectividad hospitalaria, que se define como la capacidad de una institución asistencial de brindar sus servicios con los recursos disponible, se plantea como una de las mayores preocupaciones para los profesionales de la salud y administradores de dichos servicios. (14)

Se define como reingresador a los pacientes que tienen 3 o más ingresos en un año (15).

Debido a esto se ha presentado la necesidad de identificar los factores que mayormente se asocian al reingreso en especial es pacientes esquizofrénicos ya que es la población que a lo largo de los años se ha visto mayormente afectada por este fenómeno.

Factores asociados al reingreso

Algunas variables sociodemográficas como:

- Sexo, siendo los hombres más propensos al reingreso que las mujeres.
- Edad del primer ingreso, es decir entre más joven sufre una primera crisis más posibilidad de reingreso.
- Pobre apoyo familiar, ya que se ha visto que un ambiente familiar positivo es un protector para el reingreso y si esto es necesario por el curso de la enfermedad natural del paciente entonces la estancia intrahospitalaria es menor. (13)

Además dentro factores familiares tenemos:

- Falta de comunicación.
- Violencia intrafamiliar
- Consumo de sustancias.
- Pobre conocimientos de la patología. (13)

La falta de adherencia al tratamiento y a la terapia: este se ve influenciada por diversos factores como son: (1)

- Factores personales: entre los cuales podemos mencionar la severidad de los síntomas, la pobre autocrítica y el consumo de sustancias.
- Factores relacionados al medicamento: como los efectos adversos, dosis subterapéuticas, dosis excesivamente altas.
- Factores relacionados al entorno como: el soporte y supervisión inadecuadas, barreras prácticas como la falta de dinero y transporte.

Factores relacionados con el clínico como la alianza terapéutica pobre.

El tiempo que lleva tomando medicamento también influye en la adherencia, ya que pacientes que llevan tomando el fármaco por más de 5 años tienen menos adherencia que los que tienen menos de 5 años.

Otro contribuyente es la información brindada tanto al paciente como a sus familiares, acerca de su enfermedad y tratamiento por el médico psiquiatra tratante o terapeuta, que incluye diagnóstico, signos y síntomas de alarma, tratamiento a seguir, efecto terapéutico y adverso del mismo, etc. Así como el pronóstico. Si el paciente tiene un mejor conocimiento de su enfermedad, los medicamentos que toma, probablemente tenga menos recaídas. (13)

Además los factores de autoagresión provocan rehospitalización, entre estos se encuentran los intentos suicidas, la frecuencia y el número de intentos previos. (16)

Factores protectores de reingreso

Como se menciona anteriormente se plantean factores protectores para el reingreso tales como ser mujer, con edad mayor de inicio de enfermedad, conocimiento acerca de su enfermedad y tratamiento, la incorporación de miembros de la familia a programas de terapia de apoyo y la participación de los pacientes en hospital de día (estos 2 últimos servicios no se encontraban disponibles en la institución al momento de realización de la investigación), psicoterapia de mantenimiento, y tratamiento farmacológico adecuado. (17)

Así mismo se encuentra bien documentadas las consecuencias negativas de los múltiples ingresos hospitalarios en la vida de los pacientes.

## **JUSTIFICACIÓN**

El presente estudio pretendió identificar los factores de riesgo asociados al reingreso de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, debido a que esto representa un alto gasto de recursos del sistema de salud, y además un deterioro en el funcionamiento social del paciente.

Se pretendió además evaluar si estos factores son modificables, para así contribuir a una mejoría en la calidad de vida de estos pacientes incluyendo una adecuada inserción a la sociedad.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores de riesgo para el reingreso de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce?

## **APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE RESULTADOS**

Al identificar los probables factores asociados al reingreso se pretende intentar solventar los factores modificables, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia para lograr una adecuada reinserción social.



## **OBJETIVOS**

### Objetivo general

Identificar las causas de reingreso hospitalario de pacientes que padecen esquizofrenia en el servicio de hospitalización de psiquiatría del Hospital Policlínico Arce en el año 2012 y 2013.

### Objetivos específicos

- 1- Evaluar el nivel de conocimientos que tienen tanto paciente como familiares sobre la enfermedad, incluyendo diagnóstico y signos de alarma, así como el conocimiento acerca de los fármacos utilizados, incluyendo efectos secundarios de medicamentos y efecto terapéutico, además del impacto que tienen dichos conocimientos con la adherencia al tratamiento.
  
- 2- Determinar la relación entre el uso de antipsicóticos típicos vs atípicos en el control de síntomas psicóticos y síntomas negativos.
  
- 3- Describir la percepción del paciente en cuanto a la relación terapéutica médico-paciente.

## **METODOLOGÍA**

### **Tipo de estudio**

Observacional, Descriptivo, de tipo longitudinal retrospectivo

### **Población diana**

Pacientes hospitalizados con diagnóstico de esquizofrenia durante el año 2012-2013.

### **Población de estudio**

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que tengan reingresos durante el año 2012-2013.

### **Muestra**

La población estudiada fueron todos los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que tuvieron 3 o más ingresos en el año 2012 y 2013 en el servicio de hospitalización de psiquiatría del Hospital Policlínico Arce.

M= 21 pacientes

### **Criterios de inclusión**

1. Pacientes de sexo femenino y masculino
2. Con edades superiores a 18 años.
3. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en el egreso hospitalario.
4. Pacientes con reingreso hospitalario (3 o más ingresos en el año).
5. Pacientes acepten participar en la investigación.

### **Criterios de exclusión**

1. Pacientes que han perdido su derecho al ISSS.
2. Pacientes con ingreso inicial o reingresos al servicio de crisis.
3. Paciente con diagnóstico de base de esquizofrenia que hayan ingresado por consumo de sustancias al servicio de adicciones.

## **Método de recogida de datos**

1- Se elaboró un listado de pacientes que cumplía con los criterios de inclusión y exclusión utilizando los registros de estadística y censos de ingreso y egreso con los que cuenta la institución en el año 2012 y 2013.

2- Al tener los datos de los pacientes esquizofrénicos con reingresos, se realizó llamadas telefónicas para explicar el estudio, se pidió autorización preliminar y concertó una cita tanto al paciente como al familiar encargado; este familiar fungirá únicamente como fuente de información para fines del estudio.

3- Durante la entrevista clínica se le pidió al paciente la firma del consentimiento informado, en el cual se le explicó las condiciones del estudio, y debido a que es un paciente con patología psiquiátrica en remisión, conserva su autonomía y no necesitó el aval de su familia para formar parte del estudio.

4- Durante la entrevista se exploró la presencia de las diferentes variables que se han propuesto en el marco teórico como posibles factores de reingreso en pacientes esquizofrénicos incluyendo para fines del estudio variables personales como sexo, edad del paciente, nivel educativo, estado civil, edad de inicio de la patología, presencia o ausencia de red de apoyo; la información brindada por el terapeuta que incluye sus conocimientos acerca de su patología y tratamiento; y la adherencia al tratamiento que incluye tiempo de inicio del tratamiento, relación con el terapeuta, presencia de efectos adversos, presencia de síntomas negativos de la enfermedad, autocrítica, consumo de sustancias y accesibilidad. Para fines de recolección de datos dichas variables fueron incluidas en forma de preguntas en un cuestionario, el cual fue aplicado durante la entrevista a familiares y pacientes para la resolución conjunta del cuestionario.

5. Se utilizó el expediente clínico para obtener datos sobre los ingresos como: la adherencia al tratamiento, cuál fue el antipsicótico utilizado previo reingreso, la presencia de síntomas psicóticos y síntomas negativos previo ingreso.

## **Entrada y gestión informática de datos**

Se realizó el procesamiento de los datos a través del programa Graph Pass Prism inicialmente se creó una tabla de vaciamiento y se determinó el porcentaje de pacientes que presentan dichas variables y cuales son más frecuentes en los reingresadores, para determinar la asociación entre la variable y el reingreso, a través del programa EpiInfo 2012 versión 3.3.2

## **Variables**

### Dependientes

- El reingreso

### Independientes

- Sociodemográficas: sexo, nivel educativo, estado civil.
- Personales:
  1. Edad de inicio de enfermedad, supervisión por parte de la familia.
  2. Información brindada por el terapeuta: conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento.
  3. Adherencia al tratamiento: síntomas negativos, síntomas psicóticos, autocrítica, consumo de sustancias, efectos adversos de medicamentos, indicación de fármacos comprensible, relación con el terapeuta, tiempo de inicio de tratamiento, accesibilidad económica y transporte.

### Operacionalización de variables.

Se realizará una evaluación de múltiples variables mediante la elaboración de un cuestionario que explore los siguientes elementos:<sup>1</sup>

| Variable                                     |                                     | Definición de variable   | Indicador | Medida   |
|--|-------------------------------------|--|-----------|--|
| <b>Sociodemográficas</b>                     | Sexo                                |  | Nominal   | Femenino/masculino   |
|  | Nivel educativo                     | Tiempo de estudios escolares y/o superiores  | Ordinal   | Primaria<br>Secundaria<br>Bachillerato<br>Superior   |
|  | Estado civil                        | Situación en la que se encuentra según sus circunstancias y la legislación dependiendo del matrimonio  | Nominal   | Soltero<br>Casado o<br>Acompañado<br>Divorciado o<br>separado<br>Viudo   |
|  |                                     |  |           |  |
| <b>Personales:</b>                           | Edad de inicio                      | A qué edad inicia la enfermedad  | Numérico  | Años   |
|  | Supervisión por parte de la familia | Conocimiento por parte de la familia acerca de la enfermedad del paciente, así como los medicamentos que debe tomar, las dosis y el cumplimiento del mismo | Nominal   | Presente<br>Ausente  |
| <b>Información brindada por el terapeuta</b> |                                     | Información que el paciente conoce gracias a la explicación de su médico acerca de su enfermedad y tratamiento.  |           |  |
|  | Conocimientos sobre su tratamiento  | Que sabe acerca de los medicamentos que se administran, incluyendo efecto terapéutico y efectos adversos   | Nominal   | -Adecuado si conoce los parámetros mencionados<br>-Pobre si conoce parcialmente algunos parámetro<br>-Nulo si no conoce los parámetros |

| Variable                  | Definición de variable               |   | Indicador | Medida                          |
|---------------------------|--------------------------------------|---|-----------|---------------------------------|
| Adherencia al tratamiento | Síntomas negativos                   | Presencia o ausencia de negativos de la enfermedad como apatía, adinamia, aplanamiento afectivo previo ingreso y en la actualidad | Nominal   | Presente<br>Ausente             |
|                           | Síntomas psicóticos                  | Presencia de ilusiones, alucinaciones, ideas delirantes previo ingreso y en la actualidad   | Nominal   | Presente<br>Ausente             |
|                           | Autocritica                          | Presencia de conciencia y aceptación de su enfermedad percibida por el entrevistador  | Nominal   | Presente<br>Empobrecida<br>Nula |
|                           | Consumo de sustancias                | Ingesta de alcohol o drogas ilegales por parte del paciente   | Nominal   | Sí<br>No                        |
|                           | Efectos adversos                     | Presencia de efectos no deseados relacionados con los medicamentos Previo ingreso y actualmente                                   | Nominal   | Presente<br>Ausente             |
|                           | Apego al tratamiento                 | Si ingiera medicamento de acuerdo con prescripción medica   | Nominal   | Presente<br>Ausente             |
|                           | Relación con el terapeuta            | Si hay una relación de confianza y cordialidad con el psiquiatra tratante percibida por el paciente                               | Nominal   | Excelente<br>Regular<br>Mala    |
|                           | Tiempo de inicio del tratamiento.    | Años desde que inicia ingesta de medicamento.   | Numérico  | Años.                           |
|                           | Accesibilidad económica y transporte | Si el paciente puede desplazarse hasta el centro asistencial y tiene los medios económicos para hacerlo                           | Nominal   | Presente<br>Ausente             |

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se explicó a los participantes los motivos para los cuales se realizó el estudio y se cuestionó acerca de la posibilidad de participar en el mismo a través de la firma del consentimiento informado, en el cual se explicó la confidencialidad de los datos y la no utilización de los mismos para otros propósitos que no sean el presente trabajo de investigación.

Cada cuestionario se realizó durante una entrevista familiar, tanto a pacientes como al familiar acompañante, garantizando la confidencialidad de los datos brindados por ambos.

Los beneficios implícitos en el estudio son poder brindar una mejor atención a los usuarios del departamento de salud mental del ISSS.

Al finalizar el protocolo este fue presentado al Comité de Ética en Investigación institucional para su aval y aprobación.

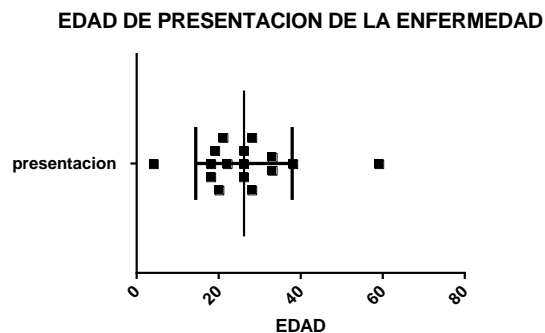
## RESULTADOS

21 pacientes cumplieron los criterios para ser enrolados en la investigación, cuatro de ellos declinaron a participar y uno falleció por causas ajenas al estudio, la edad promedio de participación de los pacientes fue de 49.25 años con una máxima de 79 años y una mínima de 29 años, el grupo resulto tener una distribución normal según el test exploratorio de D' Agostino & Pearson.

La representación por sexos fue predominante para el sexo masculino con un 62.5% (10) y 37.5%(6) para el femenino, el estado civil de los participantes fue soltero en el 75% de los participantes, casados en el 12,5%, acompañados en el 6,25% al igual que los separados.

La edad media de presentación de la enfermedad no tuvo una distribución normal, la mediana fue de 26 años con rangos intercuartílicos 25 y 75 de 19.25 y 31.75 años respectivamente, el tiempo promedio de padecimiento de la enfermedad al momento del estudio fue de 23.06 años. (Grafica 1)

*Grafica 1: EDAD DE PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD*



*Datos extraídos de: Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

El 69% de los pacientes denominados como reingresadores se encuentra desempleado; de la misma manera un 62.5% de los pacientes pertenecían al sexo masculino y solo un 37.5% al sexo femenino, además un 87% de la muestra de pacientes no tiene una relación estable o compañía marital. Como se observa en la tabla 1:



*Tabla 1: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS*

| <b>EDAD</b>            |              |            |
|------------------------|--------------|------------|
| <b>Min</b>             | <b>Media</b> | <b>Max</b> |
| <b>29</b>              | 49.25        | 79         |
| <b>SEXO</b>            |              |            |
| <b>Masculino</b>       | 62.5%        |            |
| <b>Femenino</b>        | 37.5%        |            |
| <b>ESTADO CIVIL</b>    |              |            |
| <b>Casados</b>         | 12.5%        |            |
| <b>Solteros</b>        | 75%          |            |
| <b>Separados</b>       | 6.25%        |            |
| <b>Acompañado</b>      | 6.25%        |            |
| <b>NIVEL ACADEMICO</b> |              |            |
| <b>Primaria</b>        | 18.75%       |            |
| <b>Secundaria</b>      | 37.5%        |            |
| <b>Bachillerato</b>    | 37.5%        |            |
| <b>Superior</b>        | 6.25%        |            |

*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

Un 56.3% tiene un apego inadecuado al tratamiento durante los reingresos, como se observa en la Tabla 2:

*Tabla 2: APEGO AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DURANTE LOS REINGRESOS*

| <b>APEGO AL TRATAMIENTO EN REINGRESO</b> | <b>FRECUENCIA</b> | <b>PORCENTAJE</b> |
|--|-------------------|-------------------|
| Adecuado                                 | 1                 | 43.8%             |
| inadecuado                               | 9                 | 56.3%             |
| <b>Total</b>                             | <b>16</b>         | <b>100.0%</b>     |

*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

Durante los reingresos todos han tenido síntomas criterio A presentes; mientras que al momento de la entrevista y sin crisis se encuentran libres de la presencia de los mismos en el 62.5%. Como se observa en la tabla 3 y 4:

*Tabla 3: SINTOMAS DEL CRITERIO A DE ESQUIZOFRENIA SEGÚN DSM 5, DURANTE LOS REINGRESOS.*

| SINTOMAS CRITERIO A EN REINGRESO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------------------|------------|------------|
| Presentes                        | 16         | 100.0%     |
| Total                            | 16         | 100.0%     |

*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

*Tabla 4: SINTOMAS DE CRITERIO A DE ESQUIZOFRENIA SEGÚN DSM 5, DURANTE LA ENTREVISTA CLINICA.*

| SINTOMAS CRITERIO A ACTUALES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------------|------------|------------|
| Ausentes                     | 10         | 62.5%      |
| Presentes                    | 6          | 37.5%      |
| Total                        | 16         | 100.0%     |

*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

La presencia de síntomas negativos en los reingresadores parece tener el porcentaje más alto 81.3% mientras que al momento de la entrevista y libres de crisis están presentes en 62.5%. Como se observa en Tabla 5 y 6:

*Tabla 5: SINTOMAS NEGATIVOS SEGÚN DSM 5, DURANTE LOS REINGRESOS.*

| SINTOMAS NEGATIVOS EN REINGRESOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------------------|------------|------------|
| Ausentes                         | 3          | 18.8%      |
| Presentes                        | 13         | 81.3%      |
| Total                            | 16         | 100.0%     |

*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

*Tabla 6: SINTOMAS NEGATIVOS SEGÚN DSM 5, DURANTE LA ENTREVISTA CLINICA.*

| SINTOMAS NEGATIVOS ACTUALES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------------|------------|------------|
| Ausentes                    | 6          | 37.5%      |
| Presentes                   | 10         | 62.5%      |
| Total                       | 16         | 100.0%     |

*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

La autocrítica nula o empobrecida ocupa el 62.5% de los pacientes reingresadores, un porcentaje muy bajo de reingresadores afirma consumir sustancias de abuso 12.5%, como se observa en tabla 7 y 8 respectivamente:

*Tabla 7: VARIABLE AUTOCRITICA DURANTE LOS REINGRESOS.*

| AUTOCRITICA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------|------------|------------|
| Empobrecida | 5          | 31.3%      |
| Nula        | 5          | 31.3%      |
| Presente    | 6          | 37.5%      |
| Total       | 16         | 100.0%     |

*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

*Tabla 8: VARIABLE CONSUMO DE SUSTANCIAS DURANTE LOS REINGRESOS.*

| CONSUMO DE SUSTANCIAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------|------------|------------|
| No                    | 14         | 87.5%      |
| Si                    | 2          | 12.5%      |
| Total                 | 16         | 100.0%     |

*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

La terapia farmacológica de los pacientes previo a reingreso estuvo conformada principalmente por Clozapina en un 37.5%, seguida de Haloperidol 18.8%, Clorpromazina 12.5% y 6.3% para cada una de las siguientes Decanoato de Flufenazina sola o en asociación a Clorpromazina, Haloperidol, o Risperidona. Como se observa en tabla 9:

*Tabla 9: ANTIPSICOTICOS UTILIZADOS PREVIO RESINGRESOS.*

| ANTIPSICOTICOS PREVIO INGRESOS         | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--|------------|------------|
| Clorpromazina                          | 2          | 12.5%      |
| Clozapina                              | 6          | 37.5%      |
| Decanoato de flufenazina               | 1          | 6.3%       |
| Decanoato de flufenazina/clorpromazina | 1          | 6.3%       |
| Haloperidol                            | 3          | 18.8%      |
| Haloperidol/decanoato de flufenazina   | 1          | 6.3%       |
| Risperidona                            | 2          | 12.5%      |
| Total                                  | 16         | 100.0%     |

*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

Mientras que una terapia posterior a los ingresos modifica las tendencias de la siguiente manera: Clozapina y Risperidona con un 37.5% cada una, seguida de Decanoato de Flufenazina solo 12.3% y en asociación a Haloperidol en 6.3%, así como Clorpromazina con 6.3%. Como se observa en Tabla 10

*Tabla 10: ANTIPSICOTICOS UTILIZADOS AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA.*

| ANTIPSICOTICO ACTUAL                  | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------------------------|------------|------------|
| Clorpromazina                         | 1          | 6.3%       |
| Clozapina                             | 6          | 37.5%      |
| Decanoato de flufenazina              | 2          | 12.5%      |
| Decanoato de flufenazina/ Haloperidol | 1          | 6.3%       |
| Risperidona                           | 6          | 37.5%      |
| Total                                 | 16         | 100.0%     |

*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

El apego al tratamiento actual es en su mayoría adecuado en un 81.3% como se observa en la tabla 11:

*Tabla 11: VARIABLE APEGO AL TRATAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA.*

| APEGO ACTUAL AL TRATAMIENTO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------------|------------|------------|
| Adecuado                    | 13         | 81.3%      |
| Inadecuado                  | 3          | 18.8%      |
| Total                       | 16         | 100.0%     |

*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

En cuanto a los efectos secundarios de los antipsicóticos previo a reingresos estaban presentes en un 56.3% de los casos, disminuyendo a un 43.8% presentes en el momento de la entrevista, como se observa en tabla 12 y 13.

*Tabla 12: VARIABLE EFECTOS ADVERSOS PREVIO A REINGRESOS.*

| EA PREVIO REINGRESO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|------------|------------|
| Ausentes            | 7          | 43.8%      |
| Presentes           | 9          | 56.3%      |
| Total               | 16         | 100.0%     |

*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

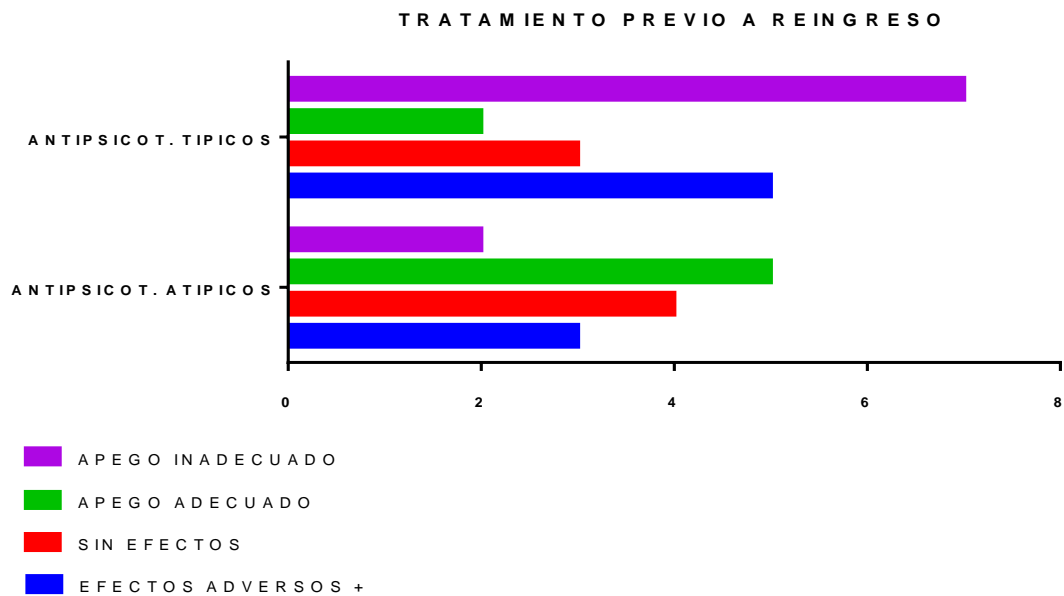
*TABLA 13: VARIABLE EFECTOS ADVERSOS TRATAMIENTO ACTUAL.*

| EA ACTUALES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------|------------|------------|
| Ausentes    | 9          | 56.3%      |
| Presentes   | 7          | 43.8%      |
| Total       | 16         | 100.0%     |

*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

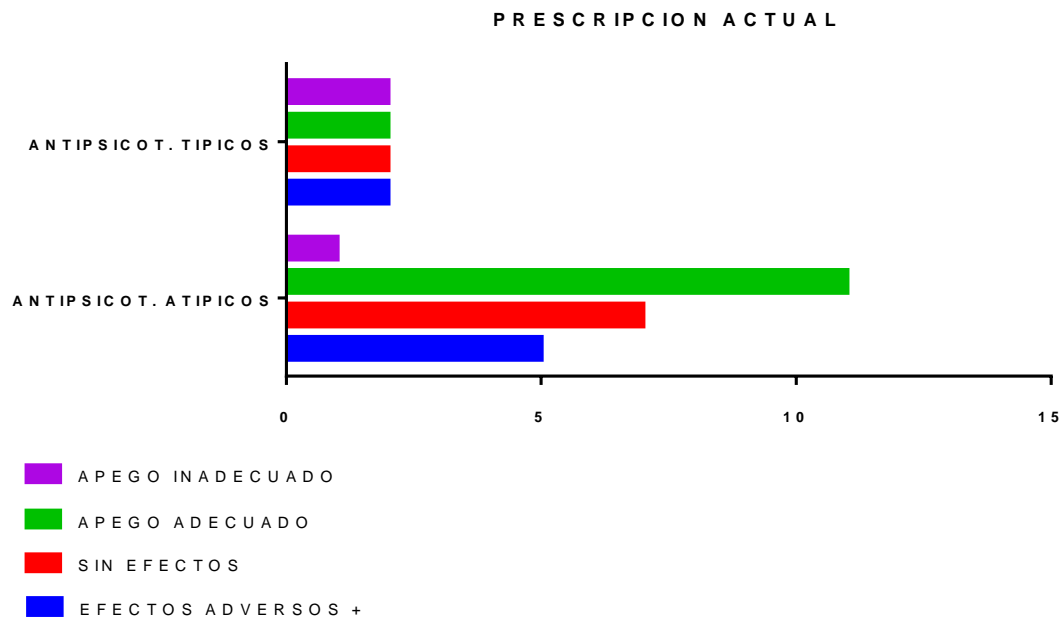
Los efectos farmacológicos de cada una de las prescripciones (previas al ingreso y posterior al ingreso) parecen tener asociación según las tendencias de los gráficos 2 y 3 con aspectos como el apego al tratamiento y el aparecimiento de síntomas negativos, sin embargo dicha asociación no fue significativa estadísticamente debido al volumen de la muestra  $p=0.21$  y  $p=0.32$  para el tratamiento previo y posterior respectivamente.

Grafico 2: *COMPARACION DE VARIABLES APEGO AL TRATAMIENTO Y EFECTOS ADVERSOS PREVIO REINGRESOS UTILIZANDO ANTIPSICOTICOS TIPICOS VS ATIPICOS*



*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

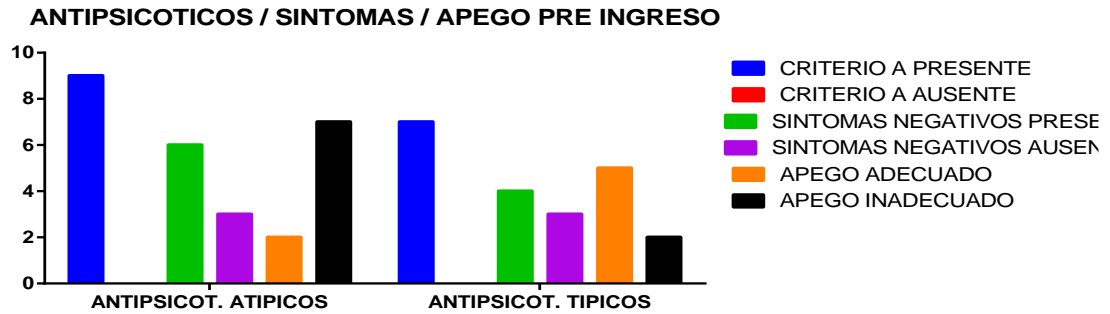
Grafico 3: *COMPARACION DE VARIABLES APEGO AL TRATAMIENTO Y EFECTOS ADVERSOS DURANTE ENTREVISTA CLINICA UTILIZANDO ANTIPSICOTICOS TIPICOS VS ATIPICOS*



*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

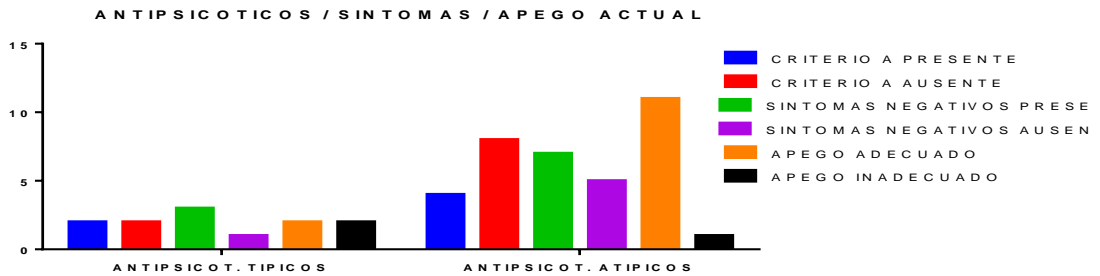
Las pruebas de contingencia realizadas para establecer relación no resultaron significativas en ninguno de los casos por el número de la muestra, sin embargo las tendencias son observables en los gráficos siguientes. Al mejorar sintomatología de criterio A y sintomatología negativa el apego adecuado al tratamiento mejora.

Grafico 4: *COMPARACION DE VARIABLES PRESENCIA DE SINTOMAS DE CRITERIO A, SINTOMAS NEGATIVOS Y APEGO AL TRATAMIENTO PREVIO A LOS REINGRESOS, UTILIZANDO ANTIPSICOTICOS TIPICOS VS ATIPICOS.*



Fuente: datos extraídos de *Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

Grafico 5: *COMPARACION DE VARIABLES PRESENCIA DE SINTOMAS DE CRITERIO 1, SINTOMAS NEGATIVOS Y APEGO AL TRATAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA CLINICA, UTILIZANDO ANTIPSICOTICOS TIPICOS VS ATIPICOS*



Fuente: datos extraídos de *Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*



*Tabla 14: COMPARACION DE ANTIPSICOTICOS PRE INGRESO VS ACTUAL*

|                        | ANTIPSICOTICOS<br>PRE INGRESO | %     | ANTIPSICOTICOS<br>ACTUALES | %     | REDUCCION<br>TOTAL |
|------------------------|-------------------------------|-------|----------------------------|-------|--------------------|
| SINTOMAS<br>NEGATIVOS  | 13                            | 81,25 | 8                          | 50    | 31,25              |
| CRITERIO A<br>PRESENTE | 16                            | 100   | 6                          | 37,5  | 62,5               |
| APEGO<br>INADECUADO    | 9                             | 56,25 | 3                          | 18,75 | 37,5               |

*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

En cuanto a la relación con el terapeuta 68.8% la perciben como excelente y un 31.3% como regular, así como 0% como mala.

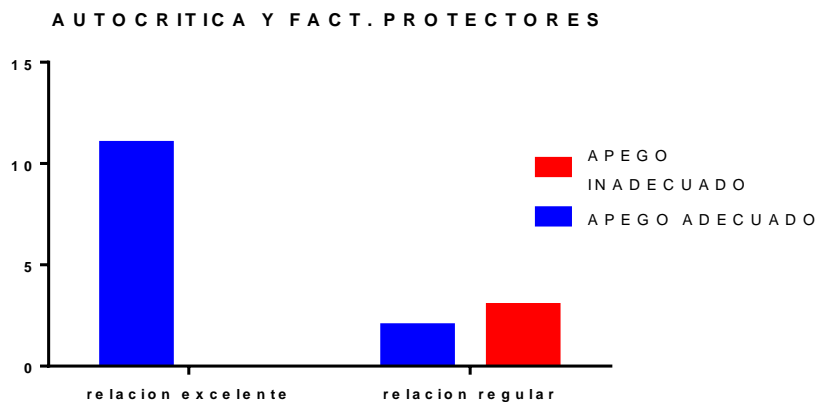
*Tabla 15: VARIABLE PERCEPCION DE RELACION CON TERAPEUTA.*

| RELACION CON TERAPEUTA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------|------------|------------|
| Excelente              | 11         | 68.8%      |
| Regular                | 5          | 31.3%      |
| Total                  | 16         | 100.0%     |

*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

Tomando la relación con el terapeuta un factor protector en cuanto al apego adecuado tratamiento especialmente en aquellos pacientes que tienen autocrítica nula o empobrecida, como se muestra en el gráfico 6 la buena relación determinó un apego del 100% a diferencia de la percepción regular en donde el 60% tiene un apego inadecuado.

**Grafico 6: COMPARACION DE VARIABLES PERCEPCION RELACION CON TERAPEUTA Y APEGO ADECUADO AL TRATAMIENTO**



*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

En cuanto al apoyo familiar este se encontraba ausente en el 56.3% de los pacientes, a pesar de tener un adecuado conocimiento de la enfermedad, como se muestra en la tabla 16 y 17:

**Tabla 16: VARIABLE APOYO FAMILIAR DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA.**

| APOYO FAMILIAR | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------|------------|------------|
| Ausente        | 9          | 56.3%      |
| Presente       | 7          | 43.8%      |
| Total          | 16         | 100.0%     |

*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

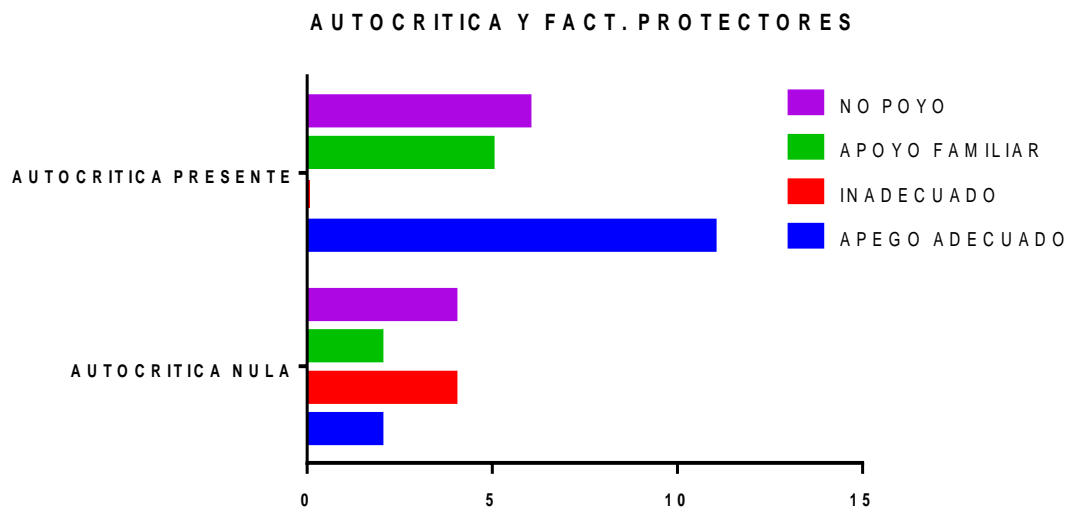
**Tabla 17: VARIABLE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ENFERMEDAD DEL FAMILIAR.**

| INFORMACION BRINDADA AL FAMILIAR | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------------------|------------|------------|
| Ausente                          | 4          | 25.0%      |
| Presente                         | 12         | 75.0%      |
| Total                            | 16         | 100.0%     |

*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

El apoyo familiar se convierte en un factor protector cuando el paciente tiene una autocrítica nula, cuando la autocrítica está presente, el apego al tratamiento es adecuado sin importar el apoyo familiar, sin embargo el apoyo familiar es determinante para garantizar el apego al tratamiento cuando la autocrítica es nula. Como se observa en el grafico 7

**Grafico 7: COMPARACION DE VARIABLES APOYO FAMILIAR Y AUTOCRITICA DE PACIENTE CON RESPECTO AL APEGO AL TRATAMIENTO.**



*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

Durante los reingresos un 56.3% de los pacientes presentaron un apego al tratamiento inadecuado, siendo este porcentaje mayor en los pacientes que tienen más de 5 años de tratamiento. Como se observa en la tabla 18

*Tabla 18: COMPARACION DE VARIABLES APEGO AL TRATAMIENTO Y AÑOS DE USO DE PSICOFARMACOS.*

| APEGO TTO REINGRESO |          |            |       |
|---------------------|----------|------------|-------|
| AÑO PSICOFARMACOS   | Adecuado | Inadecuado | TOTAL |
| >0 – 5              | 0        | 4          | 4     |
| >5                  | 7        | 5          | 12    |
| TOTAL               | 7        | 9          | 16    |

*Datos extraídos de: Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

Como se observa en la tabla 19, el apego al tratamiento inadecuado es mayor, en pacientes con un conocimiento de la enfermedad nulo y pobre, independientemente de los años de padecer la enfermedad.

*Tabla 19: COMPARACION DE VARIABLES APEGO AL TRATAMIENTO PREVIO INGRESO, CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y TIEMPO DE ENFERMEDAD.*

| Tiempo de enfermedad | APEGO ADECUADO                |      |       |       | APEGO INADECUADO |      |       |       |
|----------------------|-------------------------------|------|-------|-------|------------------|------|-------|-------|
|                      | CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD |      |       |       |                  |      |       |       |
|                      | Adecuado                      | Nulo | Pobre | Total | Adecuado         | Nulo | Pobre | Total |
| 0 – 10               | 0                             | 0    | 0     | 0     | 1                | 0    | 2     | 3     |
| 11 – 20              | 2                             | 0    | 0     | 2     | 1                | 1    | 0     | 2     |
| 21 – 30              | 2                             | 0    | 1     | 3     | 1                | 1    | 0     | 2     |
| 31 – 40              | 1                             | 0    | 0     | 1     | 0                | 1    | 0     | 1     |
| 41 – 50              | 1                             | 0    | 0     | 1     | 0                | 1    | 0     | 1     |
| TOTAL                | 6                             | 0    | 1     | 7     | 3                | 4    | 2     | 9     |

*Fuente: datos extraídos de Factores asociados al reingreso de pacientes con esquizofrenia en el Hospital Policlínico Arce del ISSS en el año 2012- 2013.*

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se observa que la adherencia al tratamiento es el factor asociado a reingreso más importante, un adecuado apego se ve influenciado tanto por la pobre autocrítica y el consumo de sustancias, lo cual tuvo una ocurrencia de 31.25% y 6.25% respectivamente.

A esto se suma la ocurrencia de efectos adversos, lo cual nos muestra que la prevalencia previo al ingreso fue de 56.25% y post ingreso 43.75%, dicha disminución influye directamente con el incremento del apego al tratamiento actual.

Además se observa en la población del Hospital Policlínico Arce, un 68.75% de los pacientes perciben una excelente relación médico-paciente y un 31.25% la perciben regular, quedando desierta la apreciación de una mala relación con el terapeuta, la buena relación determino un apego del 100% a diferencia de la percepción regular en donde el 60% tiene un apego inadecuado.

El 75% de los pacientes con reingresos tenían más de 5 años de uso de antipsicóticos, lo cual también se considera un determinante importante para un adecuado apego al tratamiento.

Las pruebas de contingencia realizadas para establecer relación entre el grupo farmacológico (típico vs atípico) con el apareamiento de síntomas psicóticos, negativos y apego no resultaron significativas en ninguno de los casos dado el volumen de la muestra, sin embargo la tendencia encontrada es que en el grupo de antipsicóticos atípicos hay una menor prevalencia de efectos adversos, en comparación con los antipsicóticos típicos o convencionales, además el apego al tratamiento posee una relación inversa con la presencia de sintomatología psicótica y negativa, con una reducción de apego inadecuado en 37,5%. Al realizar la modificación de tratamiento actual, se utiliza mayormente antipsicóticos atípicos, con lo cual se observa un mejor control de síntomas psicóticos con una reducción del 62,5, y una reducción de los síntomas negativos en un 31,25, sin embargo estos últimos no desaparece.

En el estudio "Factores individuales, familiares y profesionales, que inciden en la falta de adherencia al tratamiento en la esquizofrenia", realizado por el Instituto Nacional de Salud y Seguridad Social Caja Costarricense de Seguro Social, la adherencia al tratamiento es el factor asociado a reingreso más importante, un adecuado apego se ve influenciado tanto

por la pobre autocrítica y el consumo de sustancias, como se observa en la población estudiada en Hospital Policlínico Arce. Además la ocurrencia de efectos adversos, según el mismo estudio costarricense también influye directamente el apego al tratamiento dicha tendencia se observa en el presente estudio como se mencionó anteriormente.

Tal como se observa en la población del Hospital Policlínico Arce, en dicho estudio otro factor relacionados con el apego al tratamiento es la alianza terapéutica, en el presente estudio se demostró que la buena relación médico-paciente determino un apego del 100% a diferencia de la percepción regular en donde el 60% tiene un apego inadecuado.

La relación propuesta por dicho el estudio "Factores individuales, familiares y profesionales, que inciden en la falta de adherencia al tratamiento en la esquizofrenia" sobre el uso de psicofármacos superior a 5 años como un determinante en la disminución del apego se comprueba en el presente estudio.

La población estudiada muestra características epidemiológicas similares a las mostradas por otros estudios, se mantiene la predominancia del sexo masculino y distribución etaria y son de importante interés los aspectos de empleo, nivel educativo datos que concuerdan con lo encontrado.

Como se mencionó en el estudio, "Esquizofrenia y familia" de Universidad de Sonora en México (13), se comprobó que los pacientes con sexo masculino son más propensos a tener reingresos, en el estudio se observa un 62.5% de prevalencia para el sexo masculino. En cuando a la edad temprana de inicio temprano como determinante para reingreso no fue posible constatarla ya que solo 1 paciente presentaba esa característica.

En dicho estudio se determina la información brindada al familiar por el terapeuta como un determinante de reingreso, sin embargo, en la población estudiada un 75% de los familiares responsables o cuidadores tenían un adecuado conocimiento acerca de la enfermedad y el tratamiento utilizado.

A diferencia del "Estudio evolutivo del paciente con ingresos múltiples en psiquiatría", biblioteca virtual Miguel de Cervantes Valladolid, España, Se tuvo un porcentaje mayor de pacientes solteros 75% en nuestro grupo de pacientes con reingresos en comparación con 6.25% de separados y un 18.75% de casados y acompañados.

Además se menciona el pobre apoyo familiar como un determinante de reingreso, dicho dato fue comprobado durante la realización de la investigación, ya que 56.3% de la población no cuenta con apoyo familiar. Además este se confirma como un determinante importante del apego al tratamiento en pacientes con nula autocrítica. Cuando la autocrítica está presente, el apego al tratamiento es adecuado sin importar el apoyo familiar, sin embargo el apoyo familiar es determinante para garantizar el apego al tratamiento cuando la autocrítica es nula, tal como se observa también en el estudio "Factores individuales, familiares y profesionales, que inciden en la falta de adherencia al tratamiento en la esquizofrenia".

Menciona además los factores relacionados al entorno como las barreras prácticas como la falta de dinero y transporte, lo cual no fue un factor determinante en la investigación, ya que 78.75% de los pacientes estudiados manifestó tener accesibilidad física y económica, para su desplazamiento al centro asistencial, y solo un 31.24% que manifiesta algún grado de dificultad.

## Conclusiones

- 1- Entre los factores de riesgo asociados a reingreso presentes en los pacientes esquizofrénicos evaluados en el Hospital Policlínico Arce del ISSS tenemos pertenencia al sexo masculino, desempleo, estado civil soltero, ya que hay mayor frecuencia de reingresos en pacientes con estas características.
- 2- La pobre adherencia al tratamiento se ve influenciada por la nula autocrítica, pobre apoyo familiar, la presencia de efectos adversos de los antipsicóticos, una relación médico-paciente inadecuada y la presencia de síntomas psicóticos y negativos.
- 3- La información brindada por el terapeuta a los familiares acerca de la enfermedad y tratamiento es adecuada en un 75% de los casos, mientras que la del paciente únicamente en un 56.25%, se observa que cuando el familiar tiene una adecuada información un 56.3% de los pacientes proporciona un adecuado apoyo familiar, lo cual es relevante en pacientes que no poseen autocrítica, ya que se convierte en un factor protector para un adecuado apego al tratamiento.
- 4- Los antipsicóticos atípicos mostraron superioridad en relación con el control de síntomas psicóticos y síntomas negativos en comparación con los antipsicóticos típicos o convencionales, ya que la modificación de los planes terapéuticos marco la pauta para el control de la sintomatología. Además esto contribuye a un mejor apego al tratamiento por menor porcentaje de efectos adversos. Dicho grupo de antipsicóticos podría ser utilizado con más frecuencia en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia para mejorar el apego al tratamiento.
- 5- En cuanto a la percepción del paciente acerca de la relación terapeuta-paciente, el 68,75% de ellos expresaron una relación excelente y un 31.25% como regular, ningún paciente percibió una mala relación terapéutica, y como se observa en el estudio esto es relevante para un adecuado apego al tratamiento, ya que todos los que perciben una relación excelente tienen un adecuado apego al tratamiento, mientras que un 40% de los que tienen una relación percibida como regular, tienen un apego inadecuado al tratamiento.



## Recomendaciones

- 1- Fomentar el uso de antipsicóticos atípicos, debido que supone beneficios para el paciente en cuanto a un mejor control de los síntomas negativos y psicóticos, así como menor porcentaje de efectos secundarios principalmente extrapiramidales y por tanto una mejor adherencia al tratamiento.
- 2- Ya que uno de los factores más relevantes fue el desempleo, sugerir a los pacientes una mejor utilización de su tiempo en terapias ocupacionales, ya sea dentro o fuera de la institución, podría convertirse en un factor protector contra el fenómeno del reingreso.
- 3- Fomentar en los profesionales de la salud mental brindar una mejor información acerca de la enfermedad y el tratamiento tanto a los pacientes y como a familiares.
- 4- En el caso de pacientes con problemas de accesibilidad física, valorar el servicio de visita domiciliar tanto de este centro, como de la unidad médica correspondiente, al menos para la entrega oportuna de medicamento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1) O. Mendez, K. Fallas, "Factores individuales, familiares y profesionales, que inciden en la falta de adherencia al tratamiento en la esquizofrenia". Nacional de Salud y Seguridad Social Caja Costarricense de Seguro Social [edición online]. Costa Rica; 2008 [dic 2008], pagina 8-10. Accesible en URL: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis21.pdf>

(2) J. Garcia-Valdecasas, D. Davila, A. Vispe, M. Rodriguez, C. Gonzalez, "Estudio descriptivo de ingresos en unidad de internamiento breve en la zona sur de Gran Canaria". Revista de psiquiatría y salud mental [edición online]. España; 2004, vol 8 (4).

Accesible en URL:

<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/292/277/>

(3) J. Lyons, M. O'Mahoney, S. Miller, J. Neme, J. Kabat, F. Miller, "Predicting Readmission to the Psychiatric Hospital in a Managed Care Environment: Implications for Quality Indicators". American Journal Psychiatry [edición online]. Estados Unidos; 1997, vol 154, pag 337-340.

Accesible URL: <http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3674/337.pdf>

(4) T. Schmutte, C. Dunn, W. Sledge, "Characteristics of Inpatients with a History of Recurrent Psychiatric Hospitalizations: A Matched-Control Study", PSYCHIATRIC SERVICES [edición online]. Estados Unidos; December 2009 Vol. 60, pag 1683.

Accesible URL: <http://ps.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3896/09ps1683.pdf>

(5) D. Navarro, S. Diaz, "Opinion de los profesionales y familiares sobre causas de reingresos psiquiátricos en pacientes con trastorno mental severo". Revista de psiquiatría y salud mental [edición online]. España, 2007, vol 11 (3). Accesible en URL:

<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/234/219/>

(6) Asociación vizcaína de familiares y personas con enfermedades mentales,

[http://www.avifes.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=43&Itemid=77](http://www.avifes.org/index.php?option=com_content&task=view&id=43&Itemid=77)

(7) M. Valencia, G. Heinze, F. Pellicer, "Trastornos mentales y problemas de salud mental, Día mundial de la salud mental 2007", Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas [edición online]. Mexico;2007, vol 30 (2), pag 75-79.

Accesible en URL:

[http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=44570&id\\_seccion=1011&id\\_ejemplar=4518&id\\_revista=1](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=44570&id_seccion=1011&id_ejemplar=4518&id_revista=1)

(8) J. Vallejo, C. Leal, "Tratado de Psiquiatría". MARBAN editorial. España; 2012, vol 1, CAP 57, y 64 pag 866,936, 959 .

(9) American Psychiatric Association, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition, DSM-5". APA. Estados Unidos; 2013, sección , pag. 54-55.

(10) H. Cabello, L. Díaz, A. Arredondo "Costo–efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México". Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas [edición online]. México; 2011 vol.34 no.2. Accesible en URL:

[http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=72197&id\\_seccion=1762&id\\_ejemplar=7215&id\\_revista=1](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=72197&id_seccion=1762&id_ejemplar=7215&id_revista=1)

(11) C. Girsbet, "Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo". Asociación Española de Neuropsiquiatría [edición online]. España; 2003.

Accesible en URL :

<http://www.feafes.org/publicaciones/Rehabilitacionpsicosocialtratamientointegral.pdf>

(12) P. Morán, L. Doerffler, J. Scherz, J. Lish "Rehospitalization of psychiatric patients in a managed care environment", Mental Health Services Research, 2000, vol 2, pag 191-198.

(13) Universidad de Sonora, México, "Esquizofrenia y familia". Accesible en URL: <http://kunkaak.psicom.uson.mx/Libros/tesiFincbvc.pdf>

(14) G. Voinesko, S. Denault, "Recurrent psychiatric hospitalization". National Center of Biotechnology information, CMA Journal [edición online]. Canada; 1978, vol 108, pag. 247.

Accesible en URL:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1817948/pdf/canmedaj01415-0035.pdf>

(15) I. Linares, " Estudio evolutivo del paciente con ingresos múltiples en psiquiatría", biblioteca virtual Miguel de Cervantes Valladolid [edición online]. España; 2002. Accesible en URL: <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcht300>

(16) M. Ibañez, C. Venegas, S. Villalea, "Factores modificables asociados a la hospitalización de pacientes psicóticos".Rev. Medica Sanitas [edición online]. Colombia; 2010, vol 13(3), pag. 26-38.

Accesible en URL: <http://www.unisanitas.edu.co/Revista/19/psicomerged.pdf>

(17) L. Jaramillo, R. Sánchez, M. Herazo, "Factores relacionados con el número de hospitalizaciones en los pacientes psiquiátricos" Revisita Colombiana de Psiquiatría [edición online]. Colombia; 2011 vol. 4, pag. 409-419. Accesible en URL: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=89412&id\\_seccion=1783&id\\_ejemplar=8790&id\\_revista=115](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=89412&id_seccion=1783&id_ejemplar=8790&id_revista=115)

## **ANEXOS**



## Anexo N ° 2

### Consentimiento Informado

El propósito de este documento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Dra. Elena María Abrego Portillo, residente de tercer año de psiquiatría del postgrado conjunto del Hospital Policlínico Arce y la Universidad Nacional de El Salvador. La meta de este estudio es identificar los FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL REINGRESO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, así como proponer posibles estrategias para resolver las condiciones que según el estudio se identifiquen como responsables del reingreso, es decir identificar las posibles razones por las cuales los pacientes con dicho diagnóstico presentan múltiples ingresos durante el año, a través de lo cual se brindaran sugerencias institucionales para mejorar dichas condiciones.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista clínica. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se anotará en un cuestionario, de modo que el investigador pueda obtener los datos de forma práctica para su posterior manejo siempre manteniendo la confidencialidad de los participantes.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Desde ya le agradecemos su participación.

Paciente comprende la información antes vertida: si \_\_\_\_\_ o no \_\_\_\_\_, preguntas.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Dra. Elena María Abrego Portillo. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es determinar los factores asociados al reingreso relacionados con mi enfermedad.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Dra. Elena María Abrego Portillo en el Hospital Policlínico Arce.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Dra. Elena María Abrego Portillo al la institución anteriormente mencionada.

-----  
Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

y/o familiar a cargo.