

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA – LEÓN.**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA.**



**Tesis para optar al título de Licenciatura en Psicología**

**Tema:**

“Aspectos psicológicos relacionados con las recaídas en pacientes con esquizofrenia abordado desde el paciente, cuidador y personal de salud que asisten al centro de atención psicosocial (CAPS) en la ciudad de León, en el periodo comprendido abril-octubre 2021”.

**Autores:**

Br. Nathaly Edenia Vargas Herrera

Br. Krismara de los Ángeles Suazo Sánchez

**Tutor (a):**

Lic. Amy Magaly Sánchez.

Docente Psicología, UNAN- León

**“A la libertad por la Universidad”**

## **DEDICATORIA**

Br. Nathaly Edenia Vargas Herrera:

La presente tesis está dedicada primeramente a Dios, ya que gracias a él he logrado concluir mi carrera, a mis padres, porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo, por inculcarme valores y principios, sus consejos para hacer de mí una mejor persona, por su comprensión y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar, a mi familia en general por creer en mí y darme ánimos cuando los necesitaba, y a todas aquellas personas que de una u otra manera han contribuido para el logro de mis objetivos.

Br. Krismara de los Ángeles Suazo Sanchez:

Está dedicada a aquellas personas que sirvieron de inspiración para consolidar nuestra tesis.

A mi madre por su esfuerzo, amor, paciencia, comprensión y por ser mi ejemplo a seguir.

A mis abuelos por ser quienes me inculcaron excelentes valores éticos-morales y a luchar por mis metas.

A nuestros docentes por su ayuda, paciencia y dedicación en su labor de formar profesionales de calidad.

A todas aquellas personas que han sido un apoyo e hicieron posible que este trabajo se realice con éxito.

## Índice

Resumen.....	1
Introducción .....	4
Justificación .....	7
Planteamiento del problema.....	8
Marco conceptual.....	10
Diseño metodológico .....	29
Resultados .....	33
Discusión.....	47
Conclusiones .....	50
Recomendaciones .....	51
Referencias bibliográficas.....	52
Anexos .....	58

## **Resumen**

Las personas con esquizofrenia necesitan recibir tratamiento toda su vida, ya que están sujetos a recaídas dentro de sus procesos de intervención, muchos de los pacientes atendidos en el centro de atención psicosocial, a pesar de recibir tratamiento e intervención clínica, sufren recaídas, debido a esta problemática el objetivo de esta investigación es determinar los principales aspectos psicológicos relacionados a las recaídas de pacientes esquizofrénicos, este tuvo un enfoque cualitativo el cual fue realizado con la participación voluntaria de pacientes de este centro, familiares y personal de salud. Se aplicaron entrevistas a profundidad a pacientes, familiares y personal de salud (psiquiatras, psicólogos, enfermeras), los resultados mostraron que los principales aspectos psicológicos relacionados con las recaídas fueron aquellos relacionados directamente con el paciente y su tratamiento, incluyendo el incumplimiento de este, la falta de recursos económicos para optar por un medicamento, la inasistencia a controles y citas médicas, situaciones estresantes, por otro lado se encontraron aspectos familiares y sociales entre ellos la falta de apoyo de la familia, el poco involucramiento de la sociedad en la vida y recuperación del paciente, el bajo nivel educativo, y aspectos clínicos como rechazo del medicamento, en relación al personal de salud se encontró desinformación del paciente y familiares y pobre relación terapéutica, con estos resultados se pretende evidenciar la necesidad de implementar estrategias para la prevención de recaídas y así brindarle una mejor atención medica, a los familiares involucrados, pero sobre todo para el paciente atendido.

***Palabras clave:*** aspectos psicológicos, esquizofrenia, recaídas.

## ABREVIATURAS

<b>CAPS</b>	Centro de Atención Psico-Social.
<b>CIE-10</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima edición.
<b>DSM-V</b>	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta Edición.
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud.

## **GLOSARIO**

### **Trastorno**

Alteración en el funcionamiento de un organismo o de una parte de él o en el equilibrio psíquico o mental de una persona.

### **Esquizofrenia**

Enfermedad mental grave que afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta.

### **Patognomónico**

Hallazgo distintivo o característico de una enfermedad o afección determinada que permite establecer el diagnóstico

### **Hipnagógicas**

Situación de tránsito entre la vigilia y el sueño.

### **Hipnopompicas**

Imágenes que se caracterizan, por lo general, en la persistencia de esas imágenes del sueño en los primeros momentos del despertar.

### **Prodrómico**

Fase donde aparecen ciertos síntomas atenuados en diversos aspectos:

-cambios afectivos: desconfianza, depresión, ansiedad, inestabilidad del estado de ánimo, sensación de tensión, irritabilidad, ira.

-cambios cognitivos: ideas extrañas, vaguedad en el lenguaje, problemas de concentración y de memoria.

### **Hemograma**

Análisis de sangre que se usa para evaluar el estado de salud general y detectar una amplia variedad de enfermedades, incluida la anemia, las infecciones y la leucemia.

### **Insight**

entendimiento, percepción o conocimiento

## **Introducción**

Conocer los aspectos psicológicos relacionados con las recaídas de pacientes con esquizofrenia que asisten al CAPS es importante ya que tanto pacientes, familiares y personal de salud a diario afrontan diversas dificultades asociadas a esta enfermedad presentando deterioro en su bienestar físico, personal y social.

Los profesionales en salud, se enfrentan a diario con este tipo de pacientes, deben abordar problemas complejos, por ello, se han realizado estudios clínicos internacionales con el fin de encontrar los aspectos psicológicos relacionados a recaídas, y se han determinado factores relacionados con el terapeuta, con el paciente y su enfermedad y con el medio del paciente (Méndez & Fallas, 2008).

Las personas diagnosticadas con esquizofrenia presentan problemas muy complejos que no se reducen a la sintomatología psicopatológica, sino que afectan así mismo otros aspectos, como el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad, problemas que se concretan en cada individuo, de un modo particular e individualizado, de acuerdo a múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y la vida de cada uno, y así mismo en función de la atención y servicios que reciben

Este estudio pretende identificar estos aspectos relacionados con las recaídas según variables clínicas, personales, familiares y sociales, partiendo en un primer momento de la aplicación de métodos cualitativos para el análisis. Así mismo, a partir de estos resultados se busca mostrar una problemática presente en nuestra sociedad y que sea una pauta para crear un ambiente que contribuya a la recuperación del enfermo, prevención de sus recaídas, y así mismo, facilitar la labor de sus familiares y personal de salud.

## Antecedentes

Según Méndez y Fallas (2008), en su estudio sobre factores individuales, familiares y profesionales que inciden en la adherencia al tratamiento en la esquizofrenia, realizado en San José, Costa Rica, se encontró que, uno de los factores implicados en la poca adherencia de los medicamentos es que el paciente esquizofrénico no comunica sus síntomas, sobre todo los referentes a efectos adversos a su psiquiatra; haciendo que haga abandono de los mismos sin consultarlo. Se logra inferir que esto es influenciado por una relación médico-paciente poco consolidada. El uso de antipsicóticos atípicos versus típicos, como lo refleja la literatura internacional, no es garantía para que el paciente tenga un mejor apego al tratamiento, sino va de la mano con una adecuada relación terapéutica y un proceso de psicoeducación.

Según Fierro (2015), en su estudio sobre *Factores que inciden en las recaídas de pacientes con esquizofrenia y su tratamiento*, realizado en Guayaquil, Ecuador, encontró que, la alta emoción expresada, es decir situaciones familiares estresantes es el mayor factor de riesgo para sufrir recaídas y como segundo factor predominante se encuentra el consumo de drogas.

En un estudio realizado por Espinoza, Soza y Sierra (2016) sobre los *Factores asociados a la esquizofrenia en pacientes atendidos en el hospital psiquiátrico Mario Mendoza de Honduras*, señalan que, existe relación entre antecedentes familiares y esquizofrenia. Este tema ha sido estudiado de forma exhaustiva y hasta el momento se considera que ambos factores (herencia y medio) se conjugan para la eclosión de sus manifestaciones clínicas. Se sugiere profundizar en la investigación de árboles genealógicos en familias de personas con enfermedades mentales. Al identificar familias que concentran algunas patologías mentales, se deben realizar investigaciones genéticas que contribuyan a profundizar en la etiología molecular de la esquizofrenia, con el objetivo de desarrollar estrategias diferenciadas para establecer un diagnóstico oportuno y un manejo apropiado, a fin de mejorar la calidad de vida de estos enfermos, lo cual redundará también en beneficios de sus familiares.

Según Boussard (2020) en su estudio sobre *la Influencia del estrés psicosocial en el inicio y curso de la esquizofrenia, realizado en Montevideo, Uruguay*, indica que, Uno de los principales estresores son los acontecimientos vitales estresantes (AVEs). Estos son situaciones o acontecimientos que directa o indirectamente y subjetivamente y/u objetivamente provocan un

cambio significativo en el medio personal del individuo, afectando el curso de su vida y que trae como consecuencia un reajuste o reorganización de la vida de una persona, no teniendo que ser de gran magnitud para que generen angustia.

## **Justificación**

Las enfermedades psiquiátricas son un grupo de patologías con un difícil manejo terapéutico debido a que exige una íntima interacción entre el personal profesional de la salud y el paciente, su familia, su entorno; además de una estricta vigilancia terapéutica y constantes controles médicos para obtener como resultado una favorable evolución de la enfermedad, disminuyendo la sintomatología negativa (MSD, 2020).

La relevancia del presente estudio se refleja en la observación de pacientes esquizofrénicos, principalmente en los atendidos en el Centro de Atención Psicosocial (CAPS), de los cuales, un gran porcentaje sufren recaídas, donde en lugar de mejorar o reducir su sintomatología, ésta se exagera a pesar de estar en controles subsecuentes con los especialistas y recibir tratamiento.

Este estudio será de mucho valor para los médicos que atienden a los pacientes que presentan esta condición psiquiátrica, a los familiares involucrados, y sobre todo para el paciente atendido, ya que, servirá de introspección en cada una de las dimensiones que se abordarán en el mismo, así como también servirá de apoyo a psicólogos involucrados en la atención con pacientes esquizofrénicos, ya que se conocerán aquellos aspectos psicológicos relacionados con las recaídas y generación de crisis en el paciente.

Así también, este trabajo servirá de base para futuras investigaciones que deseen profundizar en el tema o utilizar otro tipo de abordaje metodológico en la indagación de aspectos que no fueron considerados, contribuyendo así a la formación de nuevas líneas de investigación.

## **Planteamiento del problema**

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica incapacitante y severa, su clínica incluye una amplia gama de síntomas diferentes que van desde episodios maníacos o psicóticos, discapacidad funcional y déficit neurocognitivos, la cual puede provocar una combinación de alucinaciones, delirios y trastornos graves en el pensamiento y el comportamiento afectando el funcionamiento del diario vivir de la persona que lo padece. Las personas que padecen esquizofrenia necesitan recibir tratamiento durante toda su vida, ya que están sujetos a recaídas dentro de sus procesos de intervención, lo que significa que el paciente puede descompensarse en cualquier momento y conllevar a que se desarrollen complicaciones más graves y dificultar el pronóstico del mismo a largo plazo (OMS, 2019).

Muchos de los pacientes atendidos en el centro de atención psicosocial (CAPS), a pesar de que reciben un tratamiento e intervención clínica, sufren de recaídas en su día a día, afectando negativamente el curso y evolución de la enfermedad y el agravamiento o reagudización del cuadro psicopatológico considerándose como una urgencia psiquiátrica por presentar alteración del pensamiento, comportamiento desorganizado, conducta disruptiva, aislamiento, pérdida de interés por las actividades, incapacidad de concentración, pérdida de motivación, escasa higiene personal e ideas suicidas.

Dentro de las causas asociadas a las recaídas en descompensación de los pacientes con esquizofrenia se encuentran, el incumplimiento del tratamiento, factores estresantes que engloba a situaciones en las que está expuesto el paciente, consumo de sustancias, y por otra parte el estado psicopatológico, es decir el predominio excesivo de sintomatología psicótica. (Fierro Cedeño, 2016).

A partir de lo anteriormente expresado, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los aspectos psicológicos relacionados con las recaídas en pacientes con esquizofrenia abordado desde el paciente, cuidador y personal de salud que asisten al centro de atención psicosocial (CAPS) en la ciudad de León, en el periodo comprendido abril-octubre 2021?

## **Objetivos**

### **General**

Identificar los aspectos psicológicos relacionados con las recaídas en pacientes con esquizofrenia abordado desde el paciente, cuidador y personal de salud que asisten al centro de atención psicosocial (CAPS) en la ciudad de León, en el periodo comprendido abril-octubre 2021”.

### **Específicos**

- Caracterizar socio demográficamente la población de estudio
- identificar la percepción que tienen los pacientes, familiares y personal de salud sobre la esquizofrenia
- Describir los componentes socioeconómicos, personales, y/o clínicos que conllevan a las recaídas de pacientes con esquizofrenia
- Indagar sobre las estrategias de afrontamiento de los familiares en los estados de recaídas de los pacientes

## Marco conceptual

### 1. Conceptualización

**1.1.** La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la *esquizofrenia* como el “trastorno mental grave por el cual las personas interpretan a la realidad de manera anormal. Esta enfermedad provoca “una combinación de alucinaciones, delirios y trastornos graves en el pensamiento y comportamiento”.

**1.2.** En las *Recaídas* de pacientes con esquizofrenia, los síntomas reaparecen y pueden ser tan graves que causan un episodio psicótico (no poder diferenciar entre lo que es real y lo que no).

**1.3. Estrategias de afrontamiento**, son las diferentes formas como las personas se enfrentan a sucesos estresantes; a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas a manejar situaciones difíciles.

## Marco referencial

### 2.1 Esquizofrenia

El concepto de esquizofrenia ha sufrido cambios a lo largo del tiempo. Ha habido muchas formas de referirse a esta enfermedad en el desarrollo de la historia con otras palabras que hacen referencia a ella; a partir del siglo XIX, más concretamente la recta final de este siglo, es cuando aparece en Alemania lo que se conoce como psiquiatría moderna, donde destacan figuras como Kraepelin y Bleuer. Es necesario saber que hasta la irrupción de dicha escuela se creía que las enfermedades mentales eran castigos divinos, posesiones demoníacas y otras alteraciones que tenían que ver con entes divinos.

Las primeras raíces del concepto se hallan en Morel, que fue el primero en acuñar el término de “demencia precoz” para referirse a un trastorno cuyos síntomas tienen que ver con un deterioro de la vida social en la adolescencia y cursan con alteraciones de la realidad; el concepto está basado en un paciente adolescente. Por otro lado, Kraepelin en 1896, toma el término de demencia precoz y hace una descripción: inicio temprano, evolución hasta el deterioro y ausencia de psicosis maníaco-depresiva. En esta demencia precoz existen tres grupos: paranoide, catatónica y

hebefrénica; y esta división sirvió como precursora de la clasificación de los diversos tipos de esquizofrenia que hay.

Actualmente, la esquizofrenia es un trastorno crónico y grave de origen multicausal que afecta la forma de pensar, sentir y actuar de las personas, para la persona que la sufre, distinguir entre lo real y lo que no lo es, pudiendo comportarse de manera extraña en situaciones sociales y tener también problemas con la memoria y con el lenguaje. Aunque la esquizofrenia es menos común que otros trastornos mentales, puede ser sumamente incapacitante. Alrededor de 7 u 8 personas de cada 1,000 desarrollarán esquizofrenia en su vida. Y, en general se estima, según la OMS y trabajos previos (Charlson et al., 2018) que la esquizofrenia afecta a 21-26 millones de personas en todo el mundo, y cada año, aproximadamente, 1,5 millones de personas reciben este diagnóstico.

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, caracteriza al trastorno esquizofrénico por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor.

Por otra parte, el Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales DSM-5 (APA, 2014), caracteriza al trastorno esquizofrénico como síntomas característicos que comprenden todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, aunque ningún síntoma concreto es patognomónico del trastorno. El diagnóstico conlleva la identificación de una constelación de signos y síntomas asociados con un deterioro del funcionamiento laboral o social. Los sujetos

con este trastorno variarán de manera sustancial en la mayoría de las características, ya que la esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo.

## ***2.2 Signos y síntomas según el DSM-5***

**Delirios.** Los delirios son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. Su contenido puede incluir varios temas (p. ej., persecutorios, referenciales, somáticos, religiosos, de grandeza). Los delirios persecutorios (es decir, la creencia de que uno va a ser perjudicado, acosado, etc., por un individuo, organización o grupo) son los más comunes. Los delirios referenciales (es decir, la creencia de que ciertos gestos, comentarios, señales del medio ambiente, etc., se dirigen a uno) también son comunes. También pueden aparecer delirios de grandeza (es decir, cuando el sujeto cree que él o ella tiene habilidades, riqueza o fama excepcionales) y delirios erotomaníacos (es decir, cuando el individuo cree erróneamente que otra persona está enamorada de él o ella). Los delirios nihilistas suponen la convicción de que sucederá una gran catástrofe, y los delirios somáticos se centran en preocupaciones referentes a la salud y al funcionamiento de los órganos.

**Alucinaciones.** Las alucinaciones son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia y en los trastornos relacionados. Las alucinaciones auditivas habitualmente se experimentan en forma de voces, conocidas o desconocidas, que se perciben como diferentes del propio pensamiento. Las alucinaciones deben tener lugar en el contexto de un adecuado nivel de conciencia; aquellas que tienen lugar al quedarse uno dormido (hipnagógicas) o al despertar (hipnopómpicas) se considera que están dentro del rango de las experiencias normales. Las alucinaciones pueden ser una parte normal de la experiencia religiosa en determinados contextos culturales.

**Pensamiento (discurso) desorganizado.** El pensamiento desorganizado (trastorno formal del pensamiento) habitualmente se infiere a partir del discurso del individuo. El sujeto puede cambiar de un tema a otro (descarrilamiento o asociaciones laxas). Sus respuestas a las preguntas pueden estar indirectamente relacionadas o no estarlo en absoluto (tangencialidad). En raras ocasiones, el discurso puede estar tan desorganizado que es prácticamente incomprensible y se asemeja a una afasia sensorial en su desorganización lingüística (incoherencia o "ensalada de

palabras"). Puesto que los discursos ligeramente desorganizados son frecuentes en específicos, el síntoma debe ser lo suficientemente grave como para dificultar la comunicación de manera sustancial. La gravedad de la disfunción puede ser difícil de valorar si la persona que está haciendo el diagnóstico proviene de un entorno lingüístico diferente del de la persona que está siendo evaluada. Puede producirse una menor gravedad de la desorganización del pensamiento o del discurso durante los períodos prodrómico y residual de la esquizofrenia.

**Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía).** El comportamiento motor muy desorganizado o anómalo se puede manifestar de diferentes maneras, desde las "tonterías" infantiloides a la agitación impredecible. Pueden evidenciarse problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo, con las consiguientes dificultades para realizar las actividades cotidianas.

El comportamiento catatónico es una disminución marcada de la reactividad al entorno. Oscila entre la resistencia a llevar a cabo instrucciones (negativismo), la adopción mantenida de una postura rígida, inapropiada o extravagante, y la ausencia total de respuestas verbales o motoras (mutismo y estupor). También puede incluir actividad motora sin finalidad, y excesiva sin causa aparente (excitación catatónica). Otras características son los movimientos estereotipados repetidos, la mirada fija, las muecas, el mutismo y la ecolalia. Aunque la catatonía se ha asociado históricamente con la esquizofrenia, los síntomas cata-tónicos no son específicos y pueden aparecer en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos bipolares o depresivos con catatonía) y en patologías médicas (trastorno catatónico debido a otra afección médica).

**Síntomas negativos.** Los síntomas negativos son responsables de una proporción importante de la morbilidad asociada a la esquizofrenia.

La expresión emotiva disminuida consiste en una disminución de la expresión de las emociones mediante la cara, el contacto ocular, la entonación del habla (prosodia) y los movimientos de las manos, la cabeza y la cara que habitualmente dan un énfasis emotivo al discurso.

La abulia es una disminución de las actividades, realizadas por iniciativa propia y motivadas por un propósito. El individuo puede permanecer sentado durante largos períodos de tiempo y mostrar escaso interés en participar en actividades laborales o sociales. Otros síntomas negativos son la alogia, la anhedonia y la asocialidad.

La alogia se manifiesta por una reducción del habla. La anhedonia es la disminución de la capacidad para experimentar placer a partir de estímulos positivos o la degradación del recuerdo del placer experimentado previamente.

La asocialidad, que se refiere a la aparente falta de interés por las interacciones sociales, puede estar asociada a la abulia, pero también puede ser indicativa de que hay escasas oportunidades para la interacción social.

**Criterio Clínico.** El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (APA, 2014) especifica a la esquizofrenia como un trastorno que debe reunir los siguientes criterios:

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

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

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

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

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

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

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

**Clasificaciones.** La CIE-10 clasifica el trastorno esquizofrénico de la siguiente forma:

*Esquizofrenia paranoide.* En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos.

Ideas delirantes y alucinaciones más frecuentes:

Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.

Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal

Alucinaciones olfatorias, gestatorias, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales.

El curso puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados. El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica.

Pautas para el diagnóstico

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia y además deben predominar las alucinaciones o las ideas delirantes y ser relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad y del lenguaje y los síntomas catatónicos.

***Esquizofrenia hebefrénica.*** Forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial es inadecuada. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva.

Comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia.

Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, destaca el trastorno del pensamiento. Se pierden la iniciativa y la determinación, se pierde cualquier tipo de finalidad de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido. Además, la preocupación superficial y manierística por temas religiosos, filosóficos o abstractos puede hacer difícil al que escucha seguir el hilo del pensamiento.

Pautas para el diagnóstico

Para un diagnóstico seguro de hebefrenia normalmente es necesario un período de dos o tres meses de observación continua para asegurarse de que persiste el comportamiento característico.

***Esquizofrenia catatónica.*** Presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Durante largos períodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas y encorsetadas. Otra característica llamativa de este trastorno es la excitación intensa.

Pautas para el diagnóstico

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

- Estupor o mutismo.

- Excitación.
- Catalepsia.
- Negativismo.
- Rigidez.
- Flexibilidad cérea.
- Obediencia automática y perseveración del lenguaje.

***Esquizofrenia indiferenciada.*** Conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia pero que no se ajustan a ninguno de los tipos o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categoría deberá utilizarse únicamente para los cuadros psicóticos (excluyendo, pues, a la esquizofrenia residual y a la depresión postesquizofrénica) y sólo después de haber intentado clasificar el cuadro clínico en alguna de las tres categorías precedentes.

Pautas para el diagnóstico

- Satisfacen las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia.
- No satisfacen las pautas de los tipos catatónico, hebefrénico o paranoide.
- No reúnen las pautas para la esquizofrenia residual o la depresión postesquizofrénica.

***Depresión postesquizofrénica.*** Trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos "positivos" o "negativos" (más frecuentes). Rara vez son lo suficientemente graves o duraderos para satisfacer las pautas de un episodio depresivo grave y a menudo es difícil decidir qué síntomas del enfermo son debidos a una depresión, cuáles a la medicación neuroléptica y cuáles son expresión del trastorno de la voluntad y del empobrecimiento afectivo de la esquizofrenia por sí misma. Estos estados depresivos se acompañan de un alto riesgo de suicidio.

Pautas para el diagnóstico

- El enfermo ha tenido en los últimos doce meses una enfermedad esquizofrénica que satisfacía las pautas generales de esquizofrenia.
- Persisten algunos síntomas esquizofrénicos.
- Los síntomas depresivos son destacados, fuente de malestar y cumplen al menos las pautas de un episodio depresivo y han estado presentes por lo menos durante dos semanas.

***Esquizofrenia residual.*** Estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles.

#### ***Pautas para el diagnóstico***

- Presencia de síntomas esquizofrénicos "negativos" destacados
- Evidencia de que en el pasado ha habido por lo menos un episodio claro que ha reunido las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia.
- Un período de por lo menos un año durante el cual la intensidad y la frecuencia de la sintomatología florida (ideas delirantes y alucinaciones) han sido mínimas o han estado claramente apagadas, mientras que destacaba la presencia de un síndrome esquizofrénico "negativo".
- La ausencia de demencia u otra enfermedad o trastorno cerebral orgánico, de depresión crónica o de institucionalización suficiente como para explicar el deterioro.

***Esquizofrenia simple.*** Trastorno no muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso, aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan claramente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. Los rasgos "negativos" característicos de la esquizofrenia residual aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven ociosos y pierden sus objetivos.

#### ***Pautas para el diagnóstico***

- Desarrollo progresivo durante un período de tiempo superior a un año, de los síntomas "negativos" característicos de la esquizofrenia residual, sin que hayan existido antecedentes de alucinaciones, de ideas delirantes ni de otras manifestaciones de un episodio psicótico pasado, con cambios significativos en la conducta personal manifestados con una marcada pérdida de interés, ociosidad y aislamiento social.

## **Método Diagnóstico**

### ***La evaluación diagnóstica de la esquizofrenia debe incluir:***

- Historia detallada del paciente, basada en informes del propio enfermo y de sus familiares, con el fin de evaluar la personalidad y el funcionamiento global del paciente.
- Examen del estado mental.
- Una exploración física (incluyendo una exploración neurológica).
- Estudios de laboratorios habituales con análisis de bioquímica sanguínea y hemograma. Estos se utilizarán para descartar otras posibles causas de los síntomas como Trastornos orgánicos.
- Diagnóstico diferencial (Existe una serie de condiciones médicas que pueden presentar síntomas similares a los de la esquizofrenia, por lo que es necesario incluir siempre el diagnóstico diferencial en el proceso de evaluación diagnóstica).
- Diagnóstico de comorbilidad (La comorbilidad psiquiátrica, como por ejemplo la conducta suicida, los síntomas ansiosos y depresivos y los trastornos por consumo de sustancias, tienen a menudo un efecto negativo en el curso de la esquizofrenia, mientras que las comorbilidades médicas como la diabetes, pueden contribuir a reducir la vida media de las personas con esquizofrenia).

El diagnóstico de la esquizofrenia es eminentemente clínico y se realiza en base a la historia del desarrollo de los síntomas y signos, la entrevista clínica y la observación de las conductas de la persona afectada.

### **Descompensación en la esquizofrenia**

La descompensación o recaída consiste en la reaparición de síntomas de la enfermedad en una persona que habiendo sido diagnosticada de esquizofrenia estaba libre de ellos o los padecía de una forma atenuada. Esto provoca un cambio en el funcionamiento de la persona afectada o deterioro social. Como consecuencia de esto, se necesita un cambio en el manejo de la enfermedad que permita resolver esta situación de forma rápida. Las recaídas suponen pues un problema importante, pues empeorará la evolución de la enfermedad, aumentando las dificultades para el funcionamiento pleno y autónomo y lo que es más importante, pueden disminuir la respuesta a futuros tratamientos.

Con cada recaída, la recuperación se ralentiza y el curso de la enfermedad empeora, con pérdida de la funcionalidad, la calidad de vida y aumentando la dificultad para reestablecer el nivel de funcionamiento anterior, al mismo tiempo que conlleva resistencia al tratamiento (Janssen, 2021).

En los pacientes con esquizofrenia se evidencia que cuando hay una recaída reaparecen los síntomas positivos y negativos; por lo tanto, hay un retroceso a la fase aguda de la enfermedad, es decir, de mantenimiento. Lo anterior puede estar relacionado a que, si no hay un compromiso y un rol activo por parte del paciente, las consecuencias con cada recaída implican: deterioro cognitivo, aumento de la posibilidad de reingreso hospitalario, afectación de la calidad de vida y alteración de la evolución de la enfermedad, sin olvidar que esta problemática aumenta los costos del sistema de salud y del paciente en todos sus ámbitos.

Las recaídas son costosas, tienen un precio a nivel biológico porque hay pérdida de masa encefálica; a nivel psicológico porque el paciente se aleja de la normalidad en la adaptación a su entorno; a nivel social porque se aísla aún más; y a nivel económico porque, al final, acaban recibiendo más medicación para controlar los síntomas.

Una recaída implica tanto para el paciente como para la familia situaciones de sufrimiento, agotamiento emocional y limitaciones para recuperar el funcionamiento global de la persona que padece la enfermedad mental; además, para el sistema de salud representa un aumento de costos, pues implica un ajuste en el tratamiento

Para describir el fenómeno de las recaídas, Stuart G (2006) hace referencia a las fases plantadas por Ducherty: existen cinco fases de las recaídas, de las cuales las dos primeras no implican síntomas que indiquen psicosis. Esto es significativo porque es el momento crucial para intervenir; aquí, el paciente aún es capaz de buscar y usar la retroalimentación de forma constructiva. A continuación, se describen las fases de las recaídas:

- De desbordamiento: en esta etapa el paciente refiere sentirse abrumado. Los síntomas de ansiedad se intensifican y utiliza mucha de su energía para superarlos. Los pacientes describen que se sienten sobrecargados, incapaces de concentrarse para terminar sus tareas y tienden a olvidar palabras en la elaboración de las frases. Otros síntomas son el aumento del esfuerzo mental para realizar las actividades normales y la disminución de la eficacia por la facilidad para distraerse.

- De limitación de la conciencia: se caracteriza por la presencia de depresión. El paciente suele sentirse aburrido, apático, obsesivo, fóbico y puede producirse somatización.
- De desinhibición: los síntomas psicóticos aparecen por primera vez. Suelen haber alucinaciones y delirios que el paciente ya no puede controlar. Los mecanismos de defensa que antes tenían éxito tienden a fallar.
- De desorganización psicótica: en esta fase aparecen síntomas psicóticos evidentes. Las alucinaciones y los delirios se intensifican y al final el paciente pierde el control. Esta fase se caracteriza por tres etapas diferentes:
  - 1) Primera etapa: desestructuración del mundo exterior. El paciente ya no reconoce los entornos ni las personas familiares y pueden acusar a los miembros de su familia de ser unos impostores. Puede haber una agitación extrema.
  - 2) Segunda etapa: desestructuración del yo. El paciente pierde la identidad personal y puede referirse a sí mismo en tercera persona; se comporta “como un observador omnisciente y neutro”.
  - 3) Tercera etapa: intensamente psicótica. El paciente pierde absolutamente la capacidad para diferenciar la realidad de la psicosis; pierde su capacidad de control. En este punto es necesaria la hospitalización y es posible que la familia tenga que recurrir a medidas extremas para conseguir que ingrese a la institución hospitalaria. Estos hechos pueden afectar al paciente y familia ya que se convierten en situaciones devastadoras y vergonzosas.
- De resolución de la psicosis: se produce por lo general en un ambiente hospitalario. El paciente está medicado y todavía experimenta psicosis, pero los síntomas están controlados. Puede parecer que la persona sigue las instrucciones de una forma mecánica y a menudo parece aturdida. A muchos pacientes les dan de alta en esta etapa porque están estables a nivel motriz, aunque aún conserven alteraciones de los procesos cognitivos, pero ello no impide un nivel de convivencia.

## **1. Factores De Riesgo**

Algunos estudios se han centrado en profundizar en diferentes aspectos: en primer lugar, un conocimiento claro y preciso de los factores de riesgo a los que están expuestos los individuos y cómo estos, a su vez, afectan el funcionamiento de las personas e interfieren en el desarrollo de su

vida diaria. En segundo lugar, se hace necesario identificar tempranamente tanto los signos y síntomas de aparición de la enfermedad, como las formas de tratamiento farmacológico y no farmacológico, con el objetivo de establecer estrategias de prevención que incluyan el tener un conocimiento claro en el inicio de la aparición de la enfermedad.

Luego de haber descrito en detalle el concepto y las diferentes fases con las que cursan las descompensaciones o recaídas, es importante identificar las posibles causas que las producen con el fin de vigilar los síntomas, disminuir su gravedad y lograr la estabilización del paciente. La aparición temprana de recaídas y la no adherencia al tratamiento son factores que pueden afectar el curso de la esquizofrenia.

Entre los diferentes factores evaluados y reconocidos como causas de recaídas se encuentran:

### ***Psicoeducación***

La psicoeducación es una de las intervenciones psicosociales; tiene como fin brindar educación sobre la enfermedad y el tratamiento de manera que promueva la recuperación de los síntomas, prevenga las recaídas y contribuya al proceso de rehabilitación. Se ha demostrado que estas acciones incrementan el conocimiento, conciencia de enfermedad y el reconocimiento temprano de señales de alarma para prevenir las recaídas (Ahunca et.al, 2014)

Los temas principales de la psicoeducación son los aspectos clínicos fundamentales de la esquizofrenia (definición, causas, epidemiología, diagnóstico, recaídas y pronóstico), su tratamiento (beneficios y riesgos de los psicofármacos, adherencia al tratamiento e implementación de medidas no farmacológicas), rol de la familia en la enfermedad (emociones expresadas, habilidades comunicativas y solución de conflictos) y la influencia de la comunidad (servicios y centros de apoyo, estigma y habilidades para la vida social). Además, algunos autores incluyen temas como el uso de sustancias psicoactivas, vida de pareja y sexualidad, rehabilitación cognitiva y vocacional, técnicas de relajación y aspectos legales, entre otras (Sharif et.al, 2012).

En general, los estudios existentes sobre psicoeducación han mostrado beneficios en la disminución de síntomas, recaídas, hospitalizaciones, sobrecarga del familiar y estigma, y el aumento de la satisfacción de los pacientes con los servicios, es razonable complementar la farmacoterapia con la psicoeducación (Ospina, 2015).

### ***Acontecimientos Vitales Estresantes***

Las condiciones de vida estresante pueden estar dadas por diferentes estresores como situaciones económicas precarias, hambre, abandono, abuso o maltrato, sobrecarga laboral, disfunción familiar y vivencias negativas acumuladas que generan sobrecarga emocional y alteran de manera importante el funcionamiento del individuo.

Como estresores familiares se encuentra el soporte emocional que el sujeto experimenta dentro de su sistema familiar el cual es fundamental para un sano desarrollo emocional por el contrario sistemas familiares de características caóticas son determinantes en el desarrollo y mantenimiento de sintomatologías de las patologías mentales.

Los estresores psicosociales también juegan un papel muy importante, como con las vivencias negativas acumuladas, como las enfermedades físicas, la muerte de un ser querido, el deterioro funcional o la pérdida de independencia, se consideran eventos vitales que generan sobrecarga emocional y por consiguiente alteran de manera importante el funcionamiento del paciente y su recuperación.

Se toman en cuenta también los estresores laborales como la sobrecarga de trabajo, las situaciones de maltrato o el acoso laboral son considerados factores de riesgo en la prevalencia de las enfermedades mentales (Caycedo et.al, 2011).

### ***Abuso de sustancias como alcohol o drogas***

Para el caso del consumo de sustancias psicoactivas, algunos estudios revelan que la dependencia de determinadas drogas es en gran medida hereditaria y se desarrolla por la interacción de ciertos genes con otros factores individuales y ambientales. La exposición a las drogas puede afectar más a quienes tienen una predisposición genética a la drogodependencia que a quienes no la tienen. (Caycedo et.al, 2011)

La prevalencia de abuso de drogas en algún momento de la vida entre pacientes esquizofrénicos en un 47%, muy superior a la prevalencia en la población general.

Las consecuencias clínicas graves a las que se enfrentan los enfermos esquizofrénicos que consumen drogas merecen una atención especial. Se ha observado que los pacientes que consumen drogas o alcohol presentan más síntomas durante su ingreso, sufren recidivas con mayor frecuencia, tienen un peor funcionamiento psicosocial y un pronóstico más desfavorable de recuperación Presentan tasas más altas de violencia y de suicidio, tienen menos probabilidades de

ver satisfechas sus necesidades básicas de vivienda y alimentación y es menos probable que cumplan con su tratamiento.

Existen varios factores que pueden contribuir a la interacción deletérea de la mayoría de las drogas ilegales y la psicopatología de la esquizofrenia. Es posible que los enfermos dejen de tomar su medicación por miedo a sufrir interacciones negativas entre las drogas de la calle y los neurolepticos o porque el alcohol y las drogas de abuso interfieren con la memoria. Algunos no acuden a las citas ya concertadas como parte de su programa terapéutico si están "colocados", sobre todo porque el consumo o abuso activo de drogas puede poner en peligro las ayudas que reciben del tratamiento. Es posible que los pacientes esquizofrénicos que abusan de las drogas tengan menos recursos que los pacientes que no abusan de ellas (por ejemplo, una vivienda, un coche) y, por lo tanto, tienen mayores dificultades a la hora de adherirse a su programa de tratamiento aun cuando se sientan motivados para participar en los servicios. El consumo de cocaína puede resultar especialmente dañino en los sujetos con esquizofrenia debido a las consecuencias económicas y sociales tan graves que conlleva, así como al hecho de que la cocaína, al igual que otros estimulantes, ejerce su efecto en el sistema dopaminérgico, el cual se ha relacionado con la fisiopatología de las psicosis de la esquizofrenia y las recidivas (Shaner, et.al. 1998).

### ***Incumplimiento o cumplimiento parcial con el tratamiento***

Hace ya muchos años que se reconoce la eficacia de los antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia; sin embargo, el incumplimiento con los regímenes farmacológicos sigue siendo un problema importante para muchos individuos que padecen este trastorno. Obviamente, el no cumplimiento con la medicación antipsicótica de acuerdo con las pautas marcadas por el médico impide la estabilización tanto a corto como a largo plazo en áreas como la psicopatología, los reingresos, relaciones interpersonales, consumo de drogas ilegales y de alcohol, la frecuencia de actividades violentas o delictivas de otro tipo, así como la calidad de vida global (Weiden et.al. 1997).

En una extensa revisión, Fenton et.al. (1997) identifican diversos correlatos empíricos del incumplimiento farmacológico en la esquizofrenia:

A. Factores relacionados con el paciente - Grado de severidad de los síntomas - Insight pobre - Abuso de alcohol o drogas

B. Factores relacionados con la medicación - Efectos secundarios - Dosis subterapéuticas o excesivamente altas

C. Factores relacionados con el entorno - Soporte o supervisión inadecuado - Barreras prácticas, como falta de dinero o transporte

D. Factores relacionados con el clínico - Alianza terapéutica pobre Los autores concluyen que el no-cumplimiento es un problema clínico multideterminado y, por lo tanto, debe realizarse una evaluación y una intervención individualizada del mismo, que se centre en la buena relación médico-paciente.

De su extensa revisión, destacan tres estudios que ofrecen soporte empírico a la suposición clínica que una alianza terapéutica positiva facilita el cumplimiento médico. Citan un artículo de Nelson, et.al. del año 1975, en el que se afirmaba que el mejor predictor del cumplimiento en pacientes esquizofrénicos era “la percepción que el paciente tenía de que el médico tenía interés en él o ella como persona”. Otro estudio citado, de Marder et.al. publicado en 1983, concluyó que los pacientes esquizofrénicos ingresados que consentían la medicación neuroléptica eran los que puntuaban más alto en el grado de satisfacción con el personal sanitario y con el médico. Percibían que su psiquiatra les entendía y les ofrecía buenas razones para la toma de la medicación, a la vez que les informaba de los posibles efectos secundarios.

El estudio más reciente, de Frank & Gunderson, publicado en el año 1990, observó que el 74% de los pacientes con una parcial o pobre alianza terapéutica abandonaba el tratamiento prescrito. Por contra, sólo el 26% de los pacientes esquizofrénicos con buena alianza con su terapeuta eran no-cumplidores. En este estudio, la asociación entre la alianza terapéutica y el cumplimiento de la medicación era independiente de la severidad de la psicopatología del paciente, el tipo o dosis de medicación y el estatus del paciente (ingresado o ambulatorio). (Amell, 2002).

Por otro lado, los terapeutas cognitivos Williams & Beese (1997) señalan que las causas de incumplimiento no son sólo atribuibles a la falta de insight, sino que hay otros motivos relacionados con creencias y formulaciones cognitivas individuales, los sentimientos de desesperanza, el desacuerdo con el plan de tratamiento, los síntomas que no son vividos por el paciente de forma disfuncional, el rechazo al tratamiento por miedo y el rechazo por el riesgo de reducir la autoestima. Los autores únicamente incluyen dos factores que tienen que ver con el propio proceso enfermizo: la desorganización y la falta de insight.

Csernanky & Schuchart (2002) han resumido desde diferentes estudios los factores que se asocian al aumento del riesgo de recaída en pacientes con esquizofrenia. Su síntesis se agrupa en dos niveles:

- Relación con características de los pacientes: En el nivel del paciente destacan dos aspectos clínicos: la severidad de la psicopatología y un pobre insight, aunque ellos también han señalado que la comorbilidad con consumo de sustancias de abuso es un predictor de recaída
- Tratamientos: A nivel de los tratamientos se puede extraer la conclusión de que unos adecuados y suficientes servicios comunitarios con atención a domicilio pueden asegurar mejores seguimientos y cumplimiento de los tratamientos.

### ***Tratamiento***

El tratamiento eficaz de la esquizofrenia, y por tanto el pronóstico de la persona que la padece, se sustenta en 4 ejes principales: la pesquisa activa y precoz de la enfermedad, el diagnóstico correcto, el inicio temprano de un tratamiento que integre las dimensiones psicosociales y farmacológicas y la continuidad de éste a lo largo de la evolución del cuadro clínico. (Santiago, 2009).

El abordaje terapéutico de la Esquizofrenia se realiza de manera global, combinando diferentes tipos de tratamientos: el farmacológico y terapias psicosociales. En ambos, hay que tener en cuenta el paciente, tipo y lugar en que se realiza.

La medicación es una parte importante para el tratamiento de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico. Los antipsicóticos son la medicación principal, son un grupo de fármacos con la propiedad de influir en la acción de algunos neurotransmisores, sustancias químicas que están presentes en el cerebro y que median la relación entre neuronas, estos disminuyen los síntomas y previene las recaídas, el tipo de medicación y la dosis adecuada varían de una persona a otra, en función de sus características, el tipo de síntomas que manifiesta, efectos adversos y la preferencia del paciente o familiares. (Marder et.al. 2021).

Una persona vulnerable a presentar episodios de esquizofrenia puede tomar diferentes tipos de fármacos: antipsicóticos, de los cuales los llamados típicos, fueron los primeros y ahora se dispone

de los antipsicóticos atípicos, con grandes ventajas sobre los anteriores. También, pueden prescribirse ansiolíticos o tranquilizantes menores, hipnóticos o medicación para dormir y también en casos se pueden dar antidepresivos, pero siempre teniendo en cuenta que la medicación fundamental son los antipsicóticos, los otros medicamentos pueden ayudar a que la persona esté más tranquila o duerma mejor, pero no son medicaciones que verdaderamente logren que la persona mejore su relación con la realidad, controlando los síntomas del trastorno esquizofrénico, tampoco son capaces de prevenir las recaídas. Sólo los antipsicóticos logran compensar y prevenir las recaídas en el trastorno esquizofrénico.

### **Los fármacos antipsicóticos incluyen los neurolépticos típicos y atípicos.**

#### ***Típicos:***

- Clorpromazina
- Haloperidol

#### ***Atípicos:***

- Olanzapina
- Quetiapina
- Aripiprazol

Las personas afectadas tienen que aprender a conocer la enfermedad, a valorar su tratamiento medicamentoso, a reconocer al especialista en su tratamiento y a ver las cosas con optimismo, el especialista tiene que enseñarle al paciente a identificar las situaciones de riesgo en su vida y aprender a minimizar estos riesgos, con el apoyo de su familia, de su psiquiatra y otros profesionales de la salud mental. (Vargas, 2013).

La psicoterapia es muy útil en casos de esquizofrenia, no cura la enfermedad mental pero sí puede ayudar al enfermo a conseguir una mejora en su calidad de vida, es muy importante que la persona amplíe su espacio interior, es decir, que explore su afectividad, e se ayuda a estas personas a conocer sus emociones y sentimientos, a analizarlos, asumirlos y no temerlos, y también a reconocer y disfrutar de los momentos positivos de su vida. (Tajima et al. 2012).

Además, es esencial que la psicoterapia le ayude a entender que la enfermedad que padece es crónica y que tiene que aprender a convivir con ella.

El desarrollo de diversas terapias psicosociales como la terapia cognitivo conductual o la psicoeducación, son útiles como adyuvantes al tratamiento farmacológico, para mejorar la percepción emocional y social en los sujetos con esquizofrenia. Las intervenciones psicosociales están encaminadas a mejorar las relaciones interpersonales y dotar al paciente y a la familia de estrategias para lograr la rehabilitación del déficit cognoscitivo y del aislamiento social que produce la esquizofrenia. Deben, brindar apoyo, al paciente, familiares y cuidadores, para afrontar la discriminación y el rechazo. (Moller & Rodríguez, sf).

Es de gran importancia desarrollar en el paciente y en sus familiares técnicas y estrategias para identificar síntomas y circunstancias que estén relacionadas con las recaídas clínicas o con comportamientos de alto riesgo. La familia del paciente con esquizofrenia, con frecuencia, debe asumir privaciones económicas, aislamiento social y sobrecarga psicológica, además del estrés que ocasionan los síntomas psicóticos, las crisis de agitación y las hospitalizaciones.

Los programas de intervención familiar comprenden sesiones educativas, información sobre la etiología, curso, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, identificación de las causas estresantes relacionadas con las recaídas clínicas, identificación de las respuestas emocionales de los familiares ante el diagnóstico y el comportamiento del paciente, obtención de expectativas reales, mejoramiento de la comunicación intrafamiliar, entrenamiento en solución de conflictos y empleo de técnicas cognoscitivas comportamentales (Marder & Stroup, 2021).

La Rehabilitación vocacional es otra terapia de tipo individual que es útil con estos pacientes y encaminada a disminuir el déficit cognoscitivo y ayudar al paciente a encontrar un empleo que se ajuste a sus necesidades. (Santiago, 2009).

## **Diseño metodológico**

### **Tipo de estudio**

Cualitativo, de tipo fenomenológico. Se fundamenta en el estudio de las experiencias de vida, respecto de un suceso, desde la perspectiva del sujeto. Este enfoque asume el análisis de los aspectos más complejos de la vida humana, de aquello que se encuentra más allá de lo cuantificable.

### **Área de estudio**

Centro de atención psicosocial (CAPS) Alfonso Cortés en la ciudad de León

### **Período de estudio**

Abril-octubre del 2021.

**Población:** 534 pacientes con trastorno esquizofrénico atendidos en el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) Alfonso Cortés.

### **Muestra y muestreo**

25 Participantes, entre ellos; 8 pacientes entre las edades de 38-40 años, 10 cuidadores entre las edades de 40-70 años, 1 enfermera, 4 médicos psiquiatras y 2 psicólogas del centro de atención psicosocial en la ciudad de León.

**Tipo de Muestreo:** No probabilístico, por conveniencia, el muestreo por conveniencia es una técnica de muestreo no probabilístico y no aleatorio utilizada para crear muestras de acuerdo con la facilidad de acceso, la disponibilidad de las personas de formar parte de la muestra, en un intervalo de tiempo dado o cualquier otra especificación práctica de un elemento particular.

## **Criterios de inclusión**

### **Pacientes**

- Que estén diagnosticados con esquizofrenia
- Que reciban atención psiquiátrica y farmacológica en el centro de atención psicosocial Alfonso Cortes
- Que acepten voluntariamente participar en el estudio
- Que no se encuentren en fase aguda de su patología y presenten sintomatología leve según la escala PANSS

### **Cuidadores**

- Que acepten voluntariamente participar en el estudio
- Que sean de primer y segundo grado de consanguinidad con el paciente
- Que convivan en el hogar del paciente y supervise su tratamiento

### **Personal de salud**

- Que acepten voluntariamente participar en el estudio
- Que tengan relación directa con el control psiquiátrico del paciente.

## **Proceso de recolección de información**

Para la realización de este estudio se tomaron en cuenta los siguientes aspectos:

Se procedió a realizar una solicitud de permiso mediante una carta firmada por nuestra tutora (docente de la carrera de psicología), se entregó una copia a las autoridades correspondiente en el centro de atención psicosocial (CAPS) de León para la aplicación de entrevistas a pacientes, cuidadores y personal de salud. Una vez obtenido el permiso, se llegó a un acuerdo con el director de dicho centro para determinar el día, la hora y el lugar para llevar a cabo dichas entrevistas. Teniendo completa autorización para la realización de esta investigación, ya estipulado el día, la hora y el lugar, se visitó el centro de atención psicosocial en busca de los pacientes, cuidadores y personal de salud, que cumplieran con los criterios de inclusión para ser participantes del estudio. Se procedió a informarles en que consiste el estudio y la entrevista, dejando claro que se respetaría

la decisión de aquellos que no quisieran o desearan participar, y aquellos que deseaban participar se les explico que la información brindada seria utilizada meramente para fines investigativos y se mantendría en el anonimato; las entrevistas se llevaron a cabo por los integrantes del equipo de investigación y las sesiones duraron el tiempo que los participantes tardaron en contestar las preguntas que se les planteo. Posterior a esto se procedió a transcribir literalmente cada entrevista para luego ser codificada, categorizada y analizada en el programa MAXQDA 2020 cada respuesta obtenida de los participantes; y así obtener los resultados.

### Sesgos y control de sesgos

<b>Posibles sesgos</b>	<b>Control de sesgos</b>
<p><b>Sesgo de no respuesta</b></p> <p>Poca comprensión de las preguntas establecidas en las entrevistas realizadas.</p>	<p>Se realizó la prueba piloto en 3 pacientes voluntarios que no fueron parte de la muestra.</p>
<p><b>Sesgo de selección</b></p> <p>Falta de colaboración de los entrevistados.</p>	<p>Se explicará el propósito del estudio, y la confidencialidad de la información que estos brinden.</p> <p>Los participantes serán voluntarios, aspecto planteado en criterio de inclusión.</p>
<p><b>Sesgo de información</b></p> <p>Que los datos obtenidos en las entrevistas no sean fiables.</p>	<p>Se revisará que los instrumentos sean válidos y fiables.</p>

## **Instrumentos**

Entrevistas a profundidad. Las entrevistas a profundidad son un método de recolección de datos cualitativos que permiten recopilar una gran cantidad de información sobre el comportamiento, actitud y percepción de los entrevistados.

## **Plan de análisis**

Se realizó un análisis de contenido semántico. El análisis semántico pretendió ante todo estudiar las relaciones entre temas tratados entre los participantes, en base a las preguntas realizadas. Para ello se definieron los patrones de relaciones que se tomaron en cuenta de las respuestas planteadas. Se siguieron los siguientes pasos:

- Lectura literal
- Transcripción literal de las entrevistas
- Codificación
- Categorización
- Análisis interpretativo
- Los resultados se presentaron esquemas narrativos

## **Consideraciones éticas**

- La identidad de los participantes se mantuvo en el anonimato.
- Los datos proporcionados se mantuvieron estrictamente de forma confidencial.
- Las personas fueron informadas de su libertad de participar o no en el estudio.
- Se les proporcionó un documento de consentimiento informado a cada uno de los participantes del estudio.
- Se le informó a cada uno de los participantes de los objetivos, métodos y beneficios que conlleva el estudio.
- Los datos se utilizaron únicamente con fines investigativos.

## Resultados

Según los resultados obtenidos, en base a la participación de 25 personas, de las cuales 8 son pacientes con esquizofrenia entre las edades de 38-40 años, 10 cuidadores siendo madres, padres de los pacientes entre las edades de 40-70 años, 1 enfermera, 4 médicos psiquiatras y 2 psicólogas del centro de atención psicosocial en la ciudad de León a los que se les realizó entrevistas a profundidad. En las entrevistas se busca responder a la interrogante de investigación: ¿cuáles son los aspectos psicológicos relacionados con las recaídas en pacientes con esquizofrenia abordado desde el paciente, cuidador y personal de salud que asisten al centro de atención psicosocial? a través de diferentes objetivos que permitan profundizar en los conocimientos, pensamientos e importancia de dicho tema.

Mediante las entrevistas realizadas encontramos información relevante que responde a nuestro ***primer objetivo de investigación sobre la percepción que tienen los pacientes que acuden a consulta en el centro de atención psicosocial (CAPS), así como sus cuidadores y personal de salud, sobre la esquizofrenia.***

Con respecto a la percepción de la enfermedad sobre que es, sus síntomas, entre otros aspectos el nivel educacional, conocimiento de las características y consecuencias de la enfermedad está en relación con unos niveles menores de carga tanto para el cuidador, como para el paciente.

Algunos pacientes y cuidadores demostraron tener un vago conocimiento sobre los signos y síntomas de esta enfermedad, tal y como lo reflejan las siguientes afirmaciones:

*“Es un trastorno que viene provocado algunas veces con el tipo de comportamiento que tiene la persona y otras veces es genético”*

*“Ah sí, son ataques que te dan en el cerebro”*

*“No, a mí me dijeron que es malacrianza, que es braveza me dicen a mí. Va sobre la familia, sobre usted esa enfermedad”*

*“Lo manejamos como una enfermedad donde la persona es agresiva, se vuelve agresiva, cambian de modo de genio. A veces están de buenas a veces están de malas, a veces te agreden a veces no y a veces están pasivos”.*

*“La esquizofrenia es la temblazon que me da en todo el cuerpo y en las manos, desesperación, que no me estoy tranquila acostada ni sentada”.*

Un paciente con la suficiente información sobre su enfermedad, una autoimagen realista y un entorno que le refuerce, tiene altas probabilidades de aceptar su vulnerabilidad y ser consciente de la necesidad de que debe seguir un tratamiento médico y llevar a cabo una serie de cuidados.

Aún existe mucha desinformación acerca de la esquizofrenia. Uno de los factores que puede ayudar a favorecer la recuperación del paciente y facilitar su reintegración en la sociedad parte del conocimiento de la enfermedad.

La información es crucial para cambiar actitudes y minimizar la sobrecarga adicional que soportan tanto las personas que padecen la enfermedad como sus familiares, La salud mental depende de nuestro estilo de vida, de la calidad de las relaciones afectivas, de nuestra capacidad de amar y aceptar a los demás; y la sociedad en general, esta menos preparada para aceptar, comprender y ayudar a las personas con enfermedades mentales. Promover el conocimiento del trastorno esquizofrénico en familiares y afectados puede ayudar a mejorar la calidad de vida de estos (Rebolledo, sf).

La primera reacción al diagnóstico no se manifiesta de la misma manera en todos los pacientes y/o familiares, aunque en casi todos los casos esta sea negar la enfermedad. Por lo general, no tienen una buena opinión de sí mismos, ya que, sienten vergüenza o se creen culpables de lo que les sucede, por eso es importante que se den cuenta que estos sentimientos nacen de los prejuicios sociales. Esto se manifiesta en las siguientes afirmaciones:

*“si es un caso totalmente nuevo pues se asustan y empiezan a negarlo, se ponen incrédulos y lo atribuyen a que lo embrujaron o una serie de cosas, lo primero es eso, después viene la resignación eso lo logro ver ya a la tercera o cuarta cita cuando ellos observan que la persona no puede dejar de tomar fármacos porque la persona no puede ser la misma de antes ya desde que le dio la enfermedad, pero lo primero es la incredibilidad de lo que se le está diciendo.*

*“Hay que tener un trato muy especial para ellos, pero generalmente la gente es agresiva, no es fácil y hay que tener paciencia”.*

Por otra parte, tanto pacientes y familiares desde el momento de inicio de síntomas y todas sus manifestaciones, se sienten un poco más preparados emocionalmente o bien, resignados al diagnóstico:

*“Mi reacción bueno fue aceptarla, que voy a hacer, ya no puedo caminar”*

*“lo hemos venido pensando, que debía ser algo mental”*

*“ya sabíamos que no era una enfermedad como la hipertensión que yo padezco sino más bien que tenía que ver con un problema en su cabeza”*

Es un desafío para todos, pero con ayuda profesional se puede adoptar un estilo de vida que favorezca la salud tanto del paciente como del cuidador. Es importante que la persona analice sus sentimientos en relación con el diagnóstico, algunos creen ser menos, se sienten desdichados y necesitados de toda su situación y este engaño puede ser la principal barrera para tener un resultado satisfactorio.

Por otro lado, para comprender mejor la percepción que tienen sobre la esquizofrenia se debe también considerar los cambios significativos que han tenido tanto pacientes como cuidadores o familiares en su vida luego de empezar a convivir con esta enfermedad, cambios que han resultado favorecedores o, por el contrario, han llegado a disminuir la calidad de vida de estas personas, ya que como se sabe, El 90% de los pacientes con esquizofrenia dependen de sus familiares lo cual a menudo representa una sobrecarga que puede llegar a desarrollar psicopatología de tipo ansioso y depresivo, además de problemas económicos y sociales, (Gómez, 2009).

Los familiares principalmente se ven afectados negativamente su día a día por el estrés que produce tener en casa a un paciente con esquizofrenia, viven en función de las demandas del paciente alejándose del entorno social.

*“He tenido que pasar malos momentos con él, pasar mucha lucha, pruebas”*

*“me he enfermado mucho, llegue a enfermarme de hipertensión a causa de tanto sufrimiento por él pues, me he llegado a enfermar, un cambio total. Bueno, ya vergüenza ya no me da, porque es normal ya me lo han dicho, en su situación que él esta, al comienzo sí, pero ahora ya no me da tanta vergüenza de luchar con él, irlo a traer a las calles y todo eso me ha hecho mucho efecto en mi salud”*

*“ha sido algo muy terrible para mí porque he pasado experiencias que nunca me imagine atravesar porque ella de momento pierde el control y se me ha desaparecido en varias ocasiones”*

*“me decaigo físicamente y mentalmente, verdad, no duermo, no como, y vivo solo angustiado cuando se me ha perdido por varios días”*

A través de la realización de dichas entrevistas, también encontramos información relevante que responde a nuestro *segundo objetivo sobre los aspectos psicológicos personales, familiares y/o clínicos que han llevado a provocar recaídas en los pacientes con esquizofrenia que acuden a consulta en el centro de atención psicosocial (CAPS).*

Las recaídas de pacientes esquizofrénicos son multifactoriales, es decir, las razones para esto pueden ser diferentes en cada paciente. Aunque no todo es responsabilidad del paciente y sus cuidadores, el personal de salud también juega un papel muy importante en esto, y es que, la falta de empatía, el establecimiento positivo de una relación médico-paciente y la poca orientación brindada a pacientes y familiares, está sumergido dentro de los aspectos psicológicos que provocan estas recaídas (Rodríguez, sf).

Se encontraron dentro de los componentes socioeconómicos que conllevan a las recaídas de pacientes con esquizofrenia aquellos relacionados con los recursos económicos que posee el paciente o bien la familia de este, la capacidad de poder adquirir y suministrar los medicamentos correctos, proporcionar atención médica de calidad o bien satisfacer las necesidades del paciente en su día a día, así mismo aquellos relacionados con el estigma social, la falta de empatía por parte de conocidos o allegados a la familia, así como el poco apoyo económico-emocional de demás familiares, generalmente es una persona la encargada de supervisar cuidar y atender al paciente, que el mismo paciente no establece relaciones afectivas, se considera un marginado de la sociedad ya que no juega un rol como tal dentro del círculo social en el que está involucrado, y otro aspecto encontrado es el consumo de tabaco y alcohol que propicia las crisis o recaídas de los pacientes, afectando aún más su cuadro psicopatológico.

*“cuando el centro no nos da las pastillas nosotros hacemos el esfuerzo por comprarlas, pero se nos hace difícil”*

*“los vecinos lo maltratan, le gritan, a veces le quieren pegar”*

*“en las calles, aunque él no esté haciendo nada siempre le hacen algo, lo asustan”*

*“a veces él iba aquí cerca en un parque ahí jugaba con los niños, pero usted sabe, los padres le tenían miedo”*

*“Tal vez ellos no tienen el apoyo suficiente por parte de sus familiares entonces ellos recaen en crisis ansiosas, dificultad para dormir, porque hay pacientes que su familia los apoya, pero hay otros que no”*

*“yo antes trabajaba, ahora solo con mi pensión no me alcanza y mi familia no me ayuda en nada, ni me visitan”*

*“Si, son ataques de la enfermedad, no sé a qué se puede deber, a lo mejor porque fumo diario, yo lo compro”*

*“cuando mi mama no está en la casa yo me salgo a conseguir una botellita, siento que necesito tomar un poquito para sentirme un poquito bien”*

*“yo le digo a el que no tome, que no le hace ningún bien y aunque yo no le de dinero a él le regalan y yo ya estoy muy mayor no puedo andar cuidándolo fuera de la casa”*

*“por sustancias psicoactivas, consumo de drogas o puede ser también de un daño orgánico, o quizás hereditario, y en la parte emocional, quizás han sido abandonados o abuso sexual” – psicóloga.*

*“las causas más frecuentes de las recaídas pueden ser conflictos familiares, uso de psicotrópicos o psicoestimulantes, hay pacientes con esquizofrenia que consumen drogas, cigarrillos o alcohol y esas cosas pues hacen que ellos recaigan” –psiquiatra*

Dentro de los componentes personales encontramos que la mayoría de pacientes y familiares no conocen los síntomas, causas y consecuencias de la esquizofrenia, así como otras afectaciones que pueden padecer en el curso de esta enfermedad por la falta de cuidados o el no saber manejar la enfermedad, es así como la desinformación juega un papel crucial sobre la mejora del paciente tal y como podemos observar en las siguientes afirmaciones:

*“El porqué de sus recaídas no sabemos, bueno te puedo decir que, si hay mucha bulla, vivo entre medio de 3 cantinas, soy casa esquinera entonces los bolos hacen pleito y los cantineros los sacan para afuera, los pleitos terminan por frente de mi casa y a veces eso la altera. La vez pasada ella estaba bien, pero pegaron dos piedras en la puerta y ahí se levantó asustada y se descontroló”*

*“Yo he luchado para que ella no se descompense. Pero cuando estaba con su hija, era constante porque ella no le da el medicamento en el momento preciso”*

La falta de conocimiento conlleva diversas complicaciones que dificultan el manejo de la enfermedad (la autopercepción de una capacidad limitada para enfrentar las crisis) tanto de los pacientes como también de los familiares.

*“Solo me dijeron que tenía esquizofrenia, me dijeron de pastillas, medicamentos, inyecciones, pero nada más, después de tantos años a veces siento que no sé qué hacer”*

*“Bueno, lo básico, de que tenía que estar bajo tratamiento y tenía que estar constantemente con su medicamento para poder controlarlo”*

Tanto las personas afectadas como los familiares de estas, tienen que aprender a conocer la enfermedad.

El psicoterapeuta no cura esta enfermedad mental, pero si puede ayudar al enfermo y a su familia a conseguir una mejora en su calidad de vida. (Moller, 2005).

Si bien el medicamento juega un papel muy importante en la recuperación del paciente, la psicoeducación también es un pilar fundamental para la mejora en su calidad de vida.

Otro aspecto psicológico que provocan recaídas son las situaciones estresantes que experimentan los pacientes en su día a día, en muchos casos los mismos familiares presionan al paciente con respecto a su autocuidado lo que puede resultar frustrante para esta persona y afectar la estima de ellos mismos.

La teoría de Zubin y Spring (1997) “estrés-vulnerabilidad” hace referencia a que la enfermedad aparece como respuesta a un factor estresante sobre un individuo con algún grado de vulnerabilidad sea genética, bioquímica, cognitiva, etc.

*“Si, mis hijos me dicen que soy haragana, estuve en el manicomio como tres meses. Yo no hago nada”*

*“debe de estar pendiente de tomarse sus pastillas porque estoy muy ocupado trabajando, me dice mi hijo”*

*“a mí me cuida mi mamá, me dice que tengo que hacer caso porque ella está mayor, que no le dé problemas y que me tome mis pastillas, me bañe bien y le ayude en la casa, a veces yo me siento mal porque pienso que no sirvo para nada”*

Es aquí donde se evidencia que la implicación emocional tanto de pacientes como familiares, es fundamental en la terapia y/o rehabilitación, aun mas en las recaídas.

Otro componente a considerar dentro de los aspectos psicológicos que conllevan a recaídas de pacientes con esquizofrenia son los clínicos, dentro de estos aspectos encontramos a los fármacos, el uso correcto del medicamento y la adherencia del mismo, la asistencia a las citas médicas, el cuadro psicopatológico del paciente y el predominio de síntomas positivos y negativos.

Tanto el paciente como los familiares deben poner lo mejor de su inteligencia al servicio de su desarrollo y darse cuenta de que esto esta mediado por el buen control de su trastorno y el único objetivo es aprender a cuidar de sí mismo y saber beneficiarse del tratamiento para que lo contrario a esto no sea un factor determinante para futuras recaídas.

*“Nunca fallo al medicamento, siempre me los tomo porque si con medicamento me siento desesperada, ahora sin medicamento ni quiera Dios”*

*“solo me tomo las pastillas cuando me siento desesperada, le pido la pastilla a mi hijo y me acuesto”*

*“Por otro lado, que casi siempre es solo una persona la que se queda a cargo y los demás ocupan su vida en otra manera y son pocos los involucrados en realidad”*

*“diría que el tipo de fármaco hacia el brote psicótico o la falta de fármacos y cuando hay otro trastorno asociado también puede propiciar una recaída.”*

*“a veces no hay medicamentos, el acceso del medicamento de parte del centro ya que se trata de apoyar en todo lo posible al paciente”*

*“Lo primero es por falta de apego, pero también farmacológico, hay pacientes que vienen y si tienen su tratamiento específico no tienen por qué descompensarse, se descompensan porque les paso algo, pero hay que decirles que ellos pueden. Y respectos a los clínicos, al estar asociado a los psicotrópicos pues obviamente habrá más recaídas y un paciente que no se apega a su tratamiento igual tendrá más recaídas”*

*“Creo que todo tiene que ver, yo diría que todo porque a veces los psicólogos y médicos fallamos, porque a veces no orientamos, no instalamos una empatía, no profundizamos, entonces le vemos como algo mecánico, entonces es un problema de todos”*

*“Tal vez ellos no tienen el apoyo suficiente por parte de sus familiares entonces ellos recaen en crisis ansiosas, dificultad para dormir, porque hay pacientes que su familia los apoya, pero hay otros que no”*

*“yo ya no voy al CAPS porque ya no puedo salir, pero mis hijos van por el medicamento”*

El tratamiento de una persona con esquizofrenia incluye siempre evaluación integral, intervenciones psicosociales, farmacoterapia y servicios de apoyo. Estos componentes del tratamiento deben adaptarse a las distintas fases de la enfermedad, las que pueden reaparecer en distintos momentos de la vida del individuo. (Minsal, 2010).

Podemos decir que, la medicación antipsicótica es el acto terapéutico básico y fundamental, pero debe ser seguido de la atención a los problemas psicológicos, incluyendo la educación para la adherencia al tratamiento, orientación para la convivencia familiar y las necesidades de desarrollo personal que tiene la persona afectada.

*“La razón principal es su trastorno, por el mismo trastorno hace que pierda su contacto con la realidad y las ideas delirantes hacen que él crea que no tiene ninguna enfermedad, no hay capacidad de ver que tiene un problema. Y en segundo lugar yo diría que los fármacos, porque muchos fármacos tienen efectos adversos en los pacientes y empiezan a ponerle una serie de peros al medicamento”*

La razón de la no administración de los medicamentos que han referido el personal de salud la atribuyen a factores personales del paciente y al grado de compromiso de los familiares a cargo por cumplir con la rehabilitación o mantenimiento del paciente.

*“En parte también es porque el paciente casi siempre queda a cargo de un solo familiar entonces generalmente también tiene otras ocupaciones y no esté al tanto de estar vigilando”*

*“el poco apego al medicamento, es raro el paciente que lo tome por sí solo, casi siempre es el familiar el que insiste”*

*“pacientes que se encuentran compensados, como el paciente refiere sentirse bien, no tener recaídas, entonces ellos se desapegan del tratamiento porque piensan que no van a volver a sufrir alguna crisis, y en el caso de los familiares cuando ven al paciente estable, ellos optan por dejar al paciente a cargo del tratamiento, sin embargo, muchas veces el paciente puede enmascarar y aparentemente se ve compensado, pero no se toma el medicamento, porque mienten”*

Dentro de las entrevistas, podemos encontrar preguntas que nos ayudaron a recopilar información que responde a nuestro ***tercer objetivo: Acciones que llevan a cabo los familiares y personal de salud del centro de atención psicosocial (CAPS) en momentos de brote psicótico en el paciente.***

El paciente con esquizofrenia tiende a recaer en fase aguda o descompensación, situación en la que los síntomas psicóticos predominan en el paciente. La fase prodrómica son los cambios de comportamiento que suele experimentar la persona con esta enfermedad mental ante la crisis.

La intervención que se realiza en el CAPS es darles prioridad a estos pacientes, tomarlos como un caso primordial sea o no paciente atendido regularmente en este centro donde se les brinda control y seguimiento de su enfermedad. Sin embargo, el involucramiento familiar por el apoyo emocional que le brindan al paciente es otro factor clave (Santiago, 2009).

*“La familia es un factor clave, porque el paciente necesita ese apoyo, amor, comprensión y seguimiento. La familia es el apoyo #1”*

*“Pero cuando ella me dice: mamá las voces, mamá las voces me dicen esto, me dicen lo otro; yo ya corro a las pastillitas”*

*“O cuando se siente mal yo algo con ellos, si él me dice que quiere ir a momotombo yo lo llevo, me voy en una motito, yo siempre lo saco y todo, él dice lo que quiere”*

*“Bueno, dejo que se desahogue. Cuando ya se desahogó, trato de darle algo de comida, algo que le guste, por ejemplo, lo que le gusta es la comida. Ella es gordita, más alta que yo y entonces, platico con ella, leemos las escrituras sobre todo el salmo 91, y entonces ella como que vuelve en sí, así es la forma como he tratado”*

*“Ya estamos acostumbrados a tenerle más paciencia a no llevarle la contraria porque si le llevas la contraria no la ayudas a salir tienes que si ella dice voy a tal parte tienes que llevarla donde ella dice y después regresar a la casa para no llevarle la contraria porque no hacemos nada y así estoy para que no se enoje la llevo donde ella dice y después regresamos a la casa”.*

El apoyo de la familia es clave para ayudar al paciente, y a cualquier otro miembro de la familia, a superar las dificultades. Hay que apoyarse mutuamente para relevarse en los cuidados y tratamientos del paciente, de modo que la carga no recaiga solo sobre uno de ellos.

Lo mejor que se puede hacer es dialogar mas no ejercer autoridad, si la familia muestra su miedo o su dolor ante la situación, se creara un clima emocional de alto riesgo negativo para el afectado. (Moller, 2005).

En relación con nuestro tercer objetivo específico que trata de describir las estrategias de afrontamiento de los familiares en los estados de recaídas de los pacientes con esquizofrenia, podemos decir que la familia juega un papel crucial, y es el principal pilar sobre el cual se apoya el paciente, su anclaje con la realidad que le rodea y el sitio donde se sentirá más seguro.

Al conocer las diversas situaciones de crisis a las que se enfrentan, consideramos relevante tomar en cuenta las necesidades de informacion y apoyo profesional para el manejo de estas.

*“no pueden porque todo mundo tiene sus problemas y trabajan y no pueden ayudarme, no me ayudan casi con él entonces eso es lo que estoy viviendo. Cuando tiene una crisis bueno no puedo hacer nada, a él le pasa, solamente cuando no tiene tratamiento es que se pone así, entonces tengo que estar yo pendiente para que no entre en crisis, porque le entra crisis por quererse soltar, se me va desnudo a la calle”*

*“sencillamente yo a mi hija la trato con todo el amor, con todo el cariño y la dulzura que me sale del corazón como padre, me entiende. Buscando como calmar un poco aquel mal que está en ella”*

*“la trato de la manera más dulce, más cariñosa para poder ver si se controla cuando ella cae en esa etapa, en esa crisis”*

En el centro de atención psicosocial tanto psiquiatras como psicólogos abordan a estos pacientes con diferentes metodologías, siempre en pro de la mejoría tanto del paciente como de sus familiares.

#### *Manejo de la esquizofrenia desde el punto de vista psiquiátrico*

La relación médico-paciente es un elemento fundamental en el proceso asistencial del paciente, el eje central debe ser el paciente, sus necesidades y valores, y tratar de evitar la discriminación.

Una pérdida de confianza del paciente/familiares hacia el médico, perjudicara la adherencia al tratamiento y por ende la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador.

*“presentarme, les digo mi nombre, mi edad, cuanto tiempo tengo de estar laborando, luego les doy su espacio para que ellos también se presenten, después realizo la entrevista que corresponde*

*para llenar su papeleo, su historia clínica y todo eso, trato en lo posible de ganar la confianza de ellos, que se sientan cómodos a la hora de entrevistarlos, que se sientan en confianza y primero abordar al paciente y después al familiar, o en dependencia, si el paciente no está muy accesible entonces primero atiendo al familiar y en base a la información que me del familiar entonces yo trato de enfocar la temática con el paciente cuando yo lo atiendo”*

*“inicialmente se tiene que abordar al paciente, entonces uno entabla la plática con el paciente, trata de preguntarle cómo se siente, que es lo que siente, como ha pasado, como se ha sentido con el tratamiento o con el cambio de tratamiento si se ha hecho algún cambio, pero depende también del tipo del paciente, porque hay algunos que uno los aborda y ellos cooperan y contestan, pero hay pacientes que por su mismo estado, uno les pregunta y ellos se van por otro lado, y en muchas ocasiones, los familiares optan por no traer a los familiares agresivos, malcriados, porque ellos pues es difícil entonces se aborda solamente con el familiar”*

*“tener empatía con el paciente, con la familia, con el familiar no darle mala información sobre el paciente o la enfermedad”*

El profesional debe cumplir con brindar toda la información necesaria sobre dicha enfermedad tanto a pacientes como a familiares, ayudar a estas personas a conocer sus emociones y sentimientos, a analizarlos, asumirlos y no temerlos. Esto evitara que la enfermedad empeore y que el paciente sufra de recaídas.

*“se le explica primero en que consiste la enfermedad, luego la evolución, como es que se da, se le da tiempo también a la persona para que haga preguntas sobre su familiar, como desarrollo porque casi siempre preguntan qué, porque le dio eso a su familiar y de manera breve, concisa y clara, usando términos claros y sencillos para que ellos comprendan en que consiste la esquizofrenia y la evolución del trastorno”*

*“Es difícil pero cuando ya se tiene el diagnóstico se toma en cuenta a la familia para que también la familia conozca la patología del paciente y apoye. Tratamos de que el paciente se integre junto con el familiar”*

*“si el paciente esta compensado pues se trata de abordar la parte de la importancia del tratamiento, cumplir con el tratamiento y al familiar pues igual se le aborda el tema del cumplimiento del tratamiento para evitar recaídas e igual el manejo y trato de estos pacientes que*

*se les debe de dar un trato especial porque son pacientes que necesitan mayor cuidado, mayor atención, mayor paciencia para poder convivir con ellos”*

### *Manejo de la esquizofrenia desde el punto de vista psicológico*

La familia constituye el principal grupo de apoyo para el paciente, por ende, puede convertirse como un factor protector para el afrontamiento de situaciones estresantes o de las propias recaídas. Con psicoeducación, la familia puede generar bienestar y estabilidad, promoviendo disminución de los síntomas y ayudando a prevenir las crisis.

*“depende el ambiente familiar el cual paciente viene, tiene que ver mucho el problema que está pasando porque muchas veces para los pacientes es difícil lograr porque no pueden salir del problema, pero nosotros tratamos de ayudarlos siempre con la psicoterapia, tratar de que ellos siempre tengan una psicoeducación, de que tienen un problema pero que también pueden superarlo, que pueden salir adelante, motivarlos, para nosotros es importante el apoyo familiar, siempre tienen que apoyarlos a ellos”*

Esto juega un papel constructivo en la recuperación del paciente, la mayoría de ellos necesitan algún tipo de apoyo profesional para poder sobrellevar su día a día.

Con el tratamiento adecuado, una buena asistencia profesional tanto (psicólogos como psiquiatras) y el conocimiento necesario sobre la enfermedad de parte de la familia, la mayoría de personas con esquizofrenia pueden controlar su enfermedad.

*“es muy complejo pero nosotros estamos tratando de que en el ámbito psicosocial se quite toda la estigmatización, que no haya discriminación, que no es una enfermedad que te impida que tengas derechos, que te relaciones con otras personas, que no podas participar en actividades e incluso en los trabajos, eso no es una discapacidad, para que vos podas laborar como cualquier tipo de persona, nosotros lo que hacemos es dar charlas en los centros de salud, escuelas, municipios, para que se vaya quitando la estigmatización en la cultura de Nicaragua, en la sociedad, y que ellos sean aceptados, que la sociedad los vea como ser humano, como una persona normal, que quizá si está pasando por un proceso difícil pero de igual manera ellos tienen derecho”*

*“se le hace terapia cognitivo conductual y tratar de que ellos se ayuden de manera personal, hacer algún tipo de actividades, no tener la misma rutina, siempre buscar ayuda profesional o tener*

*algún vínculo social, mantenerse ocupado en alguna actividad o si trabaja, apoyarlos y motivarlos que sigan en su trabajo y lo más importante, que no dejen su medicamento, que siempre estén atentos al medicamento para no tener una recaída”*

*“se le da su enfoque en donde realmente la enfermedad incide, en primer lugar la toma de tratamiento, en aceptar que hay una enfermedad y que tiene que darle un seguimiento, el cual tiene que ver bastante la parte del autoestima, de que no se recuperan, que ya no quieren seguir porque siempre es lo mismo, así viene la baja autoestima en ellos, entonces explicarle al paciente que es una enfermedad crónica, que de momento va a estar consciente y en momentos perderá el control de su vida, desorientaciones o crisis de ausencia”*

#### *Papel de la sociedad en el proceso de rehabilitación del paciente*

La esquizofrenia ha estado vinculada a una serie de prejuicios sociales que tachan a los pacientes como agresivos, raros, vagos o un peligro para la sociedad, esto conlleva a que el paciente reprima sus relaciones sociales y todo por la falta de información sobre la enfermedad.

La estigmatización de las personas que padecen un trastorno mental tiene una influencia negativa en cuanto a encontrar un trabajo, una vivienda o mantener relaciones sociales con amigos o pareja y por ende conlleva a un empeoramiento de su enfermedad, sobrecarga familiar, desadaptación social, baja autoestima y depresión.

*“es muy complejo pero nosotros estamos tratando de que en el ámbito psicosocial se quite toda la estigmatización, que no haya discriminación, que no es una enfermedad que te impida que tengas derechos, que te relaciones con otras personas, que no podas participar en actividades e incluso en los trabajos, eso no es una discapacidad, para que vos podad laborar como cualquier tipo de persona, nosotros lo que hacemos es da charlas en los centros de salud, escuelas, municipios, para que se vaya quitando la estigmatización en la cultura de Nicaragua, en la sociedad, y que ellos sean aceptados, que la sociedad los vea como ser humano, como una persona normal, que quizá si está pasando por un proceso difícil pero de igual manera ellos tienen derecho”*

*“De forma indirecta, porque lo que hace la sociedad es agredirlos, discriminarlos”*

Los profesionales implicados (las psicólogas del CAPS) resaltan la importancia de incluir a la familia en el proceso de recuperación y destacan la necesidad de que la familia tenga las herramientas necesarias para el afrontamiento ante la enfermedad y sus crisis.

*“se hace lo que es la psicoeducación familiar, cuando ya el paciente logra venir con un acompañante o un familiar pues se le da un abordaje, se le explica el problema, la situación del paciente, tratamiento y el abordaje de cómo tratarlos a ellos, de cómo poderlos ayudar y más que todo, estar pendientes con el fármaco que es lo más importante, recordemos que esquizofrenia es ya una enfermedad”*

*“en el acompañamiento y seguimiento que tienen que darles en sus citas y aparte de eso, apoyarlos en terapias en casa que se recomienda hacer con el paciente, porque el paciente con esquizofrenia no les vas a hablar de una manera agresiva porque ellos tienen sus momentos de crisis”*

*“la familia, en el proceso del apoyo, acompañamiento, no discriminación, aceptación del paciente, que el paciente va a tener ese padecimiento”*

*“el familiar tiene que tomar las riendas del paciente y es ahí donde se le da el enfoque conductual, de la paciencia, la tolerancia”*

En relación con nuestros objetivos y los resultados obtenidos, podemos recalcar que los aspectos psicológicos más implicados con las recaídas son la interacción familiar, la falta de psicoeducación sobre la esquizofrenia, seguido por el consumo de sustancias y el uso inadecuado del tratamiento.

Se concluyó que existe una reducción en las tasas de recaídas en pacientes que son disciplinados con su terapéutica farmacológica, (Goldstein, 1995).

Después de una recaída las consecuencias son marcadas porque los pacientes se hacen dependientes de sus cuidadores, pierden sus capacidades mentales e intelectuales y la respuesta familiar ante el paciente no siempre es favorable debido al gran estrés que están sometidos.

## Discusión

Luego de presentar los resultados obtenidos por medio de la aplicación del instrumento, y con el propósito de contrastar el presente estudio con otras investigaciones, se realiza la siguiente discusión de resultados.

Desde el primer contacto con los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia del Centro de Atención Psicosocial CAPS, se pudo percibir angustia, desconocimiento y confusión, ya que muchas de las personas entrevistadas, por no decir la mayoría, eran de bajos recursos económicos, situación que se suma a la enfermedad del familiar; con gran necesidad de recibir la información y ayuda del profesional de salud, que en muchos casos no fue brindada cuando se dio el diagnóstico de su familiar.

En el estudio *“Una experiencia con grupos multifamiliares en pacientes con esquizofrenia”* (2008), la carga familiar aparece en relación a los síntomas negativos, disruptivos y hospitalizaciones psiquiátricas frecuentes y a los escasos conocimientos y recursos de afrontamiento por parte de los familiares. En ellos es habitual encontrar resignación, resentimiento sobre previos contactos con profesionales, miedo a que los cambios puedan empeorar las cosas y falta de motivación. Al inicio del tratamiento los cuidadores mostraban una importante sobrecarga, percibían un escaso apoyo social y presentaban un bajo nivel de conocimientos sobre la esquizofrenia a pesar de la duración de la enfermedad de los pacientes. La intervención multifamiliar mejoró el conocimiento sobre la esquizofrenia y redujo la carga de los familiares, pero no varió su percepción de apoyo social.

Vilaplana et.al (2007), plantean que la carga familiar experimentada por los cuidadores de personas afectadas de esquizofrenia constituye una de las consecuencias más relevantes del trastorno”. Navarro & Díaz (2007), consideran que las recaídas son frecuentes en la evolución del trastorno y, a, pesar de la eficacia demostrada por fármacos y terapias psicosociales, es posible que los pacientes vuelvan a necesitar reingresar en el hospital, durante el curso de su enfermedad. Para la prevención de estas recaídas es fundamental el aporte y el compromiso de la familia, en relación con la enfermedad del paciente”.

Según Battaglia & Schettini (2010) de Medellín - Colombia, las familias hacen parte central en el tratamiento psiquiátrico de pacientes hospitalizados. Esta inclusión en contexto ha permitido crear espacios de confrontación emocional y reflexión y, por este motivo, se crearon los grupos de

autoayuda, que tienen como fin aprovechar los recursos personales desarrollados para la intervención grupal y transformar la vivencia y la misma idea de la enfermedad mental. Por lo anterior, autores como Moreno & Bucchi, plantearon que la familia tenía un papel importante, en el cuidado de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental.

Dávila et.al (2012) de Medellín - Colombia, plantean que: las principales actividades del cuidador familiar en el hospital, son: de acompañamiento, entretenimiento, soporte emocional e intermediación; el desconocimiento de la actividad inhibe al cuidador familiar a realizar más actividades; si se educa y entrena al cuidador familiar en las actividades de cuidado, se harán más. Los profesionales desconocen lo que los familiares dicen que hacen; no consideran que muchas de las acciones del cuidador, sean realmente cuidados y creen que los cuidadores familiares no ayudan tanto como ellos esperan al cuidado básico de los pacientes.

Por las referencias obtenidas en el Hospital de Especialidad Psiquiátrico de la Caja Nacional de Salud, en el estudio *“Nivel de conocimiento de familiares concerniente a esquizofrenia en pacientes del hospital de especialidad psiquiátrico C.N.S. La paz,”* (2019), algunos pacientes de psiquiatría son rechazados y abandonados por la familia, brindando maltrato, vergüenza y demostrando desinterés a lo largo del tratamiento, debido a la manifestación de estigmas sociales frente a los trastornos psiquiátricos, que afecta tanto al paciente como a la familia. Por otra parte, la falta de cuidado por parte de los familiares en pacientes con patología de Esquizofrenia, facilita la aparición de los males como el trastorno depresivo, ansiedad, y problemas de conducta, hecho que no permite mejora en el paciente más al contrario acrecentamiento del problema psiquiátrico.

Según Fierro (2015), en su estudio sobre *Factores que inciden en las recaídas de pacientes con esquizofrenia y su tratamiento*, realizado en Guayaquil, Ecuador, encontró que, la alta emoción expresada, es decir situaciones familiares estresantes es el mayor factor de riesgo para sufrir recaídas y como segundo factor predominante se encuentra el consumo de drogas. De igual manera este estudio presenta resultados similares, debido a que en nuestros resultados se refleja que a lo largo del proceso de recuperación del paciente con esquizofrenia tiene a recaer en fase aguda o descompensación, situación en la que los síntomas psicóticos predominan sobre el paciente, la intervención realiza en el CAPS en primera instancia es tomarlo como un caso prioritario sea o no paciente atendido regularmente en este centro donde se les brinda seguimiento y control de su

enfermedad, sin embargo tanto los médicos como enfermeras y psicólogos que dan atención en este centro nos refieren que pese a prestar sus servicios a los pacientes lo más importante para el manejo de crisis es el involucramiento familiar por el apoyo emocional que le brindan al paciente.

Según Boussard (2020) en su estudio sobre la *Influencia del estrés psicosocial en el inicio y curso de la esquizofrenia*, realizado en Montevideo, Uruguay, indica que, Uno de los principales estresores son los acontecimientos vitales estresantes (AVEs). Estos son situaciones o acontecimientos que directa o indirectamente y subjetivamente y/u objetivamente provocan un cambio significativo en el medio personal del individuo, afectando el curso de su vida y que trae como consecuencia un reajuste o reorganización de la vida de una persona, no teniendo que ser de gran magnitud para que generen angustia. En este aspecto se puede relacionar con los encontrado en nuestros resultados sobre las recaídas de pacientes esquizofrénicos son multifactoriales, es decir, las razones para esto pueden ser diferentes en cada paciente, médicos, enfermeras y psicólogos del centro de atención psicosocial refieren que se debe al poco o nada de soporte familiar hacia el paciente lo que puede desencadenar en estas sintomatologías ansiosas, depresivas entre otras, además de que un gran porcentaje de estos pacientes dependen de la familia o cuidadores para el manejo de su tratamiento y asistencia a citas médicas.

## Conclusiones

Esta investigación tuvo como objetivo conocer los aspectos psicológicos relacionados con las recaídas de pacientes con esquizofrenia que asisten al centro de atención psicosocial (CAPS), con base en un análisis cualitativo con la intención de dar respuesta a nuestros objetivos y según los resultados obtenidos desde tres perspectivas diferentes como lo son el paciente, cuidadores y el personal de salud por los que son atendidos, se puede concluir que entre los aspectos psicológicos se encuentran aquellos relacionados directamente con el paciente como podría ser la poca información sobre síntomas, desarrollo y evolución de la enfermedad, aspecto que se atribuye no solo al desinterés por parte del paciente y cuidadores a conocer sobre el tema si no a la poca información proporcionada por los médicos psiquiatras, psicólogos/as y enfermeras del centro asistencial, por otro lado, se encontró que otros de los aspectos psicológicos asociados a la recaídas que involucran al personal de salud son la falta de empatía y el establecimiento de una pobre relación médico-paciente, en cuanto a los cuidadores el apoyo emocional y el involucramiento en el proceso terapéutico de recuperación es un aspecto fundamental para el paciente para poder reducir las probabilidades de recaídas.

Al analizar los aspectos psicológicos relacionados a las recaídas de pacientes esquizofrénicos, esta tesis ha demostrado cómo los procesos evolutivos en el curso y desarrollo de la enfermedad dependen no solo del paciente, sino que involucra el seno familiar y pone en evidencia el papel importante que juega el personal de salud y la sociedad en general para el buen manejo de la enfermedad, es obligación de todas las personas involucradas en la atención del paciente esquizofrénico, tratar de abarcar cada uno de estos aspectos, y trabajarlos de la mejor forma. Esto con la idea de mejorar al máximo la estabilización de la enfermedad y por ende disminuir las recaídas y el deterioro que ello implica para el paciente, su familia, su comunidad y el sistema de salud.

## Recomendaciones

Con base en estas conclusiones y para comprender mejor las implicaciones de estos resultados, se propone:

- Realizar más investigaciones para determinar las causas / efectos / relación entre factores o aspectos psicológicos y la disminución de caídas de estos pacientes.
- Que la autoridades del centro de atención psicosocial en la ciudad de león considereren los resultados para la elaboración de un plan de prevención de recaídas que se ajuste a la población de estudio.
- A través de la empatía y compromiso ético y moral como herramientas de una adecuada alianza terapéutica de la profesión del personal médico y de la salud que labora en el centro de atención psicosocial en la ciudad de león se fortalezca la relación terapéutica médico paciente y familia en todos los niveles de atención.
- Que las instituciones correspondientes consideren nuestros resultados para mejorar las redes de apoyo a nivel institucional y comunitario, para brindar un mejor seguimiento de los pacientes a nivel ambulatorio.
- Promover como parte del abordaje terapéutico ejercido por las psicólogas del centro de atención psicosocial en la ciudad de león a la psicoeducación que logre generar insight adecuado de la esquizofrenia en familiares y pacientes.

## Referencias bibliográficas

APA (2014) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Quinta Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Asociación Española de Pediatría. (2008). *Esquizofrenia*. Recuperado de Asociación Española de Pediatría : <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/esquizofrenia.pdf>

Bousarrd P. (2020). *Influencia del estrés psicosocial en el inicio y curso de la esquizofrenia, realizado en Montevideo, Uruguay*. Recuperado de: [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/26180/1/tfg\\_pboussard.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/26180/1/tfg_pboussard.pdf)

Caycedo, M., Herrera, S., & Jiménez, K. (07 de Abril de 2011). *Descripción de los factores de riesgo para recaída en pacientes con diagnóstico de trastorno mental*. Recuperado de Scielo: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiEw46Eg6\\_xAhVJneAKHaviDNMQFjAAegQIAxAD&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.co%2Fpdf%2Frecis%2Fv9n2%2Fv9n2a04.pdf&usg=AOvVaw30NOgNLN7j9PX0Yc7mqF6G](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiEw46Eg6_xAhVJneAKHaviDNMQFjAAegQIAxAD&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.co%2Fpdf%2Frecis%2Fv9n2%2Fv9n2a04.pdf&usg=AOvVaw30NOgNLN7j9PX0Yc7mqF6G)

Cibersam: Banco de instrumentos y metodologías en salud mental. (2015). *Inventario de Actitudes hacia la Medicación (Drug Attitude Inventory, DAI)*. Recuperado de cibersam: Banco de instrumentos y metodologías en salud mental: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos>

Cirici, R. (Septiembre de 2002). *La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos*.

Recuperado de Biblioteca virtual en salud: <https://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=IBECS&exprSearch=20202&indexSearch=ID&lang=e>

Crespo, M. (2019). *Prácticas religiosas asociadas a descompensación psiquiátrica en pacientes esquizofrénicos paranoides*. Recuperado de Repositorio Institucional de la Universidad de

Guayaquil: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/46376>

Departamento de Salud Mental. DIPRECE. (2009). *Guía Clínica: Para el tratamiento de personas desde el primer episodio de Esquizofrenia*. Recuperado de Biblioteca Virtual Ministerio de Salud:

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjakYWr8a7xAhXEY98KHdN2ClisQFjAJegQIAhAD&url=http%3A%2F%2Fwww.bibliotecaminsal.cl%2Fwp%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F04%2Fesquizofrenia.pdf&usg=AOvVaw3jthSK41M4dm4DKk>

Departamento de Salud mental. Servicio Murciano de Salud. (Junio de 2009). *Guía práctica clínica para el tratamiento de la Esquizofrenia en centros de salud mental*. Recuperado de

Guía salud: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_443\\_Esquizofrenia\\_Murcia.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf)

Fernández, R. (Junio de 2018). *Adherencia al tratamiento en pacientes Esquizofrénicos, actitudes de los pacientes hacia el tratamiento y estrategias para mejorar la adherencia*. Recuperado

de Repositorio Universidad de Cantabria:

<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14104/FernandezIturreguiRE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fierro, L. (2016). *Factores que inciden en las recaídas de pacientes con esquizofrenia y su tratamiento, estudio a realizarse en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Guayaquil 2013-2015*. Recuperado de Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/36512>

Fonseca, E. (2019). *Tratamientos psicológicos para la psicosis*. Ediciones Pirámides.

García, P., Moreno, A., Llovera, N., & Lahera, G. (27 de Mayo de 2012). *Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas*. Recuperado de Scielo: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352012000400005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000400005)

Gastaminza, T. (27 de Enero de 2009). *Esquizofrenia. Clínica. Clasificación diagnóstica*. Recuperado de Centre Londres 94: <http://www.centrelondres94.com/documento/esquizofrenia-clinica-clasificacion-diagnostica>

Grandón, P., Saldivia, S., Melipillán, R., Pihan, R., & Albornoz, E. (13 de Agosto de 2011). *Adaptación y validación de la Entrevista de Carga familiar Objetiva y Subjetiva (ECFOS) en población chilena*. Recuperado de Scielo: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v49n4/art03.pdf>

Stuart G, Laraia M. Enfermería psiquiátrica. Principios y práctica. 8ª ed. Madrid: Elsevier; 2006.

Llanos, M. (2010). *Actitudes de los Familiares de Pacientes con Esquizofrenia y Nivel de Conocimiento sobre la Enfermedad*. Obtenido de Repositorio Universidad Ricardo Palma:

[http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/344/Llanos\\_me.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/344/Llanos_me.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Lobato, M., & Rebolledo, S. (2005). *Como Afrontar la Esquizofrenia: Una Guía Para Familiares y Afectados*. Madrid, España.: Madrid: Grupo Aula Médica.

Méndez, O., & Fallas, K. (Diciembre de 2008). *Estudio Cualitativo: Factores Individuales, familiares y profesionales que inciden en la falta de adherencia al tratamiento en la esquizofrenia*. Recuperado de Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS):

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwji1ZL9ga\\_xAhXjUt8KHaMWDNEQFjAAegQIAxAD&url=http%3A%2F%2Fwww.binasss.sa.cr%2Fbibliotecas%2Fbhp%2Ftextos%2Ftesis21.pdf&usg=AOvVaw1XP6PLaZhEaMiyaglKL3KW](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwji1ZL9ga_xAhXjUt8KHaMWDNEQFjAAegQIAxAD&url=http%3A%2F%2Fwww.binasss.sa.cr%2Fbibliotecas%2Fbhp%2Ftextos%2Ftesis21.pdf&usg=AOvVaw1XP6PLaZhEaMiyaglKL3KW)

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Recuperado de Guía Salud: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_495\\_Esquizofr\\_compl\\_cast\\_2009.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf)

Murra D, Soza C & Sierra M. (2016). *Factores asociados a la esquizofrenia en pacientes atendidos en el hospital psiquiátrico Mario Mendoza de Honduras*. Recuperado de: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2015/pdf/RFCMVol12-2-2015-3.pdf>

National Institute of Mental Health. (2015). *La esquizofrenia*. Recuperado de National Institute of Mental Health: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/>

Nieto, J. (2019). *Nivel de conocimiento de familiares con respecto a esquizofrenia en pacientes del hospital de especialidad psiquiátrico C.N.S La Paz - 2018*. Obtenido de Repositorio Universidad Mayor de San Andrés :

<https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/22098/TM-1431.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rascón, M., Caraveo, J., & Valencia, M. (Diciembre de 2010). *Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México*. Recuperado de Medigraphic - Literatura Biomédica: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn106c.pdf>

Rascón, M., Valencia, M., Domínguez, T., Alcántara, H., & Casanova, L. (16 de Enero de 2014). *Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis*. Recuperado de Scielo: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000300008#](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000300008#)

Ruiz, H. G., Canals, R., Fortuny, A. Ò., & Patón, L. N. (2008). *Una experiencia con grupos multifamiliares en pacientes con esquizofrenia*. Obtenido de Servicio de Información sobre Discapacidad: SID: [https://sid.usal.es/idocs/f8/art12814/una\\_experiencia\\_con\\_grupos\\_multifamiliares.pdf](https://sid.usal.es/idocs/f8/art12814/una_experiencia_con_grupos_multifamiliares.pdf)

Servicios de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa. (2008). *Entendiendo la esquizofrenia: Una guía para las personas que sufren la enfermedad y sus familias*. Recuperado de Confederación Salud Mental España: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/entendiendo-la-esquizofrenia/>

Tellez, S., & Rizo, A. (Marzo de 2006). *Tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes psicóticos hospitalizados en el HEODRA y ambulatorios que acuden al CAPS, de la ciudad de León, en el periodo comprendido de enero a marzo del año 2005*.

Recuperado de Repositorio Institucional, UNAN-LEÓN:  
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/2126>

Vaughn, C. (1987). *Factores familiares en la recaída de pacientes esquizofrénicos* . Recuperado de Dialnet - Universidad de La Rioja:  
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwju86TH7q7xAhVRhuAKHYvvDyQQFjAAegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F65971.pdf&usg=AOvVaw1FvZts22XN-9kI1C34DIFu>

## Anexos

### Instrumentos de recolección de información

#### *Guía de preguntas para aplicar a los participantes*

##### Entrevista a paciente

1. ¿Sabe usted qué es la esquizofrenia? ¿Conoce los síntomas? ¿Cuántos años tenía cuando le detectaron esta?
2. ¿Cuál fue su reacción al darse cuenta de este diagnóstico? ¿El personal de salud que lo atendió le explicó en qué consistía el trastorno y sobre el uso de medicación?
3. ¿Cómo ha cambiado su vida desde que se dio cuenta de este diagnóstico?
4. ¿Desde hace cuánto tiempo acude al CAPS por consulta? ¿Alguna vez ha faltado a alguna cita programada? De ser así, ¿Por qué?
5. ¿El Dr. le ha prescrito medicamentos para controlar los síntomas? En caso de ser así, ¿alguna vez ha pensado en abandonar el tratamiento o lo ha dejado de tomar por cierto periodo de tiempo? ¿Por qué?
6. ¿Le provoca estrés su vida cotidiana ya sea en sus relaciones sociales, familiares o laborales? ¿Cómo lo afronta? Y ¿qué cosas hace o suceden cuándo presenta síntomas de la enfermedad?
7. ¿Alguna vez ha tenido usted una recaída a pesar de estar controlado con medicación y acudir a sus citas, cuántas veces ha pasado? Me puede explicar ¿a qué se debió esta o estas recaídas? ¿en algún momento o con regularidad consume Ud. alcohol, tabaco o algún tipo de sustancia adictiva?
8. ¿Ha influido su familia, y el personal de salud del CAPS ya sea por la atención o por la medicación en sus recaídas? Si es así, ¿qué aspectos han intervenido para que esto le ocurra?
9. ¿Cómo ha sido el trato que ha recibido de familiares, amigos y personal de salud del CAPS hacia su persona? ¿Considera que ellos han sido un apoyo en el transcurso de su diagnóstico?
10. ¿Qué es lo más complicado que ha tenido que pasar hasta el día de hoy a causa de la enfermedad, y cómo lo ha sabido afrontar?

##### Entrevista a familiares

1. ¿Sabe qué es la esquizofrenia? ¿Cómo se sintió cuando su familiar fue diagnosticado con esquizofrenia?
2. ¿Qué información le brindaron de dicha enfermedad al momento de comunicar el diagnóstico?
3. ¿Cuáles han sido los cambios más significativos que ha habido en su vida luego de este diagnóstico hacia su familiar?
4. ¿De qué manera apoya usted a su familiar para afrontar esta enfermedad?
5. ¿Sabe de otras formas para tratar la esquizofrenia?
6. ¿Cuál es su reacción o forma de ayudar a su familiar cuando está pasando por una crisis?

#### Entrevista a psiquiatra

1. ¿De qué manera informa tanto al paciente como a su familia cuando ha tenido que diagnosticar esquizofrenia?
2. ¿Qué reacciones ha notado en el paciente y su familia?
3. ¿Cómo establece la relación médico-paciente?
4. ¿Ha tenido problemas para que el paciente se tome el tratamiento y/o el familiar se lo supervise?  
¿Cuál cree usted que sean las razones más importantes?
5. ¿Cuáles considera usted sean los aspectos ya sean familiares, personales o clínicos que más inciden en la recaída de los pacientes con esquizofrenia?

#### Entrevista a psicólogas

1. ¿Cuáles considera usted son los aspectos psicológicos que inciden en las recaídas de estos pacientes?
2. ¿De qué manera se involucra la familia en el proceso de intervención psicológica de estos pacientes?
3. ¿De qué manera se involucra la sociedad en el proceso de intervención psicológica de estos pacientes?
4. ¿Qué estrategias brinda a los pacientes para trabajar las recaídas?
5. ¿Cómo afrontan los pacientes las situaciones estresantes y dificultades en su día a día?

### Entrevista a enfermeras

1. ¿Qué tanta información les brinda a los pacientes sobre su enfermedad?
2. ¿Cuáles considera usted son los aspectos psicológicos que inciden en las recaídas de estos pacientes?
3. ¿Cuál es el seguimiento brindado a los pacientes esquizofrénicos?
4. ¿De qué manera se abordan las recaídas en estos pacientes?