

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROGRAMA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**REPERCUSIÓN DE LAS REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES DE LA MEDICACIÓN
ANTIPSICÓTICA EN LA ACTITUD EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI,
AREQUIPA -2015**

Presentado por :

Bach. Idalia Margareth Luna Ramírez

Para obtener el Título Profesional de:

Licenciada en Enfermería

AREQUIPA - PERÙ

2015

PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que Ud. dignamente dirige presento a su consideración y a la señoras miembros del Jurado el Presente Trabajo de Investigación **“REPERCUSIÓN DE LAS REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES DE LA MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA EN LA ACTITUD DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA -2015”**

Requisito indispensable para optar el Título Profesional de Enfermería.

Espero que el presente trabajo sea de conformidad y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Junio del 2015.

Idalia Margareth Laura Luna Ramírez

Agradezco a mis padres por su apoyo y guía durante todos estos años para poder alcanzar mis metas y forjarme un futuro.

Amor son tus palabras de aliento, tu apoyo incondicional y la fortaleza que me brindaste lo que me hizo llegar hasta aquí, gracias Bertty Giron Palomino.

A mis maestras agradecer por cada una de sus enseñanzas y su calidad como personas y profesionales.



INDICE

RESUMEN	13
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN	15

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	16
1.2 LA DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	16
1.3 JUSTIFICACION	18
2. OBJETIVOS	19
3. MARCO CONCEPTUAL	19
I. Psicofármacos	19
1) Definición:	19
2) Clasificación:.....	20
3) Antipsicóticos	20
II) Esquizofrenia	24
1) Tipos de Esquizofrenia:.....	25
2) Epidemiología.....	27
3) Etiología	28
4) Fisiopatología.....	34
5) Cuadro Clínico	35
6) Diagnóstico	40
7) Tratamiento	42
III) Actitud	48
1) Definiciones de Actitud.....	48
2) Componentes de la Actitud	49
3) Funciones de la Actitud.....	50
4) Tipos de Actitud	51
5) Formación y Desarrollo de la Actitud.....	53
6) Teorías de la Actitud	54

IV) Cuidados de Enfermería en Pacientes Esquizofrénicos que reciben medicación antipsicótica	55
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	57
5. HIPOTESIS	57

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTO Y CAMPO DE VERIFICACIÓN	59
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	60
2.1. UBICACIÓN ESPACIAL	60
2.2. UBICACIÓN TEMPORAL	60
2.3. UNIDADES DE ESTUDIO	60
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS	61
4. CRONOGRAMA DE TRABAJO	62
RESULTADOS	63
CONCLUSIONES	78
RECOMENDACIONES	79
ANEXOS	
BIBLIOGRAFIA	
INFOGRAFÍA	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Repercusión de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud de los pacientes esquizofrénicos - según edad.....	64
TABLA 2: Repercusión de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud en pacientes esquizofrénicos según género	65
TABLA 3: Repercusión de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud en pacientes esquizofrénicos según tiempo de enfermedad	66
TABLA 4: Repercusión de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud en pacientes esquizofrénicos según el conocimiento de las reacciones extrapiramidales	67
TABLA 5: Repercusión de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud en pacientes esquizofrénicos según el tipo de reacciones extrapiramidales que producen la medicación	68
TABLA 6: Repercusión de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud en pacientes esquizofrénicos según percepción de incomodidad frente a las reacciones extrapiramidales	69
TABLA 7: Repercusión de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud en pacientes esquizofrénicos según la frecuencia de síntomas de las reacciones extrapiramidales	70
TABLA 8: Repercusión de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud en pacientes esquizofrénicos según percepción de control de los síntomas de las reacciones extrapiramidales	71
TABLA 9: Repercusión de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud en pacientes esquizofrénicos según la actitud hacia la medicación antipsicótica	72

TABLA 10: Repercusión de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud en pacientes esquizofrénicos según edad y actitud.....	73
TABLA 11: Repercusión de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud en pacientes esquizofrénicos según tiempo de enfermedad y actitud	74
TABLA 12: Repercusión de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud en pacientes esquizofrénicos según tipo de reacciones – extrapiramidales que le produce la medicación y actitud.	75
TABLA 13: Repercusión de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud en pacientes esquizofrénicos según la frecuencia de estos síntomas y actitud.....	76
TABLA 14: Repercusión de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud en pacientes esquizofrénicos según percepción de control de los síntomas y actitud	77

Repercusión de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud en pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa 2015

Idalia Margareth Laura Luna Ramírez¹

RESUMEN:

El presente estudio tiene como objetivos precisar las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica, identificar la actitud de los pacientes hacia dicha medicación y establecer la repercusión de las reacciones extrapiramidales en la actitud de los pacientes. La investigación se ubica en el campo de ciencias de la salud, en el nivel relacional y es de corte transversal. La técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento la ficha de entrevista estructurada y la escala validada de Medida de la Actitud hacia la Medicación Antipsicótica de Hogan que fue aplicada a 30 pacientes atendidos en una semana en consultorio externo del Centro de Salud Mental Moisés Heresi. Las conclusiones a las que se llegaron fueron que el mayor porcentaje de reacciones extrapiramidales son los movimientos involuntarios, siguiendo protusión de lengua y movimiento de maxilares. La actitud hacia la medicación antipsicótica es positiva y una minoría tiene una actitud negativa y esta influye en cuanto a la edad y tiempo de enfermedad.

Palabras Claves: Reacciones Extrapiramidales – Antipsicóticos - Actitud

"Impact of extrapyramidal reactions of antipsychotic medication in the attitude of schizophrenic patients from the Mental Health Center Moisés Heresi, Arequipa 2015"

ABSTRACT

This research aims to clarify the extrapyramidal reactions of antipsychotic medication, identify the attitude of the patients to the antipsychotic medication and establish the impact of extrapyramidal reactions in the attitude of patients. The investigation is located in the field of health sciences at the relational level and cross-sectional. The technique used was the interview and the instrument was the data-structured interview and the validated scale of Measuring the Attitude toward Antipsychotic Medication from Hogan, that was applied to 30 patients that were attended during a week in the

¹ Idalia Margareth Laura Luna Ramírez

margarth.02@gmail.com Calle Cahuide N° 311 Alto Selva Alegre

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

outpatient department from the Mental Health Center Moisés Heresi The conclusions were that the highest percentage of extrapyramidal reactions are involuntary movements, followed by protrusive tongue and jaw movement The attitude towards the medication of antipsychotics is positive and a minority have a negative attitude and it is influenced by age and time of sickness.

Keywords: extrapyramidal reactions - antipsychotics - attitude.



INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una psicosis que afecta a más de 21 millones de personas en el mundo, que repercute en los diferentes aspectos de la vida de los pacientes que les aqueja esta enfermedad, no obstante también se ven afectado sus familiares quienes son los que les brindan su tiempo y apoyo .

El tratamiento que reciben los pacientes abarca terapias ya sean de grupo o personales, pero también tratamiento farmacológico, ellos reciben antipsicóticos que son fármacos que actúan directamente sobre el sistema nervioso central y atenuan los síntomas que produce la enfermedad.

Los antipsicóticos por su acción directa sobre el sistema nervioso tiene reacciones secundarias, efectos anticolinérgicos y también reacciones extrapiramidales como: sialorrea, disquinesias, temblor fino y acatisia; estas reacciones van a producirse en los pacientes que reciben este tratamiento.

De otro lado no debemos olvidar como va sentirse el paciente ante su enfermedad y sobre todo ante las reacciones que trae consigo su tratamiento ; lo cual fue motivo para realizar este trabajo de investigación que busca establecer cuál es la actitud que toman los pacientes ante las reacciones extrapiramidales de los antipsicóticos, el cual se llevara a cabo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi en el presente año.

El contenido de la presente investigación esta ordenado en capítulos el primero contiene el planteamiento teórico y el segundo el planteamiento operacional, finalmente los resultados y anexos.

El siguiente estudio fue realizado para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Repercusión de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud en pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa - 2015

1.2 LA DESCRIPCION DEL PROBLEMA

1.2.1) Ubicación del problema

- a. Campo: Ciencias de la Salud
- b. Área: Enfermería en la Salud Mental y Psiquiatría
- c. Línea: Medicación Antipsicótica

1.2.2) Tipo y nivel del Problema

- Tipo : De campo
- Nivel : Relacional, de corte transversal

1.2.3) Análisis de variables

El estudio tiene 2 variables

- Independientes: Reacciones Extrapiramidales
- Dependientes: Actitud hacia la medicación antipsicótica

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Reacciones Extrapyramidales	<p>DATOS DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Tiempo de enfermedad - Tipo de esquizofrenia 	<ul style="list-style-type: none"> - 20 a 50 años - Masculino - Femenino - 1 a 5 años - 6 a 11 años - 11 a más - Catatónica - Hebefrénica - Paranoide
Actitud hacia los antipsicóticos	<ul style="list-style-type: none"> - Sialorrea - Disquinesias - Temblor fino - Crisis oculogírica - Distonias agudas - Acatisia 	<ul style="list-style-type: none"> - Diariamente - Semanal - Nunca
	<ul style="list-style-type: none"> - Aceptación de la medicación antipsicótica - Pensamientos claros - Prevención de reacciones cansancio y lentitud 	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud positiva - Actitud negativa

1.2.4) INTERROGANTES DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa - 2015 ?
- ¿Cómo es la actitud hacia la medicación antipsicótica en pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa - 2015 ?
- ¿Cuál es la repercusión de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud en pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa - 2015 ?

1.3 JUSTIFICACION

“La esquizofrenia es una enfermedad mental que la padecen cerca de 21 millones de personas en todo el mundo , alrededor de 7 por mil de la población adulta, la mayor parte en el grupo de entre 15-35 años; es un trastorno tratable que resulta eficaz en sus etapas iniciales “².

Más del 50% de las personas con esquizofrenia no están recibiendo la atención adecuada por lo que la prevalencia es alta debido a la cronicidad.

Uno de los factores que va estar relacionado o puede ser determinante durante la administración del tratamiento es la actitud que va asumir el paciente ante ella, está es una específica disposición mental de como tomar una nueva experiencia, por lo cual esta experiencia es cambiada; o también una condición de predisposición para cierto tipo de actividad lo que nos indica que si el paciente debido a los efectos y reacciones que produce la medicación antipsicótica va desempeñar un rol importante en como el paciente va percibir este tratamiento.

Por tanto debido a que esta patología afecta a muchas personas a nivel mundial ,las cuáles deben ser sometidas a un tratamiento antipsicótico combinado con psicoterapia y tratamientos físicos para de esta forma

²) Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.uci.edu.py>. Consultado : 15 de Marzo del 2015.

poder mantenerla compensada y es prácticamente de por vida que deben recibirla , esta investigación nos permitirá tener una visión de la actitud positiva o negativa que pueden asumir los pacientes ante la medicación antipsicótica debido a las reacciones extrapiramidales que produce el mismo. De esta forma podremos comprender porque algunos pacientes llegan a rechazar o abandonar el tratamiento, permitiéndonos orientarnos de cómo podemos educar a nuestros pacientes y así poder mantenerlos compensados en cuanto a su enfermedad ;además de guiar a los familiares que los acompañan.

Tiene relevancia científica ya que aportará nuevos conocimientos que permitirá a los profesionales de enfermería y otros de la salud que tratan con pacientes que padecen esta enfermedad para mejorar la calidad de atención que se brinda y así mismo su rehabilitación y reinserción social.

2. OBJETIVOS

- Precisar las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moises Heresi ,Arequipa - 2015
- Identificar la actitud de los pacientes hacia la medicación antipsicótica en pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moises Heresi Arequipa - 2015
- Establecer las repercusiones de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud en pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moises Heresi, Arequipa - 2015

3. MARCO CONCEPTUAL

I. Psicofármacos

1) Definición:

Los psicofármacos son sustancias químicas de origen natural o sintético que tienen una acción específica sobre el psiquismo, es decir, estos llegan a modificar la actividad mental. Incide sobre la

función, la conducta y la experiencia psíquica. Los psicofármacos no son curativos, pues no actúan sobre la etiopatogenia de las enfermedades mentales.

2) Clasificación:

- Depresores profundos del Sistema Nervioso Central- Psicolépticos
 - a) Antipsicóticos
 - b) Ansiolíticos
 - c) Hipnóticos

- Estimulantes del Sistema Nervioso Central- Psicoanalépticos
 - a) Antidepresivos
 - b) Xantinas
 - c) Anfetaminas

- Perturbadores del Sistema Nervioso Central- Psicodislépticos

3) Antipsicóticos

Son fármacos que habitualmente, aunque no exclusivamente, son usados para el tratamiento de las psicosis.

*“Los neurolépticos ejercen modificaciones fundamentalmente en el cerebro y pueden servir en casos de esquizofrenia para, por ejemplo, atenuar las alucinaciones, y mayormente en dosis terapéuticas no presentan efectos hipnóticos”*³. Se han desarrollado varias generaciones de neurolépticos, la primera de los antipsicóticos típicos, descubiertos en la década de 1950. La segunda generación que constituye un grupo de antipsicóticos atípicos, los cuáles han sido descubiertos en los últimos años y son más usados en la actualidad. Los dos tipos de medicamentos, los típicos y atípicos, bloquean los receptores de la vía de la dopamina en el cerebro. Algunos efectos colaterales incluyen la ganancia de peso, agranulocitosis, la discinesia y acatisia tardía.

³ Alarcón, Renato D. Psiquiatría 2da. Edición. Washington: Manual Moderno 2005. Pàg.653.

3.1) Clasificación de los Antipsicóticos:

a) Antipsicóticos típicos (clásicos)

- Su acción antipsicótica se ejerce al bloquear los receptores dopaminérgicos D2.
- Son eficaces sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia.
- Tienen muchos efectos adversos, sobre todo extrapiramidales.

b) Antipsicóticos atípicos (nuevos)

- *“Su función como antipsicótico se ejerce no sólo como antagonista de los receptores dopaminérgicos D2, sino también de los de la serotonina, histamínicos y muscarínicos”⁴.*
- Estos presentan un espectro de mayor eficacia, incluyendo los síntomas negativos y positivos.
- Pueden ocasionar menos efectos adversos como una baja incidencia de efectos extrapiramidales, además de una mínima afectación de la prolactina y otras hormonas

La eficacia en el tratamiento de todos los antipsicóticos tradicionales es prácticamente la misma. Cada paciente responde mejor a unos medicamentos que a otros, pero la diferencia individual no se traduce en los porcentajes globales de respuesta a cada fármaco.

En cambio hay diferencias importantes en el perfil de reacciones adversas. Bajo el punto de vista clínico, los dos efectos más relevantes son las reacciones extrapiramidales y la sedación. Y los de menor relevancia son los efectos anticolinérgicos y la hipotensión ortostática.

⁴ Alarcón, Renato D. Psiquiatría 2da. Edición. Washington: Manual Moderno 2005. Pàg.656.

Los efectos secundarios extrapiramidales son junto con la falta de respuesta, los principales factores limitantes de los tratamientos antipsicóticos

3.2) Reacciones de los Antipsicóticos:

“Los efectos adversos de los antipsicóticos incluyen la resequeadad bucal, rigidez muscular, calambres, tremores y ganancia de peso. Los efectos secundarios extrapiramidales incluyen signos como la acatisia, parkinsonismo, distonías y otros”⁵.

a) Los efectos secundarios anticolinérgicos:

Estos pueden deberse por los neurolépticos o como por los anticolinérgicos administrados para mejorar las reacciones extrapiramidales, o al efecto en suma de los dos. Los efectos anticolinérgicos pueden ser periféricos, como la sequedad de boca, la disminución de la sudoración y de las secreciones bronquiales, la visión borrosa (por inhibición de la acomodación, la presencia de glaucoma de ángulo cerrado es contraindicación absoluta), las dificultades miccionales (a tener en cuenta en pacientes prostáticos) y el estreñimiento. Y centrales de los fármacos con problemas en la concentración, atención y memoria”

b) Reacciones Extrapiramidales

“Los neurolépticos convencionales o de primera generación, son de alta potencialidad extrapiramidal y notables efectos antialucinatorios y antidelirantes”⁶. En dosis elevadas estos pueden desencadenar efectos extrapiramidales que se manifiestan en tres formas fundamentales:

⁵ Bipolarweb.Antipsicoticos. [Sitio en Internet]. Disponible en: www.bipolarweb.com/antipsicoticos.htm. Consultado: 17de marzo del 2015

⁶ Farmacos Antipsicoticos Neurolepticos.[Sitio en internet].Disponible en: www.cpimtz.sld.cu. Consultado: 17 de marzo del 2015

- La acatisia o imposibilidad de estar sentado, cuadro caracterizado por una sensación de inquietud, ansiedad y agitación que afecta entre el 20-40 % de los pacientes tratados con neurolépticos y sólo alrededor del 20 % requiere de una intervención farmacológica.
- El Parkinsonismo, cuadro que aparece por lo general a las dos o tres semanas después de haber iniciado el tratamiento con neurolépticos, y se caracteriza por: temblor, rigidez, hipertonia corroborada por el signo de la rueda dentada, bradicinesia, sialorrea, bloqueo postural y oscilaciones pendulares. Puede asociarse o no al "síndrome del conejo" (temblor involuntario peri-oral que recuerda los movimientos al masticar de los conejos). Es más frecuente en ancianos y en hombres jóvenes tratados con antipsicóticos de elevada potencia.
- Y como manifestación más ruidosa, la distonía aguda, más frecuente en hombres jóvenes, que utilizan los neurolépticos de alta potencia. Se identifica básicamente por la hipertonia de los músculos del cuello, lengua, (fasciculaciones linguales), cara y espalda y de la presencia de opistótonos . Son molestas, dolorosas y producen pánico en el paciente. Existen pródromos entre tres y seis horas antes de su expresión total, que permiten identificar la evolución de ésta en el enfermo. Las distonías agudas si no son tratadas rápidamente pueden provocar dislocaciones articulares y asfixia. En caso de que tome la musculatura laríngea, este cuadro constituye una "urgencia médica" y requiere de cuidados intensivos.

“Muchos de los efectos secundarios de los antipsicóticos proceden del bloqueo postsináptico de los receptores dopaminérgicos, lo cual provoca una variedad de síntomas extrapiramidales, como distonía aguda, síndrome parkinsoniano, acatisia, acinesia, discinesia tardía

y el *síndrome neuroléptico maligno*⁷. Todas ellas tienen un componente motor involuntario (espasmos, contracciones, distorsiones de cuello y cara) o rigidez como de Parkinson.

Los síntomas extrapiramidales se tratan profilácticamente con medicación anticolinérgica.

c) Síndrome neuroléptico maligno:

En algunos casos, un paciente con tratamiento antipsicótico puede desarrollar un trastorno potencialmente fatal conocido como síndrome neuroléptico maligno : rigidez grave y frecuentemente manifiesta cambios de estado mental, que incluyen delirios, fuerte ansiedad, hipofonía o mutismo, y eventualmente catatonia, fiebre, leucocitosis, taquicardia, cambios anómalos en la presión arterial, taquipnea y sudoración .

II) Esquizofrenia

La esquizofrenia es una psicosis la cual produce una gran perturbación en las relaciones sociales, familiares y labores de las personas que la padecen, ésta se inicia generalmente en la adolescencia, que tiende a evolucionar y convertirse en una enfermedad crónica, para la cual no existe un tratamiento curativo actualmente, lográndose solo una remisión de los síntomas con el uso de antipsicóticos.

*“La esquizofrenia se caracteriza principalmente por la presencia de alucinaciones, ilusiones, paranoia y pensamiento confuso”*⁸. Pueden presentarse uno o más de los síntomas, también síntomas caracterizados dentro de otros síndromes neuróticos o desórdenes de la personalidad, de tal manera que todavía no se esclarecen los límites que definen a un paciente esquizofrénico.

⁷ Alarcón, Renato D. Psiquiatría 2da. Edición. Washington: Manual Moderno 2005. Pàg.83.

⁸ Liberman, Jeffrey. Tratado de Esquizofrenia. Barcelona: Editorial ARS Media 2008.pàg.187.

1) Tipos de Esquizofrenia:

a) Paranoide:

Puede aparecer a partir de los 20-25 años y después de los 35-40 años ya no aparece.

Se caracteriza principalmente porque la persona tiene ideas de persecución y daño, además de alucinaciones auditivas.

b) Catatónica:

Se caracteriza por periodos de extrema apatía y excitación intensa. En la fase de apatía el paciente presenta estupor, rigidez muscular, negativismo, catalepsia y flexibilidad ceréa; mientras que durante el periodo de excitación tiene una actividad impulsiva que puede ser desde una leve agitación hasta tornarse violento. Cada fase puede durar horas, días o semanas y el cambio de fase a fase puede ser brusco y rápido.

- Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al entorno y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo.
- Excitación (actividad motriz aparentemente sin sentido, insensible a los estímulos externos).
- Catalepsia (permanecer voluntariamente en posturas extravagantes e inadecuadas).
- Negativismo (aparente resistencia sin motivación a cualquier indicación o intento de desplazamiento o presencia de movimientos de resistencia).
- Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser desplazado).
- Flexibilidad cérea (mantener los miembros del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior).
- Obediencia automática (se cumplen de un modo automático las indicaciones que se le dan) y perseverancia del lenguaje

c) Hebefrénica:

Este tipo de esquizofrenia es la que tiene el peor pronóstico y aparece entre los 15-16 años y aquí esta alterada la esfera del afecto. Embotamiento afectivo y abulia.

“Forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias ; es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos”⁹. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Tiende a permanecer solitario y el comportamiento carece de un propósito y de resonancia afectiva. 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. Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes pero no son predominantes. El paciente pierde la iniciativa y la determinación, además de cualquier tipo de finalidad, de tal forma que el comportamiento de la persona parece confuso y vacío de contenido. También, la preocupación superficial por temas religiosos, filosóficos o abstractos puede que resulte difícil al que lo escucha seguir el hilo del pensamiento.

⁹ Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia. [Sitio en internet]. Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/> . Consultado: 15 de Marzo de 2015.

2) Epidemiología

La esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, pero no es tan común como muchos otros trastornos mentales. Es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). Asimismo, los hombres desarrollan esquizofrenia generalmente a una edad más temprana.

La esquizofrenia es una de las enfermedades que se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar en el desempeño educativo y laboral.

“Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una temprana edad que el conjunto de la población”¹⁰. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas. Por ejemplo, la prevalencia de la diabetes en esquizofrénicos es entre 2 y 3 veces mayor que en el conjunto de la población. Esto se debe en parte al modo de vida de las personas con esquizofrenia y en parte al tratamiento antipsicótico: ambos factores pueden provocar aumento de peso.

Los esquizofrénicos suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos.

- **Antecedentes familiares:**

La prevalencia de la esquizofrenia es mayor en un porcentaje del 10 % en los parientes de primer grado de sujetos con esquizofrenia, este índice es aún más alto en familias con varios miembros que presenten esta enfermedad.

“La incidencia de la esquizofrenia va aumentar mientras más estrecha sea el grado de consanguinidad; en cuanto la similitud genética es del 50 %, la incidencia oscila entre 8 % y 14 %; pero

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia. [Sitio en internet]. Disponible en : <http://www.uci.edu.py> . Consultado: 15 de Marzo de 2015.

cuando la similitud es mayor, la incidencia se eleva hasta alcanzar entre 39 % y 47 %¹¹. Hay evidencia de que el heredar la esquizofrenia está aproximadamente en un 80 % . Por ende llegaría a resultar que en la descendencia de dos esquizofrénicos, un tercio serían esquizofrénicos, otro tercio 'excéntricos', y solo un tercio, 'normales'

3) Etiología

Las causas de la esquizofrenia han sido objeto de mucho debate, habiendo diversos factores propuestos, teniendo como algunos favorables y otros modificados o descartados a través de los años. *"La investigación científica sugiere que la genética, el desarrollo prenatal, el medio ambiente en la vida temprana del individuo, la neurobiología y teorías psicológicas y los procesos sociales, son algunos de los factores más importantes¹²".* Las investigaciones actuales en psiquiatría en el desarrollo de este trastorno a menudo se basan en un modelo centrado en cuanto al desarrollo neurológico.

Aunque no se ha podido identificar una causa común de la esquizofrenia para todas las personas diagnosticadas con la enfermedad, en la actualidad la mayoría de los investigadores y los clínicos sugieren que los resultados favorecen una combinación de ambos factores cerebrales (ya sea congénita o adquirida) junto con acontecimientos durante las etapas de vida de la persona después de su nacimiento. Está ampliamente adoptado el método que se conoce como modelo de "vulnerabilidad al estrés", y el debate científico se centra en que gran parte sobre su contribución real de cada uno de estos factores al desarrollo y mantenimiento de la esquizofrenia. La esquizofrenia es más comúnmente diagnosticada por primera vez durante la adolescencia tardía o adultez temprana, lo que sugiere a menudo que es el proceso final de la niñez y la

¹¹ Liberman, Jeffrey . Tratado de Esquizofrenia . Barcelona: Editorial ARS Media 2008.pág 53

¹² Liberman, Jeffrey . Tratado de Esquizofrenia . Barcelona: Editorial ARS Media 2008.pág 188

adolescencia. Hay en promedio un inicio poco antes para los hombres que para mujeres, teniendo como posible influencia la acción de la hormona femenina estrógeno, encabezando las hipótesis de la causa de la diferencia de aparición en los dos sexos, y la influencia sociocultural que también juega un papel importante que aún no se precisa del todo.

La principal causa de la esquizofrenia permanece aún desconocida, y posiblemente no sea solo una. Lo más probable es que varios sean los factores que intervengan en su aparición, tal como el estrés ambiental, y ciertas condiciones psicosociales. Aunque múltiples investigaciones apuntan a que puede tener un origen orgánico este trastorno, todavía se carece de un modelo consensual que explique su variada sintomatología clínica, por lo cual se clasifica dentro de los «trastornos funcionales» y no puramente «orgánicos», tal como es la enfermedad de Alzheimer. En vista de que los síntomas positivos de la esquizofrenia son atenuados por medicamentos adecuados, se reconoce por tanto una base no sólo funcional, sino también neurológica del trastorno. Además, se tiene la certeza que en la esquizofrenia aparece un exceso de dopamina, que es un neurotransmisor cerebral.

- **Aspectos genéticos**

“Hay evidencia sobre la heredabilidad de la esquizofrenia, que ha llegado a estimarse por sobre un 80% y hasta un 87%.Aun así, la investigación actual estima que el ambiente juega un considerable rol en la expresión de los genes involucrados en el trastorno”¹³. Esto es, que poseer una carga genética importante no significa que la condición vaya a desarrollarse necesariamente. Los estudios aún están sujetos a interpretación.

¹³ Alarcón, Renato D. Psiquiatría 2da Edición. Washington: Manual Moderno 2005. pág.368

Un campo abierto a la investigación actual y de rápido y continuo desarrollo es la genética molecular, que ha tratado de identificar los genes que pueden elevar el riesgo de desarrollar una esquizofrenia. Sus resultados aún son frágiles, y es claro que pueden variar en los próximos años.

Se establece que el riesgo de padecer esquizofrenia es mayor cuando existen antecedentes de esta enfermedad en la familia y que el riesgo va aumentar a medida que el grado de afinidad genética con el miembro de la familia sea más estrecho. Por otro lado, la supuesta base genética de la esquizofrenia fue cuestionada hasta fines de los años 60, argumentándose que el factor familiar puede deberse a las diferentes dinámicas e interacciones de las familias afectadas.

Aún no es posible afirmar cuáles son las variaciones que se generan en los genes que aumentan el riesgo de tener esquizofrenia y se requiere de mayores investigaciones antes de definir exactamente los mecanismos patogénicos mediante el cual las variaciones genéticas estudiadas aumentan el riesgo de esquizofrenia. Por lo tanto es posible afirmar que la esquizofrenia tiene una base genética, sin embargo, el mecanismo exacto de la herencia aún sigue siendo desconocido.

- **Factores prenatales:**

Algunos estudios han obtenido evidencia de que eventualmente la esquizofrenia puede desarrollarse a partir de factores no genéticos. En caso de que no exista un desorden esquizofrénico en la historia familiar de una paciente esquizofrénico, *“es muy probable encontrar una historia de complicaciones alrededor del momento del nacimiento, tales como infecciones por virus influenza durante el primer trimestre del embarazo, desnutrición materna o asfixia*

*perinatal*¹⁴, teniendo como resultado mayor probabilidad de presentar los síntomas de esta enfermedad.

Se puede pensar que algunos factores causales provienen de principios del desarrollo neurológico del individuo aumentando el riesgo de desarrollar esquizofrenia después del nacimiento. Existen pruebas de que la exposición prenatal a ciertas infecciones aumenta el riesgo de desarrollar esquizofrenia más tarde en la vida, dando más evidencia de una conexión entre ciertas enfermedades del desarrollo intrauterino y el riesgo de desarrollar la enfermedad.

Otro factor que también ha sido investigado es la posibilidad de una migración neuronal anormal durante el neuro-desarrollo como resultado de un defecto estructural que ocurre en las primeras etapas de vida y produce deficiencias que, junto con factores ambientales, por ejemplo, el estrés, llevan a síntomas esquizofrénicos en la adolescencia y la edad adulta.

- **Factores Ambientales:**

Se han estudiado una serie de factores de riesgo ambientales relacionados con la esquizofrenia, tanto de tipo biológico como de tipo psicosocial y durante distintas etapas del desarrollo (pre y perinatal, niñez temprana y ulterior, adolescencia y edad adulta temprana) .*“Nacer a finales del invierno o a principios de primavera se ha asociado con un riesgo 5 a 10% mayor de desarrollar esquizofrenia”*¹⁵, esta asociación aparece más fuertemente en las latitudes más altas y con inviernos más severos. Entre los factores de riesgo durante la infancia, esta el trauma psicosocial (como por ejemplo el abuso sexual), la cual se ha asociado con un incremento del riesgo de desarrollar esquizofrenia. Del mismo modo se ha

¹⁴) Liberman, Jeffrey . Tratado de Esquizofrenia . Barcelona: Editorial ARS Media 2008.pág 53

¹⁵ Liberman, Jeffrey . Tratado de Esquizofrenia . Barcelona: Editorial ARS Media 2008.pág 54

asociado con la separación y muerte de los padres y conflictos durante la crianza. En la adolescencia, el consumo de marihuana se ha vinculado a incrementar el riesgo de desarrollar esquizofrenia, sin embargo, algunos expertos sugieren que más que una relación de causa efecto, el consumo de la marihuana puede ser el factor desencadenante en la aparición de esquizofrenia en personas vulnerables o modificar la expresión de la enfermedad pero no producir que el riesgo de desarrollar la enfermedad sea mayor.

- **Teoría Hiperdopaminérgica:**

La hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia ha persistido como la predominante a lo largo de las tres últimas décadas. La convicción creciente de que los agentes antipsicóticos actúan terapéuticamente disminuyendo la transmisión dopaminérgica central condujo a la teoría dopamínica de la esquizofrenia. En su forma más simple, esta teoría explica la esquizofrenia como una hiperactivación de las vías dopaminérgicas cerebrales. Sin embargo, aunque existen multitud de resultados que respaldan este planteamiento, en la actualidad no disponemos de evidencia experimental de un exceso de actividad dopamínica o de un aumento de niveles de DA en las sinapsis centrales de los sujetos esquizofrénicos. *“Esta hipótesis se basa en la idea de que los efectos terapéuticos de los fármacos antipsicóticos son debidos a su acción sobre los receptores dopaminérgicos, bloqueándolos y, por tanto, reduciendo la transmisión dopaminérgica”*¹⁶. El grado y potencia de este bloqueo es paralelo a su eficacia clínica. El concepto de un sistema dopaminérgico hiperactivado viene avalado también por la acción de sustancias agonistas dopaminérgicas, que agravan o inducen cuadros psicóticos. Desde la primera formulación de la hipótesis dopaminérgica han sido innumerables los estudios que han intentado corroborar la hiperactividad de la DA en el cerebro de los pacientes esquizofrénicos. Los resultados obtenidos no han ido siempre en esta

¹⁶ Alarcón, Renato D. Psiquiatría 2da Edición. Washington: Manual Moderno 2005. pág.376

dirección, hecho que ha permitido afianzar la noción progresiva de la enorme complejidad de la transmisión dopamínica en el cerebro. La hipótesis dopaminérgica se ha visto enriquecida por aportaciones recientes de otros campos de estudio, como la neuropatología, la neuroquímica de otros neurotransmisores, la neurofisiología, etc.

- **Drogodependencia**

“Las correlaciones biológicas entre toxicomanía y esquizofrenia tienen un fundamento más claro en el caso de las drogas alucinógenas y anfetaminas que en las opiáceas, como la heroína”¹⁷.

Son casi la mitad de todos los pacientes con esquizofrenia los que realizan el consumo de drogas, por esto ha sido difícil de demostrar una clara relación de causalidad entre el consumo de drogas y la esquizofrenia. Las dos explicaciones más aceptadas para esta relación, son que el uso de drogas puede provocar esquizofrenia o que el uso de drogas es una consecuencia de la esquizofrenia, y es posible que ambas sean correctas. *“Un meta-análisis del 2007 calcula que el consumo de cannabis está estadísticamente asociado con un aumento dosis-dependiente del riesgo de desarrollo de trastornos psicóticos, incluyendo la esquizofrenia”¹⁸.* *“Hay poca evidencia para sugerir que otras drogas como el alcohol causen la psicosis, o que los individuos psicóticos eligen fármacos específicos para su automedicación”¹⁹*; no es total la aceptación a la teoría de que se usan las drogas para hacer frente a los estados desagradables como la depresión, la ansiedad, el aburrimiento y la soledad.

¹⁷ Hwang ,Michael . Ezquizofrenia y Patologías ,Diagnóstico y Tratamiento . Barcelona: Editorial Masson, 2003. pág.189

¹⁸ Wikipedia la Enciclopedia libre. Esquizofrenia. [Sitio en internet]. Disponible en : www.es.wikipedia.org. Consultado: 15 de Marzo de 2015.

¹⁹ Hwang ,Michael . Ezquizofrenia y Patologías ,Diagnóstico y Tratamiento . Barcelona: Editorial Masson, 2003. pág.188

La adicción alcohólica co-mórbida con esquizofrenia en hombres y mujeres se relaciona con un mal cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico y con tasas más altas de hospitalización, comparada con esquizofrenia sola y puede tener un curso desfavorable debido al hecho de que la adicción alcohólica lleva a una reducción de las funciones sociales y cognitivas.

4) Fisiopatología

“La dopamina es uno de los principales neurotransmisores involucrados en la génesis de la esquizofrenia. El planteamiento actual del funcionamiento dopaminérgico radica en la presencia de un estado hipodopaminérgico en la corteza prefrontal y un estado hiperdopaminérgico, principalmente en los ganglios basales”²⁰.

Las alteraciones que se producen a nivel bioquímico están directamente relacionadas con la actividad de la Dopamina. Se ha encontrado que se produce una mejora significativa de los síntomas, con fármacos que bloquean los receptores de dopamina, así mismo, la administración de anfetaminas en pacientes normales induce síntomas psicóticos similares a los encontrados en la esquizofrenia. *“Las anfetaminas están relacionadas con la liberación de catecolaminas (dopamina). Estos dos hechos pueden sugerir que la aparición de los síntomas esquizofrénicos están relacionados con el aumento en los niveles de dopamina liberada”²¹* Sin embargo, no se ha encontrado aumento en los precursores de la dopamina y además, el parkinsonismo que puede coexistir con la esquizofrenia, se caracteriza por estados hipodopaminérgicos. Estos hechos sugieren que la causa de la esquizofrenia puede estar dada por un desarrollo de hipersensibilidad postsináptica de los receptores de dopamina, más que por un aumento de los niveles de la dopamina misma. También se encontrarán alteraciones en los niveles de

²⁰ Alarcón, Renato D. Psiquiatría 2da Edición. Washington: Manual Moderno 2005. pág.383

²¹ Liberman, Jeffrey . Tratado de Esquizofrenia . Barcelona: Editorial ARS Media 2008.pág 84

serotonina, pero aún no se puede concluir si se produce por un exceso o por una deficiencia.

“En el Sistema Nervioso existen cuatro vías Dopaminérgicas (es decir, Neuronas que sintetizan y liberan Dopamina) relevantes para entender tanto la fisiopatología de la enfermedad como la respuesta a la medicación y la aparición de efectos secundarios”²².

Los Síntomas Positivos de la Esquizofrenia se relacionan con la vía Mesolímbica que es Hiperfuncionante (mayor cantidad de Dopamina), y los Síntomas Negativos con la Vía Mesocortical que es Hipofuncionante (mínima cantidad de Dopamina). Donde las cantidades de dopamina, están afectadas en algunas partes del Sistema Nervioso por exceso o por déficit; esto nos da pistas de las dificultades que pueden surgir a la hora de tratar los síntomas.

5) Cuadro Clínico

No existe un signo o síntoma que sea patognomónico de la esquizofrenia. Es una enfermedad que se presenta con una diversidad de síntomas por esta razón es que son agrupados, basados en el elemento clínico esencial de cada categoría. La definición actual de las psicosis establece que los síntomas de la esquizofrenia deben estar presentes durante al menos un mes en un período de al menos seis meses. Una psicosis de tipo esquizofrénica de menor duración se suele denominar trastorno esquizofreniforme. *“La esquizofrenia suele presentarse por primera vez en la adolescencia o juventud temprana; es más precoz en los hombres que en las mujeres, y tiene en ellos un curso más deteriorante”²³.*

Muchas veces esta es una condición que persiste a lo largo de la vida de una persona, pero también hay quienes pueden recuperarse de ella. Los prejuicios cognitivos identificados en personas esquizofrénicas, o con riesgo de esquizofrenia (especialmente cuando

²² Liberman, Jeffrey . Tratado de Esquizofrenia . Barcelona: Editorial ARS Media 2008.pág 85

²³ Alarcón, Renato D. Psiquiatría 2da Edición. Washington: Manual Moderno 2005. pág.380

están bajo estrés o en situaciones confusas), incluyen: demasiada atención a posibles amenazas, el saltar a conclusiones, hacer atribuciones externas, problemas de razonamiento acerca de situaciones sociales y estados mentales ,además de dificultades con los principios de procesamiento visual y de mantener la concentración. *“Algunas características cognitivas reflejan un déficit neuro-cognitivo global en la memoria, la atención, la capacidad para resolver problemas o la cognición social, mientras que otros pueden estar relacionados con situaciones y experiencias particulares”*²⁴.

Muchos modelos caracterizan los síntomas de la esquizofrenia incluyendo dos cuadros sindrómicos constantes, los síntomas positivos y los síntomas negativos. Otros modelos añaden otros tipos de trastornos como los cognitivos, afectivos y los déficits de integración social. Los síntomas de la esquizofrenia pueden desarrollarse a lo largo de semanas o meses, donde se va comprometiendo progresivamente la función social, según sea la intensidad, la premura y persistencia de las experiencias psicóticas.

5.1 Los síntomas de la esquizofrenia se pueden agruparse en:

a) Síntomas positivos²⁵:

- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Síntomas catatónicos
- Agitación

b) Síntomas Afectivos

- Disforia (irritabilidad, preocupación,tensión, etc.)
- Humor depresivo
- Desesperanza
- Ideas e intentos suicidas.

²⁴ Psicología. Esquizofrenia. [Sitio en internet]. Disponible en : www.psicología-bachi.blogspot.com. Consultado: 16 de Marzo de 2015.

²⁵ Liberman, Jeffrey . Tratado de Esquizofrenia . Barcelona: Editorial ARS Media 2008.pág 199

- Hostilidad
- Impulsividad
- Conducta antisocial

c) Síntomas negativos

- Afecto embotado o aplanamiento afectivo
- Discurso desorganizado
- Conducta desorganizada
- Retraimiento emocional
- Retraimiento social
- Apatía
- Pasividad
- Falta de espontaneidad
- Pensamiento estereotipado
- Alogia (limitación en la fluidez y la productividad del discurso y pensamiento)
- Avoliación (restricción en la iniciación de la conducta frente a un objeto)
- Anhedonia
- Deterioro atencional

d) Síntomas cognitivos²⁶

- Déficit de atención
- Déficit en la memoria
- Déficit en el procesamiento de la información
- Pobreza ideativa (dificultad en elaborar nuevas ideas)
- Déficit en funciones ejecutivas (problemas para estructurar una meta, concentrarse, priorizar, ordenar, evaluar, adaptarse)

²⁶ Liberman, Jeffrey . Tratado de Esquizofrenia . Barcelona: Editorial ARS Media 2008.pág 199

5.2 Evolución natural:

La esquizofrenia presenta a lo largo de la enfermedad diferentes fases las cuales tienen tiempos de evolución variables algunas desde semanas y otras varios meses, dependiendo del tratamiento y los modos de resolución ; además de los síntomas residuales, que forman parte de la esquizofrenia crónica.

- Fase prodrómica:

“Se da entre los 10 y los 20 años que puede durar unos 30 meses. En este período y antes de la aparición de la psicosis propiamente dicha suele aparecer alguna sintomatología negativa y se interrumpe el funcionamiento normal del individuo²⁷”. Como por ejemplo, abandona la escuela o no logra iniciar un noviazgo, descuido en el vestir e higiene personal. Los pacientes que padecen anomalías estructurales en el cerebro suelen tener un comienzo temprano, anterior al de los síntomas psicóticos.

- Fase de progresión:

Después de la primera fase prodrómica esta el período de 1 a 6 meses, que se caracteriza por la progresión del trastorno, donde aparecen en forma aguda los síntomas más llamativos, mayormente los síntomas positivos como delirios y alucinaciones, aunque no son éstos los más importantes para realizar el diagnóstico. *“Los síntomas aparecen en brotes con exacerbaciones y remisiones parciales, y además con un deterioro progresivo. Con frecuencia, luego aparece la depresión, que puede conllevar a ideas e intentos suicidas”²⁸.*

Un episodio que se inicia con síntomas positivos (por ejemplo, intenso delirio, alucinaciones, agitación psicomotora, lo que se

²⁷ Alarcón, Renato D. Psiquiatría 2da Edición. Washington: Manual Moderno 2005. pág.385

²⁸ Alarcón, Renato D. Psiquiatría 2da Edición. Washington: Manual Moderno 2005. pág.385

conoce como un «episodio florido» y en forma brusca), tiene un mejor pronóstico que un episodio con síntomas negativos como la desorganización más que el delirio.

Si se presente de manera insidiosa, los pacientes muy raramente van a solicitar ayuda. Con frecuencia serán las personas cercanas con las que viven o trabajan quienes van a solicitar ayuda, debido a que observarán conductas extrañas o que se tornan amenazantes para ellos mismos. A pesar de que la intervención familiar ha demostrado eficacia en la disminución de recaídas psicóticas, mejorar el clima familiar y el funcionamiento social, siguen siendo una práctica que no se ha adoptado en su totalidad y que sea suficiente en la atención del paciente esquizofrénico. Lo real es que son pocas las familias que tienen contacto con los pacientes brindándoles su apoyo durante la enfermedad.

Las conductas del paciente que parecen más extrañas (como hablar solo, por ejemplo) en realidad responden a vivencias psicóticas actuales, como contestarle a voces que está escuchando. También pueden gritarle a las personas de manera incomprensible o gritar obscenidades en público, que podría estar en realidad respondiendo a un delirio de persecución o daño. *“A la larga, el deterioro social del paciente parece estar más relacionado con el compromiso de funciones cognitivas, tales como el abandono, descuido y desaseo personal, y no tanto con los síntomas propiamente psicóticos positivos, como las alucinaciones y delirios”.*²⁹

Si el paciente no tiene una recuperación completa, con o sin tratamiento, aparece la enfermedad recidiva, es decir, de forma repetida con o sin recuperación completa cada vez. A

²⁹ Wikipedia la Enciclopedia libre. Esquizofrenia. [Sitio en internet]. Disponible en : www.es.wikipedia.org. Consultado: 15 de Marzo de 2015.

los 5 años en tratamiento continuo, solo el 20 % de los pacientes no presentan recidiva.

- **Fase de recidivas estables:**

Por último viene el período de estabilización, residual y/o agotamiento, *“aproximadamente sobre los 40 años de edad, en el que predomina la sintomatología negativa y los déficits cognitivos (aunque estos ya están presentes desde el inicio del trastorno)”*³⁰ es decir, con el paso del tiempo la esquizofrenia puede ser una enfermedad crónica en la persona. Sobre ésta pueden aparecer nuevos episodios de reagudización, con síntomas característicos de los episodios agudos, pero al salir normalmente se retorna a niveles de recuperación previos a las recidivas

6) Diagnóstico

*“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”*³¹. Sin embargo, debido a la variabilidad de la enfermedad, el reconocimiento se hace evaluando su evolución mediante la observación por un periodo de tiempo más que evaluando el episodio agudo específico.

La mayoría de veces el diagnóstico de la esquizofrenia se hace luego de un episodio agudo en el cual se presentó más de un síntoma positivos, sin embargo, la enfermedad suele comenzar de manera insidiosa y se presenta inicialmente con síntomas inespecíficos, razón por la que el proceso de diagnóstico exige una actitud de búsqueda

³⁰ Alarcón, Renato D. Psiquiatría 2da Edición. Washington: Manual Moderno 2005. pág.385

³¹ Salud al Día. Esquizofrenia. [Sitio en internet]. Disponible en : www.webconsultas.com/esquizofrenia/diagnostico-de-la-esquizofrenia-531. Consultado: 25 de Marzo de 2015.

activa para descartar o confirmar la sospecha de esquizofrenia. Por lo general, en el primer episodio agudo prevalecen los síntomas positivos, en cambio en la esquizofrenia crónica es más frecuente encontrar los síntomas negativos. Aunque la mayoría de las veces el inicio de la esquizofrenia es con un síndrome agudo, con muchos síntomas positivos, pero esto no siempre es así, y puede comenzar de manera insidiosa, lo que tiene un mal pronóstico. Aunque en forma precisa no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen estar vinculados entre sí.

- **Disfunción social/ocupacional:**

Durante una gran parte del tiempo desde el inicio de la enfermedad, en actividades como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, ya se ven afectadas antes del inicio del trastorno. Cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, habrá un fracaso en alcanzar el nivel esperado de rendimiento interpersonal, académico o laboral.

- **Duración:**

Los signos de alteración persisten durante al menos seis meses. Este período de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas característicos, o menos si se ha tratado con éxito, y puede incluir los períodos prodrómicos o residuales. Durante estos períodos los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por los síntomas negativos o por dos o más síntomas característicos, presentes de forma atenuada, como por ejemplo, creencias inusuales y experiencias perceptivas no habituales.

-
-

-
- **Anormalidades estructurales en la esquizofrenia**

a) Alargamiento de los ventrículos cerebrales

- Incremento en el tamaño del cuerpo caloso
- Atrofia del lóbulo frontal

b) Estudios de electroencefalogramas durante el sueño

- Fragmentación y disminución del tiempo total de sueño

7) Tratamiento

La esquizofrenia es una enfermedad crónica, pero con buena respuesta al tratamiento. Puesto que es un trastorno complejo, el tratamiento deberá ser multifacético. Existe un cierto consenso en el uso simultáneo de fármacos antipsicóticos, y de terapias psicológicas como el modelo cognitivo-conductual y psicoanalítica, y otros, y un enfoque psicosocial de redes asistenciales, hogares y talleres protegidos, que evitan las hospitalizaciones prolongadas. Bajo estas condiciones, el pronóstico de la esquizofrenia ha mejorado en los últimos 20 años.

La duración prolongada de la psicosis que no es tratada puede representar una forma más grave de la esquizofrenia que, por sí misma y se asocia a una peor evolución.

Los fármacos para la esquizofrenia tienen más beneficios de los que pensamos. Por primera vez se tiene un modelo que nos permite estudiar cómo funcionan y empezar a correlacionar los efectos de la medicación con los síntomas. Esta investigación da un paso más hacia la medicina personalizada. Nos permite examinar neuronas derivadas del propio paciente y ver qué fármaco es el que le viene mejor.

La esquizofrenia es uno de los retos de investigación que suponen las enfermedades mentales. Sin entender las causas y la biología del trastorno perdemos la capacidad de desarrollar tratamientos efectivos o de tomar medidas de prevención. Por eso seguir investigando es tan importante, porque abre nuevos indicios en el estudio de esta enfermedad.

- **En todo caso, los objetivos generales del tratamiento deben apuntar a lograr³²:**

- Mejoría de los síntomas positivos, cognitivos, afectivos y negativos.
- Prevención de la hospitalización.
- Capacidad de vivir independiente.
- Capacidad de establecer y perseguir objetivos ocupacionales.
- Ausencia de efectos relacionados con los medicamentos.

- **Rehabilitación:**

La rehabilitación psicosocial *“incluye varias intervenciones no médicas para las personas con esquizofrenia y enfatizan la capacitación social y vocacional para ayudar a los pacientes recién diagnosticados o que han estado enfermos por un tiempo a superar dificultades en las áreas cognitivas o de habilidades sociales afectadas”*³³. Una de las razones principales de sumar al tratamiento farmacológico un tratamientos psicoterapéuticos es que el primero solo tiene mayor efectividad sobre los síntomas positivos pero poco ante los negativos no logrando una mejoría en la integración social del paciente. Los programas suelen incluir asesoramiento vocacional, capacitación para el trabajo, técnicas para aprender a solucionar problemas de la vida diaria, administración del dinero, uso del transporte público y aprendizaje

³² Liberman, Jeffrey . Tratado de Esquizofrenia . Barcelona: Editorial ARS Media 2008.pág 326

³³ Liberman, Jeffrey . Tratado de Esquizofrenia . Barcelona: Editorial ARS Media 2008.pág 327

de destrezas sociales para interactuar mejor con su entorno. Estos métodos son muy útiles para los pacientes tratados en la comunidad, porque proporcionan las técnicas necesarias para poder desenvolverse socialmente mejor a los pacientes que son dados de alta del hospital, lo que conlleva a disminuir las recaídas, adquirir habilidades, disminuir los síntomas negativos y su reinserción social.

- **Psicoterapia individual:**

La psicoterapia individual o terapia personal incluye sesiones programadas regularmente en las que el paciente conversa con su psicólogo o psiquiatra. Estas sesiones pueden basarse en problemas actuales o pasados, experiencias, pensamientos, sentimientos o reacciones personales. *“El paciente puede llegar a entender gradualmente más acerca de sí mismo y de sus problemas al compartir experiencias con una persona capacitada para entenderlo y que tiene una visión objetiva”*³⁴. También puede aprender a distinguir entre lo real y lo distorsionado. Los métodos cognoscitivos y de comportamiento enseñan técnicas de adaptación, solución de problemas y brindan al paciente de estrategias de afrontamiento. A pesar de sus beneficios, la psicoterapia no es un sustituto de los medicamentos antipsicóticos, y son más útiles una vez que el tratamiento con medicamentos ha atenuado los síntomas psicóticos.

- **Terapia electroconvulsiva**

La terapia electroconvulsiva ha sido usada en el tratamiento de la esquizofrenia desde su aparición en 1934, sin embargo, debido en parte a sus efectos nocivos en la memoria y a los riesgos de

³⁴ Liberman, Jeffrey . Tratado de Esquizofrenia . Barcelona: Editorial ARS Media 2008.pág 326

lesiones osteomusculares durante la convulsión producida por la corriente eléctrica. La Asociación Americana de Psiquiatría establece en sus directrices que la terapia electroconvulsiva rara vez se utiliza como tratamiento de primera línea para la esquizofrenia, pero se considera su indicación especialmente para tratar las psicosis concurrentes resistentes a los antipsicóticos.

- **Educación familiar:**

Con frecuencia los pacientes son dados de alta del hospital y quedan a cuidado de sus familias, por esta razón es importante que los familiares aprendan todo lo que puedan acerca de los desafíos y problemas asociados con la enfermedad. *“La colaboración con la familia en la rehabilitación tiene dos objetivos fundamentales, prevenir las recaídas y fomentar comportamientos que lleven a una rehabilitación satisfactoria, desalentando las conductas que impidan este proceso”³⁵.*

Es necesario que los familiares conozcan los servicios disponibles para asistirles durante el período posterior a la hospitalización. El educar a la familia en todos los aspectos de la enfermedad y su tratamiento se llama «psico-educación familiar». La psico-educación familiar incluye aprender estrategias para manejar la enfermedad y técnicas de solución de problemas.

Además de colaborar para obtener ayuda, la familia, los amigos, y los grupos de personas con condiciones similares, pueden proporcionar apoyo y fomentar que el paciente esquizofrénico recupere sus capacidades. Es importante plantearse metas que sean alcanzables ya que un paciente que se siente presionado o criticado probablemente tendrá estrés, lo que puede causar un empeoramiento o una recaída. Al igual que otros, las personas con esquizofrenia necesitan saber cuándo hacen bien las cosas. A

³⁵ Liberman, Jeffrey . Tratado de Esquizofrenia . Barcelona: Editorial ARS Media 2008.pág 328

largo plazo, un enfoque positivo puede ser útil y quizás más eficaz que la crítica.

- **Terapia de grupo**

“La terapia de grupo en la esquizofrenia, así como la aplicación de técnicas de discusión en grupo y lecturas de apoyo”³⁶, se ha mostrado similar eficacia a la psicoterapia individual y en algunos casos más aún, aumentando el entusiasmo de pacientes y terapeutas, disminuyendo recaídas y rehospitalizaciones, mejorando cumplimiento, relaciones sociales y funcionamiento global.

La terapia de grupo, al margen de ser menos costosa, aporta una serie de beneficios en las habilidades sociales del paciente psicótico: ofrece un contexto realista, igualitario, seguro, horizontal y neutral donde se desarrollan múltiples y multifocales interacciones que favorecen la realimentación y aprendizaje interpersonal, pudiendo proceder la ayuda de cualquier miembro del grupo y no sólo del terapeuta.

- **Grupos de autoayuda**

Los grupos de autoayuda para los familiares que tienen que lidiar con la esquizofrenia son cada vez más comunes. Aunque no son liderados por un terapeuta profesional, estos grupos son muy beneficiosos a través del mutuo apoyo que se brindan los miembros. El compartir experiencias con personas que están en una situación parecida proporciona confianza y fortaleza. Los grupos de autoayuda también desempeñan otras funciones importantes, tales como solicitar que se hagan estudios de investigación y exigir que existan tratamientos adecuados en los hospitales de su comunidad. Los grupos también tienen un papel

³⁶ Liberman, Jeffrey . Tratado de Esquizofrenia . Barcelona: Editorial ARS Media 2008.pág 329

fundamental para hacer que la comunidad tome conciencia de los casos de abuso y discriminación que se presentan.

- **Pronóstico**

Entender el curso de la enfermedad puede ayudar a establecer el tratamiento. Los factores más frecuentes asociados a un mejor pronóstico general incluyen el ser mujer, la aparición rápida, en oposición a la aparición insidiosa de los síntomas, la edad avanzada para el momento del primer episodio, síntomas positivos en lugar de negativos y el buen funcionamiento previo a la aparición de la enfermedad. La determinación o capacidad de recuperación psicológica también se ha asociado con un mejor pronóstico.

- **Desempeño social**

La esquizofrenia sin síntomas negativos se ha relacionado a menudo con un buen ajuste social entre las crisis. Los pacientes con esquizofrenia tienen una alta tasa de abuso de sustancias, y los que consumen drogas tienen sus primeras hospitalizaciones a edades más tempranas, tienen hospitalizaciones más frecuentes y tienen peores relaciones interpersonales y familiares.

Algunos pacientes se vuelven tan psicóticos y desorganizados que no pueden satisfacer sus necesidades básicas, tales como resolución de problemas, establecer y alcanzar metas futuras, proveer su propia vivienda, comida, vestido y pueden requerir un mayor apoyo para mantener su independencia. Este tipo de pacientes tienen una más alta probabilidad de comportamiento agresivo que aquellos con menos síntomas psicóticos. Se ha dicho que los esquizofrénicos con mayor riesgo de actividad homicida serían aquellos que tienen como tema delirante el de naturaleza religiosa. Los pacientes con esquizofrenia también tienen una tasa disminuida de matrimonio y aumentada de divorcios.

A menudo, aunque en una proporción menor, las personas con enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia, se encuentran en situación de carencia económica, y por esto no reciben el tratamiento que ellos necesitan. No obstante otros reciben tratamiento médico alternativo a los fármacos con lo que consiguen alcanzar una mejor calidad de vida superando obstáculos y limitaciones.

III) Actitud

1) Definiciones de Actitud

- *“La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas”*³⁷. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.
- Según la real academia española: es el estado del ánimo que se expresa de una cierta manera (como una actitud conciliadora). Las otras dos definiciones hacen referencia a la postura: del cuerpo de una persona (cuando transmite algo de manera eficaz o cuando la postura se halla asociada a la disposición anímica) o de un animal (cuando logra concertar atención por alguna cuestión).
- *“La actitud es la disposición voluntaria de una persona frente a la existencia en general o a un aspecto particular de esta”*³⁸. Los seres humanos experimentan en su vida diversas emociones que distan de ser motivadas por su libre elección; en cambio, la actitud engloba aquellos fenómenos psíquicos sobre los que el hombre

³⁷ Bela Skezely L. Diccionario Psicología 2da. Edición. Buenos Aires: Claridad 2010. Pág. 31.

³⁸ Delgado Palo, Rocío. Psicología Social. Arequipa: Universidad Católica de Santa María 2013. Pág. 64.

tiene uso de libertad y que le sirven para afrontar los diversos desafíos que se le presentan de un modo o de otro.

2) Componentes de la Actitud

- **Componente cognoscitivo:** para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva de objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. *“En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes”*³⁹. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.
- **Componente afectivo:** es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. *“Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones ; que se caracterizan por su componente cognoscitivo”*⁴⁰.
- **Componente conductual:** es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.

³⁹ Teoría General de las Actitudes . [Sitio en internet]. Disponible en : www.tdx.cat Consultado: 26 de Marzo de 2015.

⁴⁰ Teoría General de las Actitudes . [Sitio en internet]. Ob.Cit.

3) Funciones de la Actitud

En los procesos cognitivos, emotivos, conductuales y sociales, son múltiples. La principal función resulta ser la cognoscitiva. Las actitudes están en la base de los procesos cognitivos-emotivos prepuestos al conocimiento y a la orientación en el ambiente.

a) Función Evaluativa:

Poseer una actitud hacia un objeto es más funcional que no poseer ninguna. Da una pista clara para orientar la acción.

Se ha demostrado que las personas con actitudes más accesibles se dejan influir menos por los aspectos de la situación y atienden más a las características del objeto.

b) Función Instrumental ó Adaptativa:

La actitud sirve a la persona para alcanzar objetivos que le reporten beneficios tangibles o un ajuste a la situación.

“Se caracteriza por basarse en el principio de utilidad medios-fines: la actitud se adquiere, mantiene o expresa porque a través de ella se consigue un objetivo útil para la persona”⁴¹.

c) Función Expresiva de Valores :

La actitud permite manifestar a la persona lo que realmente piensa y siente o quiere que los demás sepan acerca de ella.

La diferencia entre esta función y la anterior es que, mientras allí se hablaba de una razón útil que permitía alcanzar objetivos individuales, aquí se trata más bien de proyectar una determinada imagen social, siendo la razón cultural la que aquí se prioriza.

⁴¹ Actitud Definición y Medición. [Sitio en internet]. Disponible en : www.ehu.es Consultado: 28 de Marzo de 2015.

d) Función Ideológica :

“Las actitudes proporcionan una determinada explicación de las desigualdades existentes en la sociedad. Si tal explicación se acepta, las desigualdades quedan legitimadas y justificadas”⁴².

Esta función la cumplen determinadas actitudes: las prejuiciosas y las teocéntricas.

e) Función de Separación :

Consisten en atribuir a un grupo dominado características plenamente negativas.

Esta función aspira a ejercer un control sobre la posibilidad de que ese grupo menospreciado pueda salir de su situación de precariedad.

La principal diferencia con la anterior es que depende más de las condiciones de interacción entre grupos

4) Tipos de Actitud:**a) Actitud Emotiva:**

Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de Ambas. Esta se basa en el conocimiento interno de la otra persona. El cariño, el enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad, que van unidas a una actitud de benevolencia.

⁴² Actitud Definición y Medición . [Sitio en internet]. Disponible en : www.ehu.es Consultado: 28 de Marzo de 2015.

b) Actitud Desinteresada:

“Esta no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente, por el propio beneficio, sino que tiene su centro de enfoque en la otra persona y que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin⁴³.”

Está compuesta por 4 cualidades: Apertura, Disponibilidad, Solicitud y Aceptación.

c) Actitud Manipuladora:

Solo ve al otro como un medio, de manera que la atención que se le otorga tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio.

d) Actitud Interesada:

Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de indigencia del sujeto: cuando una persona experimenta necesidades ineludibles, busca todos los medios posibles para satisfacerlas; por ello, ve también en las demás personas un recurso para lograrlo.

e) Actitud Integradora:

La comunicación de sujeto a sujeto, además de comprender el mundo interior, del interlocutor y de buscar su propio bien, intenta la unificación o integración de las dos personas.

⁴³ Tipos de Actitudes. [Sitio en internet]. Disponible en : www.tiposde.org. Consultado: 28 de Marzo de 2015.

) Formación y Desarrollo de la Actitud

- Aprendizaje Social:

Muchas de nuestras perspectivas se adquieren en situaciones en donde interactuamos con los otros o simplemente observamos sus comportamientos. Mediante el modelado los individuos aprenden nuevas formas de comportamientos observando y copiando simplemente las acciones de los demás, que le sirven de modelos.

- Condicionamiento Clásico (PAVLOV)

“Cuando el primer estímulo se presenta, los individuos esperan que el segundo les seguirá. Como resultado, los individuos irán adquiriendo gradualmente el mismo tipo de reacciones mientras se muestre el segundo estímulo especialmente si éste induce fuertemente y provoca reacciones automáticas”⁴⁴(38).

- Condicionamiento Instrumental (INSKO)

Los comportamientos que preceden a resultados positivos tienden a reforzarse. Por el contrario, comportamientos que preceden a respuestas negativas se debilitan o finalmente se suprimen.

- Comportamiento Social (BANDURA)

Tendemos a compararnos a nosotros mismos con los otros para determinar si nuestra visión de la realidad es o no la correcta. En la medida en que nuestras opiniones coincidan con la de los demás, concluimos que nuestras ideas y actitudes son exactas.

Los procesos de socialización son una importante fuente de formación de actitudes:

⁴⁴ Actitud Definición y Medición. [Sitio en internet]. Disponible en : www.tdx.cat . Consultado: 28 de Marzo de 2015.

- La familia, o para el caso las personas que nos cuidan de pequeños cumpliendo el rol de familia, son la primera fuente de información que tenemos. Necesitamos esta información para sobrevivir al menos durante los primeros años de vida, por lo que se arraiga profundamente en nosotros y al crecer es la más difícil de modificar.
- La escuela, por su parte, nos transmite información que está ligada a valores. Nos enseña diversas maneras de entender el mundo y las personas. A través de esta influencia nuestras actitudes van a desarrollarse en un sentido u otro.
- Los medios de comunicación mantienen su influencia a lo largo de nuestro desarrollo. Aunque los adultos somos más críticos y tenemos más resistencia a su influencia, en el caso de los niños representan una fuente de influencia muy negativa, ya que les inculcan valores no deseables y desvían el desarrollo de sus actitudes.
- Los grupos con los que nos relacionamos son otra fuente influyente en nuestras actitudes.

6) Teorías de la Actitud

a) Teoría del Aprendizaje

“Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella”⁴⁵. En la medida en que seamos recompensados (reforzados) por ellas, el aprendizaje perdurará.

⁴⁵ Enciclopedia Virtual. Formación de las Actitudes. [Sitio en internet]. Disponible en : www.eumed.net . Consultado: 28 de Marzo de 2015.

Estas teorías del aprendizaje conciben a las personas como seres primariamente pasivos, cuyo aprendizaje, depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos.

b) Teorías de la Consistencia Cognitiva:

Según la teoría de la consistencia cognitiva, la incoherencia entre dos estados de conciencia hace que las personas se sientan incómodas. En consecuencia, cambian o bien sus pensamientos o bien sus acciones con tal de ser coherentes.

c) Teoría de la Disonancia Cognitiva:

Siempre tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, poniéndonos en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto hace que nos sintamos incómodos psicológicamente y por eso haremos algo para disminuir esta disonancia.

Otras situaciones que pueden producir disonancia cognitiva son aquellas en las que hacemos algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado, cuando sostenemos una opinión que parece desafiar las reglas de la lógica, cuando ocurre algo que contradice nuestra experiencia pasada o cuando hacemos algo que no va con nuestra idea sobre quiénes somos y para qué estamos.

IV) Cuidados de Enfermería en Pacientes Esquizofrénicos que reciben medicación antipsicótica:

- El personal de Enfermería debe valorar las reacciones que pueda desencadenar en el paciente los antipsicóticos del tratamiento que reciba.
- Administración y vigilancia del tratamiento

- Educación sobre el tratamiento y las posibles reacciones que pueda tener el paciente.
- Informar a los familiares sobre los cuidados que deben tener con su familiar que recibe medicación antipsicótica.
- Monitorización de los efectos de la medicación antipsicótica⁴⁶.
 - ✓ Efectos terapéuticos
 - ✓ Efectos secundarios
 - ✓ Reacciones adversas
- A los pacientes que siguen su tratamiento en sus casas, realizar visitas domiciliarias periódicas para valorar el estado en el que se encuentra el paciente y si está cumpliendo su tratamiento indicado.



⁴⁶ Fownsend, Mary C. Fundamentos de Enfermería en Psiquiatría. 4ta. Edición. México: MCGRAW – HILL, 2011. Pág. 313.

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- Calidad de Vida en Pacientes Esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi , Arequipa -2009, Salazar Fajardo Ibeth.

Conclusiones: El grupo etario que predomina se encuentra entre los 36 y 42 años a más la mayoría son de sexo masculino, con estudios secundarios, el tipo de esquizofrenia es la paranoide, el tiempo de enfermedad es de 5 años a más.

Más de la cuarta parte de la población de estudio tiene presencia aspectos favorables en la calidad de vida, dentro de ellos predomina la autoestima. Los resultados muestran que más de la mitad de la población de estudio presentan aspectos desfavorables, dentro de ellos predomina la pérdida de energía.

La calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos, es de mayor presencia de aspectos desfavorables.

- Nivel de conocimientos del Tratamiento Psicofarmacológico en familiares de pacientes hospitalizados y de consulta externa del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa - 2012, Pinto Cuadros Jackeline.

Conclusiones: La población de estudio se encuentra entre las edades de 42 años a más tiene en su mayoría grado de instrucción secundaria, son de sexo femenino y en su mayoría son pacientes esquizofrénicos. el nivel de conocimientos encontrados en los familiares de los pacientes psiquiátricos es deficiente, en referencia a efectos colaterales y reacciones extrapiramidales. Con respecto al nivel de conocimientos del tratamiento psicofarmacológico en los familiares el más deficiente es el referente a las reacciones extrapiramidales.

5. HIPOTESIS

Dado que la medicación antipsicótica produce diversos efectos a nivel del sistema nervioso central como las reacciones extrapiramidales; sialorrea, dironias, acatisia, temblor fino, disquinesias y crisis oculogirica; en los pacientes esquizofrénicos que reciben este tratamiento.

Es probable que las reacciones extrapiramidales que produce la medicación antipsicótica repercute en la actitud de los pacientes; lo cual estableceremos a través de esta investigación .



II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTO Y CAMPO DE VERIFICACIÓN

- **Técnica:** para las dos variables se utilizará la entrevista

- **Instrumento:**

a) Para la variable Reacciones Extrapiramidales:

Cédula de entrevista estructurada: la cual consta de 8 ítems. Tres ítems sobre los datos sociodemográficos del paciente y cinco propiamente sobre las reacciones extrapiramidales que produce la medicación antipsicótica.

b) Para la variable Actitud hacia los antipsicóticos :

Cédula de entrevista (Escala Validada de Medida de la Actitud hacia la Medicación Antipsicótica de Hogan).

Fue desarrollada para evaluar la respuesta subjetiva a los neurolepticos. Formada por 10 ítems que se refieren al efecto percibido de la medicación.

Los ítems son de respuesta dicotómica verdadero-falso. El marco de referencia temporal no está definido. Es una escala auto aplicada. Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 ítems.

En los ítems números 1, 3, 4, 7, 9 y 10 las respuestas verdaderas valen 2 puntos y las falsas, 1 punto. En el resto de los ítems (2, 5, 6 y 8) las respuestas verdaderas valen 1 punto y las falsas, 2. Por tanto, la

puntuación total puede oscilar entre 10 y 20. No existen puntos de corte definidos. A mayor puntuación, efecto percibido de la medicación más positivo.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

Centro de Salud Mental Moisés Meresi Arequipa ,ubicado en la Avenida Pumacahua s/n ,distrito de Cerro Colorado, Arequipa.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

La investigación es coyuntural para el 2015

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Las unidades de estudio estará conformada por los pacientes esquizofrénicos compensados de hospitalización y consulta externa en número de 30 que corresponden a la atención de pacientes durante una semana .

- Criterios de Inclusión:
 - Pacientes esquizofrénicos de 20 – 50 años .
 - Pacientes esquizofrénicos de ambos sexos.
 - Pacientes que acepten participar de la investigación.

- Criterios de Exclusión :
 - Pacientes con otro tipo de trastorno mental
 - Pacientes esquizofrénicos menores a 20 años
 - Pacientes que no acepten participar en el estudio.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

- Coordinación con la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, para la aprobación del de la carta de presentación .
- Coordinar con la Beneficencia y Dirección del Centro de Salud Mental Moisés Heresi para la realización de la investigación.
- Motivación a los pacientes esquizofrénicos compensados antes de la aplicación del instrumento.
- El horario de recolección será en el turno de la mañana y de la tarde.
- Los datos obtenidos se analizarán e interpretarán y se formularán en tablas y gráficas para posteriormente proceder al vaciamiento de datos.
- Luego se redactarán los resultados , conclusiones y recomendaciones.



III. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	SETIEMBRE (2014)				MARZO (2015)				ABRIL (2015)			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del proyecto			X	X								
Recolección de datos						X						
Sistematización de datos							X	X	X			
Conclusiones y recomendaciones										X	X	



RESULTADOS

TABLA 1

REPERCUSIÓN DE LAS REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES DE LA
MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA EN LA ACTITUD EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS - SEGÚN EDAD

EDAD	FR.	%
20 – 25	5	16.67
26- 30	3	10
31- 35	4	13.3
36-40	2	6.67
41-45	4	13.3
46 A MÁS	12	40
TOTAL	30	100

Instrumento elaborado por la investigadora.

- En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 40 se encuentran en las edades de 46 años a más y en un menor porcentaje de 6.67 entre las edades de 36 a 40 años.
- De lo que deducimos que casi la mitad de la población de estudio tiene de 46 años a más.

TABLA 2

REPERCUSIÓN DE LAS REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES DE LA
MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA EN LA ACTITUD EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN GÉNERO

SEXO	FR.	%
FEMENINO	16	53.3
MASCULINO	14	46.67
TOTAL	30	100

Instrumento elaborado por la investigadora.

- En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 53.3 son de sexo femenino y un porcentaje de 46.67 son de sexo masculino.
- De lo que deducimos que más de la mitad de la población de estudio son de sexo femenino.

TABLA 3

REPERCUSIÓN DE LAS REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES DE LA
MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA EN LA ACTITUD EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD

TIEMPO DE ENFERMEDAD	FR.	%
1- 5 AÑOS	13	43.3
6-10 AÑOS	3	10.3
11 AÑOS A MÁS	14	46.67
TOTAL	30	100

Instrumento elaborado por la investigadora.

- En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 46.67 tienen un tiempo de enfermedad de 11 años a más y un menor porcentaje de 10.3 tienen entre 6-10 años de tiempo de enfermedad.
- De lo que deducimos que casi la mitad de la población de estudio tienen un tiempo de enfermedad de 11 años a más.

TABLA 4

REPERCUSIÓN DE LAS REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES DE LA
MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA EN LA ACTITUD EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN EL CONOCIMIENTO DE LAS REACCIONES
EXTRAPIRAMIDALES

CONOCIMIENTO DE REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES	FR.	%
SI	10	33.3
NO	20	66.67
TOTAL	30	100

Instrumento elaborado por la investigadora.

- En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 66.67 no tienen conocimiento de los efectos de las reacciones extrapiramidales y un menor porcentaje de 33.3 si tienen conocimiento de las reacciones extrapiramidales.
- De lo que se deduce que casi las $\frac{3}{4}$ de la población de estudio no tienen conocimiento de las reacciones extrapiramidales .

TABLA 5

REPERCUSIÓN DE LAS REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES DE LA
MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA EN LA ACTITUD EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN EL TIPO DE REACCIONES
EXTRAPIRAMIDALES QUE PRODUCEN LA MEDICACIÓN

EDAD	FR.	%
MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS	11	36.67
MOVIMIENTO DE LOS MAXILARES	02	6.67
PROTUSIÓN DE LENGUA	03	10.3
INQUIETUD MOTORA	09	30
NO TIENE	04	13.3
TOTAL	30	100

Instrumento elaborado por la investigadora.

- En la tabla observamos que el mayor porcentaje es de 36.67 que tiene como tipo de reacción extrapiramidal movimientos involuntarios y un menor porcentaje de 6.67 tienen movimiento de los maxilares.
- De lo que se deduce que casi la mitad de la población de estudio tiene como tipo de reacción extrapiramidal movimientos involuntarios.

TABLA 6

REPERCUSIÓN DE LAS REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES DE LA
MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA EN LA ACTITUD EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN PERCEPCIÓN DE INCOMODIDAD FRENTE A
LAS REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES

PERCEPCIÓN DE INCOMODIDAD	FR.	%
SI	22	73.3
NO	8	26.67
TOTAL	30	100

Instrumento elaborado por la investigadora.

- En la tabla observamos que un mayor porcentaje de 73.3 perciben incomodidad frente a las reacciones extrapiramidales y un menor porcentaje de 26.67 no perciben incomodidad.
- De lo que se deduce que casi $\frac{3}{4}$ de la población de estudio si perciben incomodidad frente a las reacciones extrapiramidales .

TABLA 7

REPERCUSIÓN DE LAS REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES DE LA
MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA EN LA ACTITUD EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN LA FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE LAS
REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES

FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS	FR.	%
DIARIA	20	66.67
SEMANAL	9	30
NÚNCA	1	3.33
TOTAL	30	100

Instrumento elaborado por la investigadora.

- En la tabla observamos que un mayor porcentaje de 66.67 tienen una frecuencia de síntomas de las reacciones extrapiramidales diaria y un menor porcentaje nunca perciben los síntomas
- De lo que deducimos que casi $\frac{3}{4}$ de la población de estudio tiene una frecuencia de síntomas diaria.

TABLA 8

REPERCUSIÓN DE LAS REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES DE LA
MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA EN LA ACTITUD EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN PERCEPCIÓN DE CONTROL DE LOS
SÍNTOMAS DE LAS REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES

SE PUEDEN CONTROLAR	FR.	%
EVENTUALMENTE	3	10
CON MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA	20	66.67
NO SE PUEDE CONTROLAR	7	23.3
TOTAL	30	100

Instrumento elaborado por la investigadora.

- En la tabla observamos que un mayor porcentaje de 66.67 tienen control de los síntomas de las reacciones extrapiramidales con medicación antipsicótica y un menor porcentaje de 10 pueden controlarlos eventualmente.
- De lo que deducimos que casi $\frac{3}{4}$ partes de la población de estudio tiene control de los síntomas de las reacciones extrapiramidales con medicación antipsicótica.

TABLA 9

REPERCUSIÓN DE LAS REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES DE LA
MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA EN LA ACTITUD EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN LA ACTITUD HACIA LA MEDICACIÓN
ANTIPSICÓTICA

EDAD	FR.	%
POSITIVA	21	70
NEGATIVA	9	30
TOTAL	30	100

Instrumento aplicado por la investigadora.

- En la tabla se observa que un mayor porcentaje de 70 tienen una actitud positiva frente a la medicación antipsicótica y un menor porcentaje de 30 tienen una actitud negativa.
- De lo que se deduce que casi $\frac{3}{4}$ partes de la población de estudio tiene una actitud positiva frente a la medicación antipsicótica.

TABLA 10

REPERCUSIÓN DE LAS REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES DE LA
MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA EN LA ACTITUD EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN EDAD Y ACTITUD

EDAD	ACTITUD				FR.	%
	POSITIVA		NEGATIVA			
	FR.	%	FR.	%		
20 – 25	3	10	2	6.67	5	16.67
26- 30	1	3.33	2	6.67	3	10
31- 35	3	10	1	3.33	4	13.33
36-40	1	3.33	1	3.33	2	6.66
41-45	3	10	1	3.33	4	13.33
46 A MÁS	10	33.3	2	6.67	12	40
TOTAL					30	100

Instrumento aplicado por la investigadora.

- $X^2 = 13.26$ y $P = 0.02$
- En la tabla se observa que un mayor porcentaje de 33.3 entre 46 años a más tienen una actitud positiva frente a las reacciones extrapiramidales que produce la medicación antipsicótica y un menor porcentaje de 9.99 entre 31-35 años tiene una actitud negativa.
- De lo cual se deduce que poco más de la $\frac{1}{4}$ parte de la población tienen una actitud positiva con 46 años a más.

TABLA 11

REPERCUSIÓN DE LAS REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES DE LA
MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA EN LA ACTITUD EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD Y ACTITUD

Tiempo de enfermedad	ACTITUD					
	POSITIVA		NEGATIVA		FR.	%
	FR.	%	FR.	%		
1- 5 años	7	23.3	6	20	13	43.3
6-10 años	2	6.67	1	3.33	3	10
11 años a más	12	40	2	6.67	14	46.67
TOTAL					30	100

Instrumento aplicado por la investigadora.

- $X^2= 10.68$ y $P=0.004$
- En la tabla se observa que un mayor porcentaje de 40 con un tiempo de enfermedad de 11 años a más tiene una actitud positiva frente a las reacciones extrapiramidales que produce la medicación antipsicótica y un menor porcentaje de 3.33 con un tiempo de enfermedad de 6-10 años tiene una actitud negativa.
- De lo que se deduce que casi la mitad de la población de estudio con un tiempo de enfermedad de 11 años a más tiene una actitud positiva frente a las reacciones extrapiramidales que produce la medicación antipsicótica.

TABLA 12

REPERCUSIÓN DE LAS REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES DE LA
MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA EN LA ACTITUD EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN TIPO DE REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES
QUE LE PRODUCE LA MEDICACIÓN Y ACTITUD

REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES	ACTITUD				FR.	%
	POSITIVA		NEGATIVA			
	FR.	%	FR.	%		
m						
Movimientos	8	26.67	3	10	11	36.67
Involuntarios	2	6.67	0	0	2	6.67
Movimiento de maxilares	3	10	1	3.33	4	13.33
Protrusión de lengua	5	16.67	4	13.3	9	30
Inquietud motora	3	10	1	3.33	4	13.33
N0 tiene						
	TOTAL				30	100

Instrumento aplicado por la investigadora.

- $X^2 = 6.36$ y $P = 0.17$
- En la tabla observamos que tienen una actitud positiva de acuerdo al tipo de reacción extrapiramidal: con movimientos involuntarios 26.67% movimientos de los maxilares 6.67, protrusión de lengua 10%, inquietud motora 16.67 % y sin ningún tipo de reacción extrapiramidal un 10 %. Y con una actitud negativa también de acuerdo al tipo de reacción extrapiramidal: movimientos involuntarios 10% , protrusión de lengua 3.33% , inquietud motora 13.3 % y sin ningún tipo de reacción extrapiramidal 3.33%.
- De lo que se deduce que poco más de la $\frac{1}{4}$ parte de la población de estudio tiene una actitud positiva con movimientos involuntarios como tipo de reacción extrapiramidal.

TABLA 13

REPERCUSIÓN DE LAS REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES DE LA
MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA EN LA ACTITUD EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN LA FRECUENCIA DE ESTOS SÍNTOMAS Y
ACTITUD

FRECUENCIA	ACTITUD					
	POSITIVA		NEGATIVA		FR.	%
	FR.	%	FR.	%		
Diaria	13	43.3	7	23.3	20	63.6
Semanal	7	23.3	2	6.67	9	30
nunca	1	3.33	0	0	1	3.33
TOTAL					30	100

Instrumento aplicado por la investigadora.

- $X^2=2.64$ y $P= 0.26$
- En la tabla de observa que un mayor porcentaje de 43.3 tiene una actitud positiva frente a las reacciones extrapiramidales que produce la medicación antipsicótica con una frecuencia de síntomas diaria y un menor porcentaje de 6.67 tiene una actitud negativa frente a las reacciones extrapiramidales que produce la medicación antipsicótica con una frecuencia de síntomas semanal.
- De lo que se deducimos que casi la mitad de la población de estudio tiene una actitud positiva frente a las reacciones extrapiramidales que produce la medicación antipsicótica con una frecuencia de síntomas diaria.

TABLA 14

REPERCUSIÓN DE LAS REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES DE LA
MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA EN LA ACTITUD EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN PERCEPCIÓN DE
CONTROL DE LOS SÍNTOMAS Y ACTITUD

SE PUEDEN CONTROLAR	ACTITUD				FR.	%
	POSITIVA		NEGATIVA			
	FR.	%	FR.	%		
Eventual	2	6.67	1	3.33	3	10
Con medicación antipsicótica	14	46.67	6	20	20	66.67
No se puede controlar	5	16.67	2	6.67	7	23.5
TOTAL					30	100

Instrumento aplicado por la investigadora.

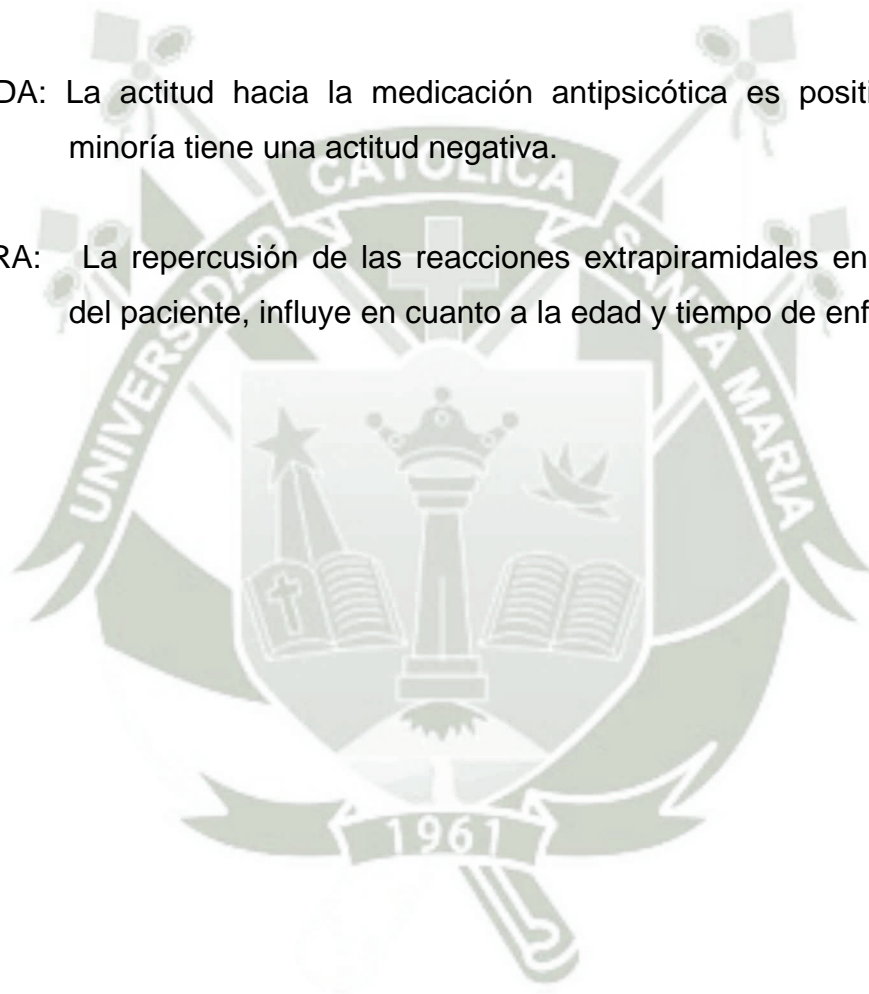
- $X^2 = 0.004$ y $P=0.99$
- En la tabla se observa que un mayor porcentaje de 46.67 tiene una actitud positiva con percepción de control de los síntomas de las reacciones extrapiramidales con medicación antipsicótica y un menor porcentaje de 3.33 tiene una actitud negativa con percepción de control de los síntomas en forma eventual.
- De lo que se deduce que casi la mitad de la población de estudio tiene una actitud positiva con una percepción de control de los síntomas de las reacciones extrapiramidales con mediación antipsicótica.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los resultados muestran que el mayor porcentaje de reacciones extrapiramidales son los movimientos involuntarios , siguiendo protusión de lengua y movimiento de maxilares .

SEGUNDA: La actitud hacia la medicación antipsicótica es positiva y una minoría tiene una actitud negativa.

TERCERA: La repercusión de las reacciones extrapiramidales en la actitud del paciente, influye en cuanto a la edad y tiempo de enfermedad.



RECOMENDACIONES:

PRIMERA: Coordinar con las enfermeras y personal multidisciplinario del programa de seguimiento de salud pública , programas de educación sobre la enfermedad y tratamiento para el paciente y familiares.

SEGUNDA: Las enfermeras de consultorio externo deberán incluir en su programación , temas de conocimiento sobre psicofármacos enfatizando en las reacciones que estos producen y así puedan reforzar y aclarar la información que tengan los pacientes y sus familiares.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, _____

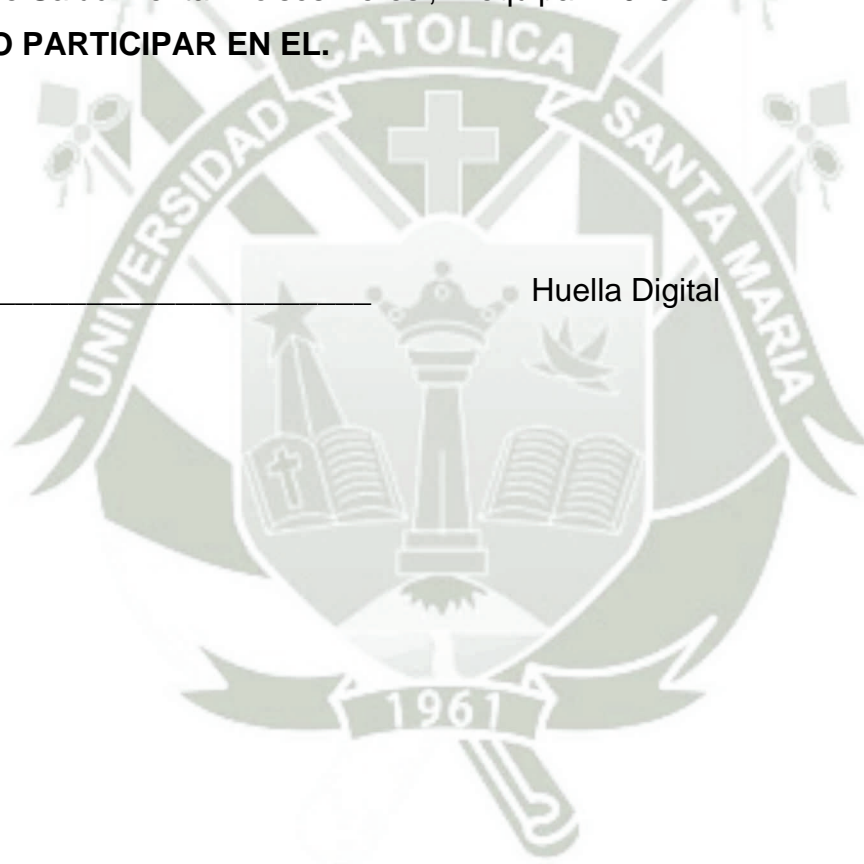
Con DNI N° _____.

Habiendo sido informado de las características y fines del trabajo de investigación: Repercusión de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud de los pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa - 2015

ACEPTO PARTICIPAR EN EL.

Firma _____

Huella Digital



ANEXOS



CÈDULA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA

I) DATOS SOCIODEMOGRÀFICOS:

1) Que edad tiene Ud. :

- 20 -25 ()

- 26 -30 ()

- 31 -35 ()

- 36 -40 ()

- 41 -45 ()

- 46 a màs ()

2) Sexo:

Femenino ()

Masculino ()

3) Cùal es du tiempo de enfermedad:

- 1 – 5 años ()

- 6 – 10 años ()

- 11 a màs ()

II) REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES:

1) Conoce Ud. Que la medicación antipsicòtica produce reacciones extrapiramidales:

SI ()

NO ()

2) Las reacciones extrapiramidales son:

-movimientos involuntarios de las extremidades, lengua y mandíbula ()
inquietud de caminar

-dolor de cabeza y sequedad de boca ()

-sueño y aletargamiento ()

-no conoce ()

3) Se siente Ud. Incòmodo con estas reacciones extrapiramidales:

SI ()

NO ()

4) La frecuencia de estos síntomas es:

- diaria ()
- semanal ()
- nunca ()

5) Piensa Ud. que estos síntomas pueden controlarse :

- eventualmente ()
- con medicación antipsicótica ()
- no se puede controlar ()
- otros -----



Inventario de Actitudes hacia la Medicación

- Autores : T. P. Hogan, A. G. Awad, M. R. Eastwood.
- Evalúa : La respuesta subjetiva a la medicación antipsicótica. N.º de ítems 10.
- Administración Autoaplicada.

- DESCRIPCIÓN

La DAI fue desarrollada para evaluar la respuesta subjetiva a los neurolépticos.

- Existen dos versiones:

.Larga: formada por 30 ítems que se agrupan en 7 categorías: respuesta subjetiva positiva, negativa, salud y enfermedad, médico, control, prevención y daño.

.Breve: formada por 10 ítems que se refieren al efecto percibido de la medicación.

Los ítems son de respuesta dicotómica verdadero-falso. El marco de referencia temporal no está definido.

-CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 ítems.

En los ítems números 1, 3, 4, 7, 9 y 10 las respuestas verdaderas valen 2 puntos y las falsas, 1 punto. En el resto de los ítems (2, 5, 6 y 8) las respuestas verdaderas valen 1 punto y las falsas, 2. Por tanto, la puntuación total puede oscilar entre 10 y 20.

No existen puntos de corte definidos. A mayor puntuación, efecto percibido de la medicación más positivo.

Instrucciones: Por favor, señale si en su caso son verdaderas o falsas cada una de las siguientes afirmaciones, tachando la letra V, si es verdadera y la letra F si es falsa.

Por ejemplo:

Los medicamentos hacen que me sienta mejor: V F
Si Ud. considera que los medicamentos hacen que se sienta mejor, tachará la letra «V» de verdadero.

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Para mí las cosas buenas de la medicina pesan más que las malas | V | F |
| 2. Siento que parezco un «zombi» por la medicina | V | F |
| 3. Tomo la medicina por mi libre elección | V | F |
| 4. La medicina hace que me sienta más relajado | V | F |
| 5. La medicina hace que me sienta cansado y lento | V | F |
| 6. Tomo la medicina solamente cuando me siento enfermo | V | F |
| 7. Me siento más normal con la medicina | V | F |
| 8. Es antinatural que mi mente y cuerpo estén controlados por las medicinas | V | F |
| 9. Mis pensamientos son más claros con la medicina | V | F |
| 10. Estando con la medicina puedo prevenir enfermarme | V | F |

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, _____

Con DNI N° _____.

Habiendo sido informado de las características y fines del trabajo de investigación: Repercusión de las reacciones extrapiramidales de la medicación antipsicótica en la actitud de los pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa - 2015

ACEPTO PARTICIPAR EN EL.

Firma _____

Huella Digital

Fecha _____

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA DE AREQUIPA



PERU Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

DE LA CARIDAD AL BIENESTAR

"Año de Diversificación Productiva y Fortalecimiento de la Educación"

Arequipa, 28 de enero del 2015

OFICIO No. 047-2015-SBPA-GG

RECORADO

Señorita
Idalia Luna Ramírez
Calle Cahuide No. 311- A.S.A.
PRESENTE.

ASUNTO : AUTORIZACIÓN INVESTIGACIÓN

REFERENCIA : FUT. No. 31611

Es grato dirigirme a usted para saludarla, y al mismo tiempo en atención al documento de la referencia, se autoriza el ingreso al Centro de Salud Mental "Moises Heresi" para realizar el proyecto de investigación "Repercusión de las Reacciones Extrapiramidales en la Actitud hacia la Medicación Antipsicótica en pacientes esquizofrénicos del CSMMH - Arequipa 2014"

En ese sentido, deberá previamente coordinar con el Administrador del CSMMH, para coordinar pormenores de su ingreso, horarios etc.

Hago de su conocimiento que una vez culminado el trabajo, motivo de autorización, deberá dejar un ejemplar del mismo en la Administración del mencionado centro, para su custodia, entre otros.

Atentamente,



SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA DE AREQUIPA

Abog. Miluzka Yabar Castillo
GERENTE GENERAL

Exp. No. 8422-14
Copias: Presidencia, CSMMH, Archivo Personal MYC,
CFY.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, Renato D. Psiquiatría 2da. Edición. Washington: Manual Moderno 2005.
- Belaskezely. L, Diccionario de Psicología.2ª Edición.Buenos Aires:Claridad;2010
- Castillo del Pino.Carlos,Conductas y Actitudes.España: Editorial Tusquets Editores;2009.
- Delgado.Rocio,Psicología Social.Arequipa:Universidad Católica de Santa Maria;2013.
- Fownsend, Mary C. Fundamentos de Enfermería en Psiquiatría. 4ta.Edición. México: MCGRAW-HILL, 2011.
- Hwany.Michael, Esquizofrenia y Patologías Diagnóstico y Tratamiento. Barcelona: Editorial Masson ; 2003.
- Gasto.Cristobal, Esquizofrenia y Transtornos Afectivos Avances en el Diagnóstico y Terapéutica. Madrid: Editorial Media Panamericana ; 2007.
- Larrageti.Rafael, Esquizofrenia Consideraciones sobre algunos Factores Somáticos . La Habana S.E; 2007.
- Liberman.Jefrey, Tratado de Esquizofrenia . Barcelona: Editorial ARS Media ; 2008.
- Osorio .Yulissa, Frecuencia y Severidad de Reacciones Adversas a Fármacos Antipsicóticos Centro de Salud Mental Moises Heresi Arequipa 2000-2006. U.C.S.M. Programa Profesional de Farmacia y Bioquímica Arequipa,Perù; 2006.
- Sarason.Irwin.Psicopatología ,Psicología Anormal: El Problema de la Conducta Inadaptada.11ªEdición.Mexico: Pearson Edwin;2006
- Taylor .Shelley.Psicología de la Salud.6ª Edición.Mexico:MC Grau-Hill;2007

INFOGRAFIA

- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- www.bipolarweb.com/antisicóticos.htm
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- www.tiposde.org
- www.eumed.net
- www.es.wikipedia.org.
- www.uci.edu.py
- www.psicologia.masalladelogos.com

