



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
HOSPITAL MILITAR DR CARLOS ARVELO

**RELACION MEDICO PACIENTE Y ACTITUDES HACIA LA MEDICACION EN
PACIENTES PSICOTICOS AGUDOS**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al Título de Especialista en
Psiquiatría

Carmen Milagros Castro Cedano

Caracas, noviembre 2022



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
HOSPITAL MILITAR DR CARLOS ARVELO

**RELACION MEDICO PACIENTE Y ACTITUDES HACIA LA MEDICACION EN
PACIENTES PSICOTICOS AGUDOS**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al Título de Especialista en
Psiquiatría

Tutor: Argelia Sulbarán Arrico.

Carmen Milagros Castro Cedano

Caracas, noviembre 2022

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
MÉTODOS	44
RESULTADOS	48
DISCUSIÓN	51
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS	56
ANEXOS	61



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **CASTRO CEDANO CARMEN MILAGROS Pasaporte N° RD4510464**, bajo el título **"RELACION MEDICO PACIENTE Y ACTITUDES HACIA LA MEDICACION EN PACIENTES PSICOTICOS AGUDOS"**, a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA –HMUCA**, dejan constancia de lo siguiente:

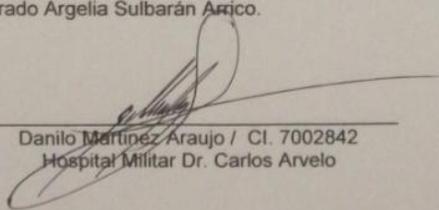
1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 24 de Noviembre de 2022 a las 10:00 AM., para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo de manera remota a través de la plataforma de Google Meet, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

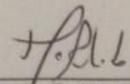
2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con la ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

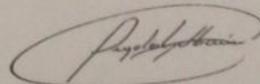
Para dar este veredicto, el jurado estimó que el trabajo examinado es valioso por el aporte a la comprensión de la salud mental.

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 24 días del mes de Noviembre del año 2022, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinadora del jurado Argelia Sulbarán Arrico.


Danilo Martínez Araujo / CI. 7002842
Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo


Maria Alejandra Pulido / CI. 11310789
Hospital Universitario de Caracas


Argelia Sulbarán Arrico / CI.11922610
Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
Tutora

ASA/24/11/2022



CERTIFICACIÓN DEL TUTOR
PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO ACADÉMICO
EN FORMATO IMPRESO Y FORMATO DIGITAL

Yo, **Argelia Sulbarán Arrico** portador de la Cédula de identidad
Nº **11.922.610**, tutor del trabajo: _____

**RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y ACTITUDES HACIA LA MEDICACIÓN EN
PACIENTES PSICÓTICOS AGUDOS**

_____, realizado por el (los) estudiante (es)

Carmen Milagros Castro Cedano

Certifico que este trabajo es la **versión definitiva**. Se incluyó las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.

Argelia Sulbarán Arrico

Firma del Profesor

En caracas a los **24** días del mes de **noviembre** de **2022**

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA.
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

Yo, (Nosotros) Carmen Milagros Castro Cedano
autor(es) del trabajo o tesis,

**RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y ACTITUDES HACIA LA MEDICACIÓN EN
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

Presentado para optar:

TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

Autorizo a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

<input checked="" type="checkbox"/>	Si autorizo
<input type="checkbox"/>	Autorizo después de 1 año
<input type="checkbox"/>	No autorizo
<input type="checkbox"/>	Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo
Indique:	

Carmen Castro
Firma(s) autor (es)

Carmen Castro

C.I. N° RD4510464

C.I. N° _____

e-mail: cmilagroscastro95@gmail.com

e-mail: _____

En Caracas, a los 24 días del mes de noviembre, de 20 **22**

Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Coordinación de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

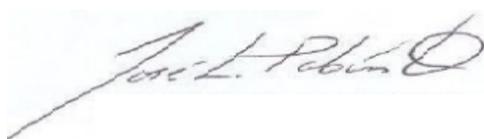
La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.



Tutor. Cédula. Correo electrónico.

C.I: 11922610

argeliasulbaran@gmail.com



Director del Postgrado. Cédula. Correo electrónico.

C.I.: 6312175

lisandropd@gmail.com



Coordinador del Postgrado. Cédula. Correo electrónico.

C.I.: 7002842

djmartinezaraujo@gmail.com

RELACION MEDICO PACIENTE Y ACTITUDES HACIA LA MEDICACION EN PACIENTES PSICOTICOS AGUDOS

Carmen Milagros Castro Cedano, Pasaporte: RD4510464, sexo: femenino, Email: cmilagroscastro95@gmail.com. Telf.: +1(829)6104811. Dirección: Av. San Martín, calle circunvalación, urbanización San Martín 1, Edf 2, Letra f, Apt 7f. Programa de Especialización en Psiquiatría.

Tutor: **Argelia Sulbarán Arrico**. CI V-11922610, sexo: femenino, Email: argeliasulbaran@gmail.com Telf.: 04122010313. Dirección: Calle Palmerar de Baix 11. Vilanova y la Geltrud. Barcelona. España
Especialista en Psiquiatría.

RESUMEN

Objetivo: La presente investigación pretende recoger información tendiente a la relación médico paciente y actitudes hacia la medicación en pacientes psicóticos agudos. **Métodos:** El estudio fue descriptivo, prospectivo, observacional y de corte transversal. La población fueron pacientes psicóticos agudos del área de hospitalización de Psiquiatría y Psicología Clínica del HMDCA con diagnóstico clínico de esquizofrenia y/o trastorno bipolar, utilizando como instrumentos el Drug Attitude Inventory (DAI), CREM-P y cuestionario sociodemográfico, siendo la muestra de este estudio 25 sujetos, en el periodo de diciembre 2020 a julio 2022. **Tratamiento estadístico:** Se calcularon estadísticos de tendencia central y dispersión como estadísticos de conteo. La correlación entre actitud hacia la medicación y la relación-médico paciente se evaluó con el coeficiente de correlación de Pearson. Los datos fueron tabulados con STATA 17. **Resultados:** La edad promedio de los 25 pacientes fue 38 ± 13 años, la mayoría fue de sexo femenino (68%). De los diagnósticos, 10 (40%) fueron esquizofrenia y 15 (60%) trastorno bipolar. De acuerdo a los resultados del CREM-P, 100% respondió que con la medicación puede evitar caer enfermo, 92% lo bueno de la medicación supera lo malo, 88% tuvo pensamientos más claros con medicación, entre otros. **Conclusión:** Existe una alta actitud hacia la medicación que se correlaciona de manera significativa con la relación médico-paciente, la importancia

de la actitud a la medicación es un factor clave que se propicia por la participación activa del personal de salud en este grupo de pacientes.

Palabras clave: Psicosis, actitud, medicación, relación médico–paciente.

PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP AND ATTITUDES TOWARDS MEDICATION IN ACUTE PSYCHOTIC PATIENTS

Objective: This research aims to collect information on the doctor-patient relationship and attitudes towards medication in acute psychotic patients. **Methods:** The study was descriptive, prospective, observational and cross-sectional. The population was acute psychotic patients from the Psychiatry and Clinical Psychology hospitalization area of the HMDCA with a clinical diagnosis of schizophrenia and/or bipolar disorder, using the Drug Attitude Inventory (DAI), CREM–P and sociodemographic questionnaire as instruments, with the sample being this study 25 subjects, in the period from December 2020 to July 2022. **Statistical treatment:** Central tendency and dispersion statistics were calculated as count statistics. The correlation between attitude towards medication and the doctor-patient relationship was evaluated with the Pearson correlation coefficient. Data were tabulated with STATA 17. **Results:** The mean age of the 25 patients was 38 ± 13 years, most were female (68%). Of the diagnoses, 10 (40%) were schizophrenia and 15 (60%) bipolar disorder. According to the results of the CREM-P, 100% responded that with medication they can avoid falling ill, 92% said that the good thing about medication is that it overcomes the bad, 88% had clearer thoughts with medication, among others. **Conclusion:** There is a high attitude towards medication that correlates significantly with the doctor-patient relationship, the importance of the attitude towards medication is a key factor that is fostered by the active participation of health personnel in this group of patients.

Keywords: Psychosis, attitude, medication, doctor-patient relationship.

INTRODUCCIÓN

El hombre es concebido como una integración de percepción, impulso, emoción, memoria e imaginación como estructura psíquica; a partir del cual constituye el mundo que percibe y lo cual corresponde a la construcción de la conciencia, del mundo subjetivo del individuo.

Actualmente la psiquiatría tiene una visión totalista del ser humano, donde la investigación somática, debe estar acompañada de la investigación psicológica, único medio para descubrir el dinamismo psíquico; donde cada persona y su personalidad es biopsicosocial, funciona como una integración y una estratificación de los factores constituyentes; tales como: el biológico, el psicológico y el social.

La salud mental, es uno de los principales problemas del área de la salud general. Las enfermedades mentales alteran el desarrollo del individuo, por lo que toda persona necesita de un sentido de seguridad; siendo la salud un estado de completo bienestar físico, mental y social.

Dentro de las enfermedades mentales encontramos la esquizofrenia y el trastorno bipolar. En la esquizofrenia se comprometen las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentar ideas delirantes. La afectividad se caracteriza por la superficialidad y la incongruencia. Así mismo, el trastorno bipolar altera el afecto, pensamiento, comportamiento y sensopercepción; asociado a la disminución de la productividad y la calidad de vida del enfermo; con aumento del suicidio, más aún sin diagnóstico y tratamiento adecuado. Es un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados de variaciones en los estados de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración se da por la exaltación y aumento de la vitalidad en una y otras se puede dar la disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y la actividad junto a la depresión.

Al padecer un trastorno mental como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, la relación médico-paciente debe darse bajo el ámbito del respeto, la confianza y la seguridad para poder lograr el objetivo esencial; que el tratamiento recibido y los cuidados del paciente psicótico sean eficaces. Es importante señalar la importancia que tiene la relación médico-paciente como base fundamental de una buena consulta médica. Con el avance de la ciencia y la tecnología, el médico comienza a utilizar métodos cada vez más eficaces para los diagnósticos y tratamientos; lo cual no deja de estar asociado a la confianza de los pacientes en la ciencia y en los médicos.

Tomando en cuenta, que el elemento fundamental para una buena relación es la confianza, en esta relación médico-paciente; el médico debe estar consciente de que el paciente no tiene dañado un órgano exclusivamente, sino que enferma de manera integral, en donde el enfermar conduce a sufrir.

La relación entre el profesional de la medicina y el paciente conlleva un componente emocional por el estrecho contacto que se produce y los contenidos que se abordan como el sufrimiento, los temores, incertidumbre y expectativas que se producen con respecto al alivio del padecimiento.

El médico necesita comunicarse efectivamente con los pacientes y sus familiares para establecer una alianza terapéutica adecuada que le permita manejar síntomas afectivos, cognitivos y conductuales; a su vez con un equipo interdisciplinario lograr tratar al paciente para que cumpla con el tratamiento indicado y le permita mejorar su enfermedad mental, así como proteger en lo posible su calidad de vida.

Planteamiento y delimitación del problema

La salud mental en el mundo, es una cuestión de bienestar económico y político. Los nexos entre las fuerzas sociales y la enfermedad son complejos y variados. Los problemas de salud mental asociados con desastres naturales, carencias ambientales, enfermedades somáticas y el proceso de urbanización, provocan daños importantes, cuyo impacto es mayor en las comunidades más pobres y carentes de servicios. Esos problemas tienen diferentes orígenes y cursos históricos, los cuales están relacionados con las desventajas políticas y económicas que hoy sufren en el mundo las

comunidades desvalidas. La salud mental está íntimamente ligada a la calidad de vida y a las condiciones psico-socioeconómicas y culturales.¹

La importancia de la salud mental es igual a la de la salud física, ambas conforman el bienestar general de las personas, las comunidades y las sociedades, por ende, los países y el mundo. En este contexto puede referirse que tradicionalmente la salud mental, la salud física y la salud social forman parte de las diferentes dimensiones del hombre; que a su vez están relacionadas y son interdependientes. En este sentido, resulta evidente asegurar la calidad de la salud mental para garantizar el bienestar general de las personas, las comunidades, las sociedades y los países.

En el tratamiento de los trastornos psiquiátricos deben seguirse ciertos principios necesarios que son imprescindibles en la salud mental, tales principios son: la evaluación integral del paciente, las terapias, el tratamiento a cumplir entre otros. La farmacología como ciencia que estudia las drogas que tienen acción sobre los seres vivos, puede utilizarse en la curación, mitigación o prevención de las enfermedades. En la actualidad se emplea gran número de drogas en la práctica médica, y no pueden usarse en forma racional ni segura sin un conocimiento acabado de su acción, absorción y excreción, así como su toxicidad.²

El tratamiento psicofarmacológico debe producirse una vez valorado el potencial de riesgo y beneficio de este. Esta evaluación es importante realizarla con el fin de conocer los síntomas del paciente, el cual incluye el examen del estado mental y físico para establecer un diagnóstico clínico adecuado. Los trastornos mentales representan un 12% de morbilidad a nivel mundial, de las cuales una minoría recibe un tratamiento adecuado.

Según la OMS³, los pacientes con tratamientos psiquiátricos deben tener una información de los posibles efectos secundarios al ser tratados, como una medida preventiva; ya que el manejo del tratamiento por parte del psiquiatra permite un control de las dosis a medicar al paciente para tranquilizarlo; muchos de los efectos secundarios son pasajeros. En la actualidad la farmacología como ciencia de

vanguardia de la medicina desarrolla importantes avances, mostrándose siempre en evolución.

Dentro de los derechos humanos, existen principios para la protección de los enfermos mentales; tales como todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social. Estas personas que son atendidas por esa causa deben ser tratadas con humanidad y respeto a la dignidad inherente de la persona.

Por atención de la salud mental, se entenderá el análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona y el tratamiento, el cuidado y las medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental real o presuntiva.⁴

La Ley Orgánica de Salud de Venezuela señala en su artículo 69; que los pacientes tienen derecho a: respeto a su dignidad e intimidad, recibir explicaciones en términos comprensibles sobre todo lo concerniente a su salud y el tratamiento de su enfermedad (de estar informado antes las opciones diagnósticas y terapéuticas), sus familiares tienen el derecho de ser informados sobre el diagnóstico del paciente cuando se encuentre en estado de alteración mental que le impida entender y decidir.⁵

Así mismo, tiene el derecho a tener una historia médica, donde conste por escrito y de manera certificada por parte del médico tratante todos los datos pertinentes a su enfermedad: motivo de consulta, antecedentes, historia de la enfermedad actual, diagnóstico principal y secundario, terapéuticas, su evolución clínica, condición del paciente al momento de su egreso hospitalario, terapias a seguir y consultas sucesivas que tiene que cumplir.

Actualmente en el Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" (HMDCA), el ingreso de un paciente con trastorno psiquiátrico supone una situación límite, lo cual puede traer una consecuencia negativa para el paciente; esto debido a que hay que evaluar cada caso, tomar una decisión para su ingreso y tomar las medidas terapéuticas provisionales u otro tipo de tratamiento, lo que supone un acto importante del profesional de psiquiatría. Es importante resaltar que muchos de estos pacientes acuden al centro hospitalario por tener una recaída de su condición psiquiátrica; ya que incumplen con

frecuencia el tratamiento ya sea por rechazo al medicamento, por su costo económico, por desconocimiento o por la falta de confianza en el médico tratante.

Todo esto trae como consecuencia, que la evolución en el estado mental y de salud en general del paciente, presente una descompensación, pudiendo ser grave para él mismo y su entorno, dependiendo de los síntomas que presente al momento de su evaluación; tomando como punto de referencia: su enfermedad médica y tratamiento recibido e indicado, situándolo en una situación de alto riesgo.

La situación actual que se está viviendo en el país, amerita que el paciente psiquiátrico cuente con el apoyo del médico tratante, que exista un vínculo de confianza y seguridad que le permita tener a estos pacientes una mejoría de la salud. Significa ofrecerle mejor calidad de vida, calidad de tiempo, calidad en su relación familiar y social. Todo esto trae como consecuencia, que la evolución en el estado mental y de salud en general del paciente, cuando no cumple con el tratamiento adecuadamente presente una descompensación, pudiendo ser grave para él mismo y su entorno, dependiendo de los síntomas que presente al momento de su evaluación; tomando como punto de referencia: su enfermedad médica y tratamiento recibido e indicado, situándolo en una situación de alto riesgo.

La relación médico-paciente juega un papel esencial en la práctica de la medicina, esto nos permite tomar decisiones en conjunto con el paciente, siendo de suma importancia en el área de la salud mental, ya que la confianza que se establece entre ambos es indispensable para elaborar un diagnóstico fiable y abordar el tratamiento psicofarmacológico. Cuanto mejor sea la relación en términos de respeto, mejor será la cantidad y calidad de la información sobre la enfermedad que tendrá el paciente sobre su dolencia, pudiendo así sentirse copartícipe de su atención, durante el proceso de salud enfermedad.

Por las razones antes expuestas, se plantea la siguiente interrogante en el presente estudio: ¿Cómo es la relación médico-paciente y la actitud hacia la medicación en los pacientes psicóticos agudos previos a su egreso durante la hospitalización en el departamento de psiquiatría del HMDCA?

Justificación e importancia

La enfermedad mental requiere de un tratamiento de tacto y habilidad desde su principio, el médico debe ver al paciente desde que se sospeche la alteración de la condición mental de una persona. Tras la etiqueta de enfermo mental, el paciente medicado farmacológicamente, suele avergonzarse de tomar medicación.

Conocer la actitud hacia la medicación de los pacientes psiquiátricos agudos, permite ayudar a identificar y modificar los prejuicios de los pacientes y no solo de ellos, sino de la sociedad, tomando en consideración que el contacto con los pacientes, es un ingrediente fundamental en cualquier cambio de actitud. Las causas de una enfermedad mental puede ser parte de experiencias pasadas, para lo cual el psiquiatra necesita también la cooperación de los familiares.

La falta de adherencia a la medicación de los pacientes psiquiátricos constituye una barrera significativa para el éxito del tratamiento; en la práctica clínica se ha relacionado con malos resultados terapéuticos, tales como mayores riesgos de recaída, recurrencia y suicidio siendo estos los grandes retos a los que se enfrentan tanto los profesionales de la salud mental como el propio paciente.

Es frecuente observar la falta de confianza por parte del paciente en la utilidad y la eficacia del medicamento, por el hecho de que sus beneficios podrían parecer insuficientes en los primeros días. En otras oportunidades, la dificultad pareciera también estar asociada a la falta de conocimiento por parte del paciente sobre su propia enfermedad, así como de ausencia de apoyo familiar y social. Es importante señalar que un paciente cumple mejor y con más facilidad el tratamiento farmacológico si mantiene una buena relación con el equipo de salud y participa en la planificación de su propio tratamiento, asumiendo la responsabilidad e interés en cumplir con las indicaciones prescritas y recibiendo los conocimientos necesarios acerca de su enfermedad e intervenciones.

La calidad de la relación médico-paciente puede afectar no solo las respuestas emocionales del paciente sino también la conducta y la evolución médica, como la adherencia al tratamiento y la recuperación. El médico debe estar motivado a mejorar

las técnicas de comunicación y educación hacia los pacientes, desarrollando sus habilidades para comprenderse con ellos, alentando las decisiones participativas transmitiendo respeto y dignidad.

No obstante, aparte de la correcta administración y seguimiento del tratamiento farmacológico, fundamental para el éxito terapéutico, el apoyo familiar, una psicoterapia adecuada, mejoran sustancialmente el bienestar de los pacientes con enfermedades mentales graves. La importancia de tener en cuenta la actitud hacia la medicación, reside en entenderla como un proceso dinámico.

Antecedentes

Ortega J., Sánchez D⁶ En su trabajo de investigación sobre la adherencia al tratamiento, señalan que la principal causa para que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos puedan proporcionar al paciente, es la adherencia. Lo cual es un problema de gran impacto mundial predominando sobre todo en pacientes crónicos. Citan a la OMS, señalando que existen cinco factores intervinientes en la adherencia terapéutica, tales como: los factores socio-económicos, los relacionados con el tratamiento, los relacionados con el paciente, los relacionados con la enfermedad y los relacionados con el equipo sanitario.

Moro F.⁷ Universidad de Alicante “Factores sociofamiliares y estancia hospitalaria: La complejidad de la intervención social en el área de Psiquiatría de agudos, aplicación de la escala ECISACH-BCN PSMAR.” Estudian la complejidad de los determinantes sociales en los procesos de hospitalización psiquiátrica que pueden ayudar a los profesionales de salud mental a planificar los recursos que la población requiere durante su ingreso; así como planificar el alta hospitalaria. Destacaron factores de protección y riesgo social a tener en cuenta en el momento de la intervención clínica y social que pueden determinar el pronóstico de la enfermedad. Este estudio tuvo como objetivo descubrir los factores sanitarios, sociales y familiares que determinan la complejidad de la intervención social mediante la aplicación de la escala ECISACH-BCN PSMAR en el área hospitalaria del servicio psiquiátrico del Hospital del Mar de

Barcelona. Los resultados sugieren que la falta de apoyo familiar, complican la estancia hospitalaria teniendo una relación compleja en lo social y duración del ingreso.

Lara M. et al.⁸ en su trabajo de grado de la Facultad de Ciencias de la Salud, “Datos sociodemográficos, clínicos, autoeficacia y actitudes hacia la medicación en relación con la adherencia del tratamiento de depresión”, su objetivo fue analizar el papel que tienen las variables sociodemográficas y clínicas que pueden estar relacionadas con la adherencia al tratamiento en pacientes depresivos. La muestra constituida por 462 participantes con trastornos depresivos, a los que se les administraron auto-informes para evaluar variables sociodemográficas y clínicas; las actitudes hacia los medicamentos y el grado de adherencia al tratamiento. El instrumento utilizado fue la entrevista semiestructurada. Las variables sociodemográficas y clínicas respectivamente que se relacionaron con la adherencia al tratamiento fueron la edad de los pacientes; siendo las personas con edades avanzadas las que presentaban una mayor adherencia y el tiempo de tratamiento en el que se observó una relación directa con la adherencia. Con respecto al resto de las variables estudiadas se observó que no solo la mejoría del sujeto se relaciona con la adherencia del tratamiento, sino también influyen otras variables. Sus conclusiones fueron que la adherencia al tratamiento se relaciona en alto grado con la edad de los participantes, el tiempo y las actitudes hacia la medicación.

Caqueo-Urizar A. et al.⁹ En el trabajo de investigación sobre la adherencia a la medicación en pacientes indígenas con esquizofrenia, Universidad de Tarapaca Arica de Chile, señalan que la falta de adherencia a la medicación psicótica, sigue siendo un problema en el tratamiento de la esquizofrenia; sobre todo en la población indígena. El objetivo fue evaluar las diferencias en la adherencia farmacológicas, medida a través de la actitud hacia los antipsicóticos, entre pacientes aymara y no-aymara con esquizofrenia. La muestra tuvo compuesta por pacientes que recibían tratamiento en los servicios públicos de salud mental de Bolivia (32,8%), Perú (33,6%) y Chile (33,6%). Se utilizó un inventario de actitud hacia la medicación (DAI-10), la Escala de Barra de Acatisia (EBA) como medida de los efectos secundarios y la escala para el

Síndrome positivos y negativos de la Esquizofrenia (PANSS) para evaluar la severidad del trastorno. Los pacientes aymaras presentan una menor adherencia que los pacientes no-aymaras; sin embargo, estas diferencias no fueron significativas ($t=1,29$, $p=0,19$). La edad mostro una asociación significativa con la adherencia. Observándose que pacientes más jóvenes y con mayor sintomatología presentan una actitud más negativa hacia los fármacos. Se discutió como la dinámica migratoria ha provocado la pérdida de tradiciones y costumbres propias de las étnicas; promoviendo la adopción de estilos de vida nuevos y cada vez más interculturales e incluso cambiando su concepción de la enfermedad mental. Los profesionales tratantes deben estar conscientes de no aplicar estereotipos en cuanto a la relación etnia-antipsicóticos.

Ramos S. et al. ¹⁰ En su trabajo “Relación médico-paciente en salud mental: Documento de voluntades anticipadas y la planificación de decisión” señalaron que el modo de concebir la relación asistencial, ha sido paternalista. Indican que en los pacientes con enfermedad mental es el modelo dominante. Sin embargo, los profesionales han de asumir que los pacientes pueden ser capaces de escoger y rechazar aspectos relacionados con el tratamiento de su salud. La toma de decisión compartida, es la mejor relación entre el médico y el paciente. El documento de voluntad anticipada y la planificación anticipada de decisión, se mostró como una buena manera de poder respetar al paciente. Señalaron estudios empíricos sobre la toma de decisiones compartidas en pacientes con trastornos mentales graves, indicando que la mayoría de los pacientes manifestaban su deseo de implicarse en la decisión.

Mudarra N.¹¹ en su trabajo de investigación para optar al título de Especialista en Clínica Mental de la Universidad Central de Venezuela, realizado en el Hospital Universitario de Caracas en junio 2014 sobre las actitudes de los médicos residentes hacia pacientes con trastornos mentales con el objetivo general de explorar las actitudes de los médicos residentes de las distintas especialidades (excluyendo a los de psiquiatría) a cargo de pacientes hospitalizados en el HUC, hacia el paciente con trastorno mental. El tipo de investigación fue no experimental, con una población de 370 médicos y una muestra de 154 médicos estratificada, se estudió el

comportamiento psicométrico del instrumento para establecer posteriormente las relaciones con el sexo, edad, especialidad, tiempo de ejercicio de la profesión, contacto previo con un paciente psiquiátrico, año de curso de residencia, padecimiento del algún trastorno psiquiátrico y haber acudido a un especialista del área. El instrumento utilizado fue el cuestionario de actitudes hacia la enfermedad mental de Cohen y Struening (1979) adaptado a la población española, Ylla et al (1982) en donde se realizó un análisis psicométrico del instrumento, lo que permitió confirmar una estructura factorial bastante parecida a la reportada en la investigación. Se demostró que el instrumento es preciso y que permite medir la variable actitud en poblaciones similares a los del estudio realizado, en función de las variables personales y profesionales. Los resultados obtenidos mostraron que los encuestados tenían mayor tiempo de haber obtenido el título de médico y que los prejuicios, etiología, negativismo y estigmatización, así como el buen trato hacia los pacientes psiquiátricos fueron las dimensiones de la variable actitud que correlacionaron con el resto de las variables en la cual se encontró una actitud positiva hacia este tipo de paciente. Las variables personales y profesionales de los médicos residentes, favorecen las predisposiciones de los residentes.

Farías P. et al.¹² en el trabajo de grado, titulado evaluación de la relación médico paciente (RMP) en una población de San Juan (Argentina), el objetivo fue conocer la calidad de la relación médico paciente (RMP) de una localidad de San Juan. Fue una investigación descriptiva, exploratoria y transversal. La población de 100 pacientes mujeres y hombres. El instrumento utilizado Cuestionario de relaciones médico-paciente (CREM-P) de Mingote Adán, Moreno-Jiménez, Rodríguez Carvajal, Gálvez Herrer y Ruiz-Lopez, el cual consta de 13 ítems y se muestra como un instrumento fiable, válido y de fácil cumplimentación diseñado para permitir la evaluación tanto clínica como de investigación. El 70% de los encuestados refirió que su médico lo entiende, que confía en él, se esfuerza en ayudarlo, puede hablar con él, está contento con el tratamiento que le ha puesto, le ayuda, el tratamiento lo está beneficiando, está de acuerdo con este sobre las causas de sus síntomas, es muy accesible, refieren sentirse mejor gracias a su médico, considera que tiene más información sobre su salud debido a su médico, sostiene inclusive que posteriormente controla mejor los

síntomas aunque no vea a su médico. En todos los ítems del cuestionario más del 50% de los encuestados refiere una adecuada RMP.

Garrido C.¹³ Universidad de Carabobo en su trabajo de grado Cuidado humanizado de personas con problemas de salud mental en el ambulatorio “Luis Guada Lacan del IVSS” en Naguanagua, Estado Carabobo del año 2009, se enfocó en un estudio descriptivo, de diseño no experimental de campo. La población y muestra, estuvo conformada por el total de enfermeras comunitarias que elaboran en el área de psiquiatría, 12 enfermeras profesionales. La información se recabó por el cuestionario el cual estuvo estructurado por 18 preguntas policotómicas relacionadas con expertos y la confiabilidad por una prueba piloto aplicada a cada grupo con características similares. Se aplicó el coeficiente Alfa de Crombach que arrojó $\alpha=0,82$; es decir altamente confiable. Los resultados fueron enmarcados en cuadros estadísticos, mediante la frecuencia absoluta y porcentaje. Solo el 33% de los participantes realizaba actividades para abordar el problema de salud mental y el otro 50% de los encuestados realizaba la valoración psicológica, recomendaron orientar a la población sobre el estudio de la necesidad de realizar la valoración del paciente en su entorno familiar y social, lo cual repercute en la calidad de vida de estos pacientes.

Cruz O. et al.¹⁴ En el trabajo de investigación “La evaluación médico-paciente en la actualidad y el valor médico clínico de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos-Cuba”, señala que en el surgimiento de la actividad médica se une al desarrollo de las relaciones humanas. El reconocimiento del valor de la relación médico-paciente y de su momento psicológico, está unida gnoseológicamente con el reconocimiento del valor de la visión integral del hombre. Es por esto el énfasis en la importancia del medio ambiente y la relación del médico-paciente, que constituye un hito decisivo en el desarrollo de la medicina. Su importancia reviste en el condicionamiento socio-histórico que la determina, suscita un interés permanente y renovado no solo de la medicina sino de muchas disciplinas colindantes con ella. La comunicación médico-paciente y la ética médica, es un proceso donde la empatía y la profesionalidad se ponen de manifiesto y resulta enriquecedor tanto para el médico como para el paciente cuando se cumplen los principios de la ética médica como

inseparables. El valor del método clínico o proceso de diagnóstico, son los pasos ordenados que todo médico aplica en la búsqueda del diagnóstico en sus enfermos, el cual consiste en la formulación de las quejas de salud de sus enfermos, obtención de información necesaria sobre los síntomas, signos y otros datos necesarios para establecer un diagnóstico. Es un método científico o experimental de las ciencias aplicado a una investigación de laboratorio. La atención primaria de la salud, es la base del sistema de salud en Cuba puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad. El análisis de la investigación no se hizo solamente de forma teórica, desde el punto de vista político y estructural, el cambio de paradigma no es solo un cambio en la teoría sino en los mecanismos sociales con un cambio de pensamiento donde el elemento de conservación es más fuerte. El desarrollo de la tecnología médica brinda posibilidades insospechadas en el campo de los medios diagnósticos y la producción de fármacos, que se convierte en un elemento mediador entre el paciente y el médico, lo que deshumaniza a esta relación. La medicina no es una ciencia teórica, como tampoco es una ciencia natural, ha de estar mediada o marcada por un contenido social. Concluyen los investigadores que la comunicación constituye un proceso fundamental para el desarrollo de una relación médico –paciente eficaz, el médico debe perfeccionar constantemente sus habilidades comunicativas y actuar siempre de acuerdo a los principios de la ética, los aspectos comunicativos en la relación médico-paciente son esenciales para la educación del paciente con respecto a sus problemas de salud y el cual debe ser contextualizado con un enfoque integral e histórico-cultural.

Predique L.¹⁵ Realizó un trabajo de investigación “Sobre la ética en la relación psiquiátrica médico-paciente” de la Universidad de los Andes, esta abarca zonas urbanas, suburbana y rural de las siguientes ciudades Mérida, Táchira y Barinas, incluyendo parte de una población rural de Colombia. Señala que, en Venezuela, el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes requiere un trato amoroso, de seguridad y confianza. Por otra parte, también destacó la necesidad de mejorar las condiciones humanas en las instituciones y trabajar por una concepción integral de estas enfermedades. Esto como una manera de conocer mejor de que se trata realmente una patología mental. La importancia antropológica en el diagnóstico y mejor

comprensión de estas dolencias, en este trabajo de investigación se plantea la utilidad de apoyo a los especialistas, pues en Venezuela un país multiétnico y multicultural, las concepciones que tiene la población sobre la “locura”, enriquecería el panorama médico-psiquiátrico venezolano. El instrumento utilizado fue la entrevista abierta guiada, con una muestra de 30 pacientes, donde el 80% padece diversos tipos de esquizofrenia y un 20% es bipolar. El 60% pertenece a las clases sociales media con recursos moderados, el 5% pertenece a la clase media acomodada y el otro 35% al grupo social más pobre. Concluye que mientras la intervención psicoterapéutica no tome en cuenta los aspectos culturales en la relación con los pacientes y no concientice de su papel fundamental en la relación con el enfermo a través de la imagen de la serenidad, amor y confianza que proyecta; la curación o mejoría de los enfermos mentales está lejos de llegar al punto óptimo.

Marco Teórico

Amarista et al¹⁶, señalan que la psiquiatría trata sobre las enfermedades mentales y en general de la actividad anímica normal y anormal, de los pacientes. La rama de la medicina que se ocupa de la génesis, la dinámica, las manifestaciones y el tratamiento de los trastornos funcionales indeseables de la personalidad, los cuales alteran la vida subjetiva del individuo o sus relaciones con otras personas o con la sociedad. El mismo autor citando a Figueras, la define como “ciencia que estudia las perturbaciones del psiquismo o la rama de la medicina que estudia los trastornos mentales”. La psiquiatría se ocupa de la génesis, la dinámica, las manifestaciones y tratamiento de los trastornos funcionales indeseables de la personalidad que alteran la vida subjetiva del individuo o sus relaciones con otras personas o con la sociedad.

En la medicina, la psiquiatría se ocupa del diagnóstico y el tratamiento de la conducta anormal, principalmente de aquellas cuyas causas son defectos orgánicos del cerebro o de algún desequilibrio químico en el cuerpo; por ello, los psiquiatras parecieran enfocar el tratamiento de los desórdenes mentales con prescripción de fármacos o

terapia electroconvulsiva, aunque también emplean métodos psicoterapéuticos, los cuales se basan en el dialogo con los pacientes.

Enfermedad Mental

La enfermedad mental desde el punto de vista psiquiátrico, comprende diversos y heterogéneos trastornos del psiquismo humano; ya que no se refiere de manera exclusiva a las perturbaciones patológicas de las funciones mentales, sino que también acoge al defectuoso desarrollo del psiquismo (oligofrenias), la perdida de la inteligencia (demencia), a la desarmonía entre los diferentes factores psíquicos (psicopatía) y las reacciones vivenciales anormales de la personalidad humana (neurosis); es decir, a todos los procesos psicopatológicos estudiados por la psiquiatría como rama de la medicina.

La enfermedad mental suele ser una condición de salud estigmatizada; presentándose también asociadas en ocasiones, alteraciones corporales como son las deformidades físicas, alteraciones de movimientos que pueden ocasionar los medicamentos neurológicos y las alteraciones propiamente mentales como marcas del carácter individual, voluntad débil, carácter dominante entre otros.

Clasificación de las enfermedades mentales

La psiquiatría como ciencia debe poseer un sistema de clasificación para no perder el carácter fundamental de la comunicabilidad. La clasificación de Kraepelin es resultado de una síntesis de los trabajos clínicos, sobre todo franceses y alemanes del siglo XIX, el cual logró aceptación mundial. Existen tres categorías etiológicas, que señalan que los trastornos mentales dependen de tres factores, tales como:

- Factores endógenos constitucionales; son aquellos elementos que el individuo aporta al nacer. Los cuales resultan de su constitución genética y en la medida que ella determina la estructura particular de la personalidad con modalidades reaccionales propias.

- Factores exógenos psicológicos, son las condiciones del medio que por su significación psicológica para el individuo actúan sobre su personalidad.
- Factores exógenos orgánicos; son aquellos llamados por Schneider causas orgánicas detectables. Se considera factores orgánicos cuando exista en el sistema nervioso modificaciones estructurales o metabólicas detectables y cuando el trastorno psíquico sea la consecuencia de una acción sobre el sistema nervioso de un factor físico o químico conocido.

Se describen principalmente en la literatura seis categorías de cuadros mentales, entre las cuales tenemos¹⁶:

1. Psicosis es una enfermedad mental caracterizada por los trastornos de conducta graves; tales como la distorsión del juicio de la realidad (alucinaciones y/o delirio), las cuales suelen presentarse después de la adolescencia.
2. Neurosis las cuales son enfermedades mentales con trastorno de conducta leves con juicio de la realidad conservado, la sintomatología es fundamentalmente afectiva y suele surgir de los conflictos en la infancia.
3. Enfermedades psicósomáticas, son cuadros de trastornos de conducta, cuyo juicio de la realidad es normal y puede aparecer en cualquier etapa de la vida, cuya sintomatología se manifiesta en el área corporal afectada.
4. Oligofrenias, enfermedades mentales caracterizadas por trastornos de conducta leves, medianos o graves, sin conciencia de la enfermedad, con juicios de la realidad distorsionados y cuyo síntoma predominante es el déficit intelectual. Sus causas pueden ser hereditarias, genéticas, constitucionales entre otros
5. Demencia, enfermedad mental con trastornos de conducta graves, con juicios distorsionados de la realidad. Dentro de sus causas tenemos: degenerativas, circulatorias, arterioscleróticas, traumáticas, tumorales, entre otras. Actualmente se distinguen demencias reversibles y pseudodemencias.

Trastorno Mental

Los trastornos mentales, según Sadock B. y V. Sadock, son enfermedades con manifestaciones psicológicas o conductuales asociada a sufrimiento importante y alteración funcional causada por una anomalía biológica, social, psicológica genética, somática o química.¹⁷

Existen características básicas del DSM-V para su diagnóstico:

- Criterios de Diagnósticos:
 1. El sistema diagnóstico del DSM-V enumera los criterios diagnósticos de cada trastorno.
 2. Si se recoge un número suficiente de signos y síntomas del paciente a través de la historia clínica y del examen mental, se puede establecer el diagnóstico.
 3. Los criterios diagnósticos específicos aumentan la fiabilidad (es decir, diferentes observadores obtienen idénticos resultados).
- Enfoque descriptivo:
 1. El DSM-V-TR solo describe los trastornos mentales. No ofrece ninguna teoría sobre la causa. No expone su etiología ni tratamiento.
 2. El enfoque descriptivo aumenta la validez. Mide lo que supone que debe medirse (p. ej., un paciente diagnosticado de esquizofrenia es realmente un esquizofrénico).

Esquizofrenia

La esquizofrenia; es un trastorno mental manifestado por alteraciones del pensamiento y una equivocada realidad, a menudo con delirio y alucinaciones.¹⁷ La cual se caracteriza por cambios en el afecto (perdida de empatía con los demás, son retraídos).

Criterios para diagnóstico de Esquizofrenia

En el Manual del Bolsillo de Psiquiatría Clínica, para describir el diagnóstico, los signos y síntomas están basados en la observación y descripción del paciente. En el cual casi todos los componentes del examen mental suelen mostrar anomalías y alteraciones en la mayoría de los apartados de la evaluación del estado mental.¹⁷

El DSM-V, señala que deben estar presente al menos dos de los siguientes cinco signos o síntomas durante aproximadamente un mes:

- A) Síntomas característicos: alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje desorganizado, conducta desorganizada o síntomas negativos. Para confirmar el diagnóstico, los signos y síntomas deben estar presentes al menos 6 meses.
- B) Disfunción social-laboral: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, como son el trabajo, las relaciones interpersonales.
- C) Duración: persisten signos continuos durante al menos 6 meses, el cual debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan con el Criterio A y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales, en los cuales los signos pueden manifestarse solo por síntomas negativos o por dos más síntomas de la lista de Criterio A.
- D) Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: son descartados debido a que no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto; si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa y su duración es breve en relación con la duración de los periodos activos y residual.
- E) Exclusión de consumo de sustancia y de enfermedad médica: el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia como, por ejemplo: el abuso de una droga o un medicamento, o una enfermedad médica.
- F) Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: si hay una historia autista u otro trastorno generalizado adicional a la esquizofrenia que se mantiene durante un mes (delirios o alucinaciones)

Criterios de la esquizofrenia, según la CIE-10

Se clasifican en:

G1. Al menos uno de los síntomas, síndrome o signo del apartado uno o al menos dos de los síntomas, síndrome o signo del apartado dos, deben estar presente la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica de por lo menos un mes de duración (o durante algún tiempo la mayor parte de los días).

Debe presentar por lo menos uno de los siguientes:

- Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
- Ideas delirantes de influencia, pasividad o de ser controlado, referida claramente al cuerpo, movimientos de los miembros o de pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes.
- Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
- Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias del individuo y que son claramente imposibles (p. ej. Ser capaz de controlar el clima o estar en comunión con seres de otro mundo).
- Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se presentan a diario durante al menos un mes, cuando se acompañan de ideas delirantes (que pueden ser fugaces o poco estructuradas), sin un contenido afectivo claro o cuando se acompañan de ideas sobrevaloradas persistentemente.
- Neologismo, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento que dan lugar a un discurso incoherente o irrelevante.
- Conducta catatónica; tal como excitación, posturas características o flexibilidad, negativismo, mutismo y estupor.
- Síntomas negativos, tales como marcada apatía, pobreza del discurso y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica).

G2. Criterios de exclusión más frecuentes:

- Si el paciente también cumple criterios de un episodio maniaco (F30.0) o de un episodio depresivo (F32), los criterios G1.1 y G1.2, deben satisfacerse antes del desarrollo del trastorno del humor.
- El trastorno no es atribuible a una enfermedad orgánica cerebral (F00-F09), o a intoxicación (F1x0), dependencia (F1x2) o abstinencia (F1x3 y F1x4) de alcohol u otras drogas.¹⁷

Clasificación de la Esquizofrenia según la CIE-10

- Esquizofrenia paranoide (F20.0/295.3)
- Esquizofrenia hebefrénica (F20.2/295.1)
- Esquizofrenia catatónica (F20.2/295.2)
- Esquizofrenia indiferenciada (F20.3/295.9)
- Depresión post-esquizofrenia (F20.4)
- Esquizofrenia residual (F20.5/295.6)
- Esquizofrenia simple (F20.6)
- Otra esquizofrenia.
- Esquizofrenia sin especificar.

Tratamiento psicofarmacológico de la Esquizofrenia

Ante de que un paciente comience con medicamentos antipsicóticos, se sugiere que el médico tratante en la medida de lo posible, discuta con el paciente los posibles riesgos y beneficios de la medicación. La selección de una medicación antipsicótica suele ser guiada por la experiencia previa del paciente con los antipsicóticos; incluido el grado de respuesta de los síntomas. La experiencia previa de los efectos secundarios y la ruta preferida de administración de la medicación.

Según APA, la dosis se puede ajustar tan rápido como se tolere a la dosis terapéutica y a menos que haya evidencia de que el paciente está teniendo efectos secundarios incómodos, se justifica el monitoreo del estado clínico del paciente por 2-4 semanas para evaluar la respuesta del paciente al tratamiento.

La mayoría de los pacientes de primer episodio, responden al tratamiento con más del 70%, logrando la remisión de los signos y síntomas psicóticos en un plazo de 3 a 4 meses y un 83% logrando una remisión estable al final de un año. Los pacientes del primer episodio son generalmente más sensibles a los efectos terapéuticos y los efectos secundarios de los medicamentos a menudo requieren dosis más bajas que los pacientes con esquizofrenia crónica.

El tratamiento con medicamentos antipsicóticos, están indicados para casi todos los episodios de psicosis aguda en pacientes con esquizofrenia; estos incluyen los medicamentos antipsicóticos de primera generación y el agente de segunda atípicos: clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona y aripiprazol.

El tratamiento farmacológico debe iniciarse tan pronto como sea clínicamente factible; ya que las exacerbaciones psicóticas se asocian con la angustia emocional, la alteración de la vida del paciente y un riesgo sustancial del comportamiento, peligrosos para uno mismo, para los demás o para la propiedad.

Los antipsicóticos y las benzodiacepina suelen ser útiles para reducir el nivel de agitación del paciente. La risperidona se puede utilizar para un efecto más rápido y para reducir la adherencia. Cuando un paciente se niega a tomarlo por vía oral, la mayoría de los estados permiten la administración de emergencias a pesar de la objeción del paciente.

Las formulaciones parentales de corta duración de agente antipsicóticos de primera y de segunda generación (p. ej. el haloperidol, ziprasidona y olanzapina) con o sin benzodiacepina parenteral (p.ej. lorazepam); las cuales están disponibles para su administración de emergencias en pacientes agitados agudos.¹⁸

Trastorno Bipolar

El trastorno bipolar, es una enfermedad crónica y recurrente del estado de ánimo, que generalmente limita seriamente la funcionalidad del paciente.¹⁹

Criterios para el diagnóstico del trastorno bipolar CIE-10

El trastorno bipolar se caracteriza por lo menos dos episodios en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad están propiamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras ocasiones muestra una disminución del estado de la vitalidad y de la actividad (depresión).

Criterios para el diagnóstico del trastorno bipolar DSM –V

Presencia de al menos un episodio maníaco definido por los siguientes criterios:

Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado durante al menos una semana, en el que se presentan al menos tres de los siguientes síntomas:

Autoestima exagerada o grandiosidad.

Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño).

Más hablador de lo habitual o verborreico.

Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.

Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)

Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.

Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.

No cumplen los criterios para un episodio mixto.

No debido a medicamentos, drogas o a una condición médica general.

Ó un episodio hipomaniáco caracterizado por los siguientes síntomas

Un período con un estado de ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días en el que se presentan tres o más de los siguientes síntomas. Si el estado de ánimo es solo irritable deben presentarse cuatro de los siguientes síntomas:

Autoestima exagerada o grandiosidad

Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)

Más hablador de lo habitual o verborreico

Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerad

Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)

Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora.

Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

El episodio está asociado a un cambio en la actividad atípico. Y estos cambios son fácilmente observables por los demás.

El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.

No debido a medicamentos, drogas o a una condición médica general.

Previamente se ha presentado al menos un Episodio Depresivo Mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto. El episodio depresivo mayor se define por:

Presencia casi diaria de al menos cinco de los siguientes síntomas, incluyendo 1 o 2 necesariamente:

Estado de ánimo deprimido

Disminución del interés o placer en cualquier actividad

Aumento o disminución de peso/apetito

Insomnio o hipersomnio

Agitación o enlentecimiento motor

Fatiga o pérdida de energía

Sentimientos inutilidad o culpa

Problemas concentración o toma de decisiones

Ideas recurrentes muerte o suicidio

Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.

No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general

No asociado a pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de 2 meses.

También pueden presentarse EPISODIOS MIXTOS que se definen por la presencia de criterios característicos tanto de un episodio maníaco como de un episodio depresivo mayor, excepto en la duración, ya que aparecen casi cada día durante al menos un período de 1 semana. Este Tipo de Episodios son suficientemente graves como para afectar el ámbito laboral, social o las relaciones, y en ocasiones puede requerir hospitalización para evitar daño a los demás o a sí mismo. No se debe a medicamentos, drogas o a una condición médica general.

Los episodios afectivos en los Criterios A, B y C no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un

trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificaciones:

Cuando sólo hay un Episodio Maníaco: Trastorno bipolar I, episodio maníaco único.

Cuando hay Episodios Hipomaníacos: Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco.

Cuando hay Episodios Maníacos en el momento actual: Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco.

Cuando hay Episodios Maníacos o Hipomaníacos, y Episodios Depresivos: Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto.

Cuando hay Episodios Depresivos en el momento actual: Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo.

Cuando se cumplen los criterios, excepto en la duración, para un episodio maníaco, un episodio hipomaníaco, un episodio mixto o un episodio depresivo mayor: Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado.

Cuando hay más de un episodio depresivo y al menos un episodio hipomaníaco: Trastorno bipolar II.

Clasificación del trastorno bipolar según el CIE-10

Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco. El paciente está actualmente hipomaniaco y ha padecido, al menos, otro episodio afectivo en el pasado (Hipomaniaco, maniaco, depresivo o trastornos del humor (Afectivo) mixto).

Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos. El paciente está actualmente maniaco sin síntomas psicótico y ha padecido, al menos, otro episodio afectivo en el pasado.

Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos. El paciente está actualmente maniaco con síntomas psicótico (Alteración en el contenido del pensamiento y en la sensopercepción), y ha padecido, al menos, otro episodio afectivo en el pasado.

Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado. El paciente se encuentra deprimido, como en un episodio depresivo de gravedad leve o moderada, y ha padecido al menos un episodio afectivo comprobado de hipomanía, manía o trastorno del humor (afectivo) mixto en el pasado.

Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos. El paciente está actualmente deprimido, como en un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos y ha padecido, al menos, un episodio afectivo comprobado de hipomanía, manía o trastorno del humor (afectivo) mixto en el pasado.

Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos. El paciente está actualmente deprimido, como en un episodio depresivo grave con síntomas psicóticos y ha padecido, al menos, un episodio afectivo comprobado de hipomanía, manía o trastorno del humor (afectivo) mixto en el pasado.

Trastorno bipolar, episodio actual mixto. El paciente ha padecido al menos un episodio probado hipomaniaco, maniaco, depresivo o de trastorno del humor (afectivo) mixto en el pasado, y actualmente presenta una mezcla o una sucesión rápida de síntomas maniacos y depresivos.

Trastorno bipolar, actualmente en remisión. El paciente ha padecido en el pasado al menos un episodio comprobado de hipomanía, manía o trastorno del humor (afectivo) mixto y, además, por lo menos otro episodio afectivo (hipomaniaco, maniaco, depresivo, o trastorno del humor mixto), pero en la actualidad no sufre ninguna alteración significativa del humor ni la ha sufrido en varios meses.

Tratamiento psicofarmacológico del Trastorno Bipolar

Se recomienda un abordaje integral de la enfermedad en su contexto vital, no olvidando que el paciente bipolar, más allá de sus síntomas, es una persona con una biografía que incluye sus relaciones íntimas, familiares y de amistad, sus aspiraciones personales y profesionales, sus anhelos, miedos, aficiones, inquietudes. La relación terapéutica debe establecerse no entre el profesional sanitario y los síntomas del paciente, sino entre el profesional y la persona, para mejorar secundariamente los síntomas del paciente.

Si un paciente desarrolla un cuadro de manía aguda y no está tomando medicación antimaniaca las opciones terapéuticas incluyen comenzar con antipsicóticos, valproato y/o litio. Para hacer la elección el psiquiatra tiene que tener en cuenta las preferencias para su futuro uso profiláctico, su perfil de efectos secundarios y considerar:

- Prescribir un antipsicótico si los síntomas maníacos son graves o si existe una alteración conductual marcada como parte del cuadro maníaco.
- Prescribir litio o valproato si los síntomas han respondido previamente a estos fármacos y la persona ha demostrado una buena adherencia.
- Evitar el valproato en las mujeres en edad fértil.
- Utilizar el litio en monoterapia sólo si los síntomas no son graves, ya que tiene un comienzo de su acción más lento que los antipsicóticos y el valproato.

El manejo inicial de las alteraciones de conducta y la agitación puede requerir añadir benzodiazepinas a corto plazo, además del agente antimaniaco. Para el manejo de los episodios de manía aguda se recomienda la utilización de risperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazol y litio.¹⁸

Se puede considerar la utilización de haloperidol, ziprasidona como alternativa terapéutica en los episodios de manía aguda. Si una persona con trastorno bipolar tiene una alteración conductual severa que no se maneja de forma efectiva con medicación oral, debe utilizarse una tranquilización rápida con medicación antipsicótica y/o benzodiazepinas intramusculares, utilizando siempre que sea posible un único fármaco.¹⁹

Diagnóstico del paciente psiquiátrico

La evaluación del paciente psiquiátrico, se fundamenta en tres aspectos: la anamnesis, el examen del estado mental y la exploración somática, pilares de la estructura de la historia clínica, base para el diagnóstico, el pronóstico y la escogencia del tratamiento adecuado. A los cuales se le suman los exámenes complementarios que se solicitan con el fin de aclarar o confirmar la presunción diagnóstica inicial.¹⁶

La entrevista psiquiátrica es una técnica especializada de gran valor, que constituye el principal instrumento de investigación con que cuenta el psiquiatra; representa el método para la elaboración de la historia clínica y además cumple una serie de objetivos que tienen enorme relevancia; tales objetivos son:

- Lograr información de forma clara y precisa acerca de la enfermedad que afecta al paciente, su historia pasada y los acontecimientos más significativos de su vida. Aquí el psiquiatra, recaba toda la información clínica relevante.
- Examinar las emociones y las actitudes del paciente. La empatía es una forma sana, limitada y temporal de identificación, que favorece la comprensión de los sentimientos y experiencias del paciente, ya que el paciente dará muchos indicios acerca de sí mismo y de sus actitudes y reacciones hacia otros; incluyendo al propio entrevistador.
- Permite establecer una relación entre médico y paciente, es el inicio de vinculación de comprensión que será la base de una asociación de trabajo subsiguiente. Es necesario demostrarle al paciente que se le está entendiendo; de tal forma que se fortalezca la confianza y se transmita la esperanza que recibirá una ayuda apropiada para resolver sus problemas de salud. Es importante escuchar al paciente con empatía, sin presiones ni apresuramientos.

La historia clínica, debe elaborarse con datos provenientes de varias fuentes, además de la información dada por el paciente se debe añadir la de los familiares

más cercanos o amigos del enfermo. Dicha historia clínica debe contener: datos de identificación, motivo de consulta, enfermedad actual, historia familiar, historia personal, examen del estado mental, examen somático, exploraciones complementarias, resumen de datos relevantes, formulación diagnóstica y plan del tratamiento.

Por otra parte, algunos estudios sugieren que pueden presentarse ciertos comportamientos violentos del paciente con trastorno psiquiátricos¹⁵. Se señala, que el examen del estado mental constituye un aspecto más específico y diferencial de la historia psiquiátrica.¹⁶

El comportamiento agresivo de un paciente con trastorno psiquiátrico, puede ser el primer signo de la enfermedad psicótica. Dicho comportamiento agresivo suele acontecer en aquellos pacientes no tratados, los cuales tienen poco control de los impulsos y presentan agitación aguda e inesperada. Tenemos como ejemplo, el paciente que sufre de esquizofrenia y comete un delito; puede haber a su vez consumo de sustancias tóxicas, como el alcohol o drogas ilícitas¹⁶.

Podemos observar que en la práctica clínica de la psiquiatría los pacientes se asustan de sus propios impulsos agresivos y pueden buscar ayuda para evitar la pérdida de control. Sin embargo, el miedo puede ser injustificado lo que puede llevarlos al uso permanente y excesivo de medicación y/o contención física.¹⁶

En América Latina y el Caribe, la carga de los trastornos mentales y neurológicos representa el 22% de la carga total de la enfermedad medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad. En relación a todos los trastornos neuropsiquiátricos, los más alto son los trastornos depresivos unipolar, con un 13,21% y los producidos por el uso excesivo de alcohol de un 6,9%.²⁰

Comportamiento del paciente con trastorno psiquiátrico

Las personas con esquizofrenia no son más violentas que la población general, siempre que estén bajo su tratamiento psicofarmacológico y terapéutico, que no hayan sido dadas de alta recientemente, que tengan una adherencia al tratamiento y

no consuman drogas psicoactivas, lo cierto es que un importante porcentaje de ellos no reciben un tratamiento adecuado, abandonan la medicación, la toman de forma irregular o tienen un mala actitud hacia su medicación, por lo cual es importante la relación médico paciente, para que puedan recibir psicoeducación con respecto a su enfermedad.

La mayoría de los actos violentos cometidos por personas con esquizofrenia se relacionan con la presencia de síntomas psicóticos positivos, es decir, con ideas delirantes persecutorias, alucinaciones auditivas amenazantes o imperativas y otros fenómenos psicóticos.

Según Volavka (2002), hay dos tipos de violencia en los pacientes con esquizofrenia. El tipo 1 es el más frecuente y se da en pacientes descompensados, principalmente por la interrupción de su medicación o por el consumo de drogas; una vez compensados, su violencia cesa. El tipo 2 se da en pacientes resistentes al tratamiento con neurolépticos, que son reincidentes en su violencia y presentan disfunciones neurológicas o trastornos de la personalidad asociado al trastorno mental.²¹

Algunos estudios científico clásicos, han concluido que las personas con trastornos mentales severos que tienen un tratamiento inadecuado o no lo siguen, son más propensos a involucrarse en conductas violentas que la población general. En conclusión, según Loinaz²² estos estudios se relacionan con el comportamiento violento y el diagnostico de esquizofrenia paranoide.

Según la guía APA, una minoría de los pacientes con esquizofrenia tiene un mayor riesgo de comportamiento agresivo. El riesgo de comportamiento agresivo aumenta con el abuso del alcohol, el abuso de sustancias, la personalidad antisocial o el deterioro neurológico. La identificación de los factores de riesgo para el comportamiento agresivo y la evaluación de la peligrosidad son parte de una evaluación psiquiátrica estándar.¹⁸

En las características que pueden influir en el rechazo social de un paciente con trastorno mental destacan:

- El género.
- El estatus socio-económico.
- La percepción de peligrosidad.
- El curso de la enfermedad y su duración.
- El tipo de tratamiento recibido (ambulatorio u hospitalización).
- Psicosis afectiva.
- Discapacidad.

Psicofarmacología

Según Briceño R ²³, señala que la farmacología es la ciencia que estudia las drogas, entendiéndose como droga todo fármaco que tiene acción sobre los seres vivos. Esta se divide en:

- Farmacognosia: estudia el origen de las drogas, sus características, estructuras anatómicas y su composición química de las drogas crudas, lo cual servirá para la identificación de la misma.
- Farmacodinamia: es aquella que estudia la acción de las drogas sobre los organismos vivos, así como el destino de ellas en los organismos y la constituye la parte más importante del estudio de los fármacos.
- Farmacocinética: estudio de las técnicas de la preparación de los fármacos o drogas para la administración al paciente o enfermo.
- Terapéutica: es el arte de aplicar los medicamentos y otros medios para el tratamiento de las enfermedades.
- Toxicología: es el estudio de los venenos o tóxicos, que son sustancias capaces de dañar la salud e incluso de destruir la vida.
- Farmacología Pura y Aplicada: Pura; estudio de las acciones de las sustancias sobre los seres vivos, sin efectuar ninguna discriminación entre las que puedan tener utilidad terapéutica o no. Aplicada; se ocupa solamente de las drogas terapéuticas.
- Farmacología Experimental y Clínica Experimental; se encarga de investigar la acción de las drogas sobre los distintos sistemas orgánicos en los animales de experimentación. Clínica, estudia las acciones farmacológicas en el hombre

sano y enfermo, así como la evaluación de los fármacos en el tratamiento de las enfermedades.²¹

En la actualidad, la farmacología es la ciencia de la vanguardia de la medicina, los grandes adelantos médicos realizados en los últimos años, son avances en el campo de dicha disciplina, siempre en evolución. Actualmente se emplean un gran número de drogas en la práctica médica; las cuales no pueden utilizarse sin un conocimiento acabado de acción absorción y excreción, así como de su toxicidad, sobre todo por el hecho de las influencias comerciales existentes.

Efectos colaterales del tratamiento psicofarmacológico

Se divide en típicos, paradójico y terapéutico; algunos fármacos producen alteraciones en el funcionamiento mental, es importante resaltar la importancia que se tiene de percatarnos de los efectos que tienen los medicamentos en la capacidad del manejo del instrumento que un paciente requiere con precisión. Por lo cual, debe advertirse a los pacientes, por ejemplo: el no conducir automóviles ni trabajar con maquinarias pesadas para evitar poner en riesgo su integridad física o la de las demás personas en su entorno, en especial en los primeros días de tratamiento.²

Efectos positivos de los psicofármacos

Según la guía APA la planificación del tratamiento tiene tres objetivos:

- 1) Reducir o eliminar los síntomas.
- 2) Maximizar calidad de vida y el funcionamiento adaptativo.
- 3) Promover y mantener la recuperación de los efectos debilitantes de la enfermedad en la mayor medida posible.¹⁸

Los tratamientos farmacológicos facilitan el acceso a la psicoterapia; al disminuir algunos síntomas, en especial la psicosis, depresión o ansiedad intensa; ya que el paciente disminuye sus defensas y permite el análisis de sus conflictos, que de otra manera serian abrumadores². Actúan como puente para reducir un amplio grupo de síntomas que mantienen al paciente en un estado de tensión considerable, como es

el caso del insomnio, la irritabilidad, la ansiedad entre otros, siendo la psicoterapia más accesible. Favorecen algunas funciones del YO, como las habilidades verbales, la capacidad cognitiva, la atención, la concentración, la memoria, abatir la impulsividad entre otras. Permiten asumir el papel de enfermo, en muchos casos como en la esquizofrenia, la inteligencia límite, la hiperquinesia, la demencia, manía o depresión; con la prescripción de un fármaco se propicia la aceptación de estar enfermo, no solo por parte del paciente sino de sus familiares, conocidos y compañeros de trabajo. Este efecto de aceptación, le permite al paciente tranquilidad y restauración de emociones. Favorecen la catarsis, el uso de drogas como barbitúricos y benzodiazepinas permiten al sujeto expresar con mayor desinhibición los sentimientos o vivencias. Los fármacos también logran el optimismo sobre el tratamiento, promueve la confianza en el tratamiento global. Al abatir las ideas delirantes, las alucinaciones o depresión, el individuo puede manejar sus conflictos de una forma más objetiva. Permite al paciente salir de un círculo vicioso. ¹⁸

Efectos negativos de los psicofármacos

Antes de prescribir un fármaco, es importante conocer cuál es la simbolización que el paciente hace de las sustancias y de su enfermedad., citando a Bursten 1985, señala que: la experiencia cotidiana hace creer al individuo que los estados emocionales son el resultado de la manera como el mundo y la gente tratan al paciente o como es tratado por el mundo por su mala conducta o conciencia y por ello, aceptar los fármacos le parece un tratamiento poco creíble.²

Efectos negativos:

- Sensación de no recibir nada, algunos pacientes consideran que no vale la pena gastar consultas o perder el tiempo asistiendo, ya que lo único que reciben es un pequeño cambio en la dosis y es frecuente que sustituyan la consulta por asesorías telefónicas pensando que el resultado será igual.
- Incrementa el estigma, el paciente puede llegar a pensar que, si recibe un psicofarmacológico, su capacidad para reconocer y resolver sus problemas es mínima o nula; y que sus dificultades están fuera de control, que hace que

incremente la sensación de que padece una alteración mental grave, o de que está loco desahuciado.

- Socava prematuramente las defensas del paciente, sustituyendo algunos síntomas y apareciendo otros mecanismos compensatorios. En el trascurso de la psicoterapia puede verse un balance entre los conflictos del paciente y los mecanismos de defensa, pero al abatir la ansiedad o la depresión por medio de fármacos el equilibrio se rompe y aparecen conflictos más profundos y complicados, cuando se desconoce las propiedades y las características de las sustancias medicadas.²

Evaluación del cumplimiento del tratamiento

Los pacientes que están experimentando cambios graves de ánimo, de pensamientos, la conducta o tienen efectos adversos a los medicamentos graves, necesitan una evaluación y un tratamiento urgente. Los médicos de atención primaria deben asistir en principio al paciente, pero estos deben ser evaluados por el especialista; es decir, el Psiquiatra.

Firts M.²⁴, señala que al momento de realizar la evaluación el especialista, debe tomar en cuenta lo siguiente: debe determinar si el paciente es una amenaza para sí mismo o es una amenaza para otros. La amenaza para el propio paciente puede consistir en su incapacidad de cuidar de sí mismo, lo que provoca el auto-abandono o una conducta suicida; siendo un problema grave para los pacientes con trastornos psicóticos, demencia o abuso de sustancias. Los pacientes con amenazas hacia otros, son los violentos, los hostiles, los que expresan una intención de daño hacia otra persona. Es importante identificar a aquellos cuidadores que no pueden ocuparse de manera segura y adecuada. Tomemos como ejemplo a un paciente con tratamiento con litio, que incumple con el mismo, su tasa de interrupción se encuentra entre 12-64%, según estudios realizados, este hallazgo puede deberse a discrepancias en cuanto a la definición de incumplimiento y la forma de evaluar a un paciente.

Para Colom ²⁵, en un reciente artículo propuso evaluar el cumplimiento terapéutico, mediante una combinación de tres elementos:

- Una entrevista con el paciente, la cual estuvo centrada en el cumplimiento.
- Una entrevista con la pareja o familiares de primer grado, la cual estuvo centrada en el cumplimiento.
- La determinación de la concentración plasmática de estabilizadores del estado de ánimo durante los dos últimos años.

A partir de estas estrategias, se pudo considerar “buen comportamiento” cuando los tres criterios coinciden. El cumplimiento escaso, se produciría cuando ninguno de los criterios anteriores lo indicaban. Otro de los puntos que sugiere el criterio de cumplimiento medio o parcial, es cuando se admite una interrupción parcial o intermitente de la medicación. Esto planteó en esta investigación, la mejor manera de evaluar el cumplimiento terapéutico en los trastornos bipolares.

La escasa conciencia de la enfermedad, es un importante síntoma del trastorno afectivo y psicótico que influyen en el cumplimiento. La evaluación puede ser una medida indirecta de cumplimiento y tomar conciencia de la enfermedad, es una cuestión compleja, la cual puede dividirse en tres componentes básicos, tales como:

- La conciencia de padecer una enfermedad.
- La conciencia de presentar una serie de síntomas.
- La percepción de la necesidad recibir tratamiento.²⁴

Cirisi R²⁶, citando a Navarro, señala que la Escuela Canadiense expone que para el cumplimiento adecuado del tratamiento, deben cumplirse los siguientes prerrequisitos:

- El diagnóstico debe ser correcto.
- La enfermedad no debe ser trivial.
- El tratamiento debe ser eficaz.
- El paciente debe estar informado.
- El paciente debe aceptar el tratamiento.

Estos prerrequisitos, permitirá que mejore la calidad de comunicación entre médico-paciente, la capacidad del médico para reconocer el sufrimiento de su paciente, la capacidad para motivarlo a cumplir con las pautas terapéuticas y la receptividad del médico para compartir con el paciente la responsabilidad del tratamiento. A su vez proponen ciertas directrices a seguir para incrementar el cumplimiento terapéutico de los pacientes psicóticos, tales como:

- Evaluar extensamente la historia del cumplimiento del paciente y detectar los factores de riesgos (abusos de sustancias).
- Dejar suficiente tiempo para conocer al paciente y entenderlo como persona; así como entender sus objetivos personales y sus preocupaciones.
- Utilizar un acercamiento negociado a la medicación, discutir con el paciente cualquier duda que tenga sobre el tema y emplear un estilo no autoritario de comunicación.
- Escoger fármacos y dosis que maximicen la eficacia y minimicen los efectos secundarios.
- Educar al paciente y a la familia sobre la biología de la enfermedad, la prevención de recaídas y los efectos secundarios de los medicamentos.
- Comprender el entorno social de paciente para que supervisen la administración de la medicación, si es necesario.
- Si el paciente no cumple con el tratamiento, pero es consciente de los riesgos que corre; respetar su decisión y continuar con una relación terapéutica no crítica; esperando la posibilidad de un tratamiento futuro. ²⁵

Factores que afectan el cumplimiento del tratamiento

Cirisi R.²⁶, citando a Haynes, señala que los factores que afectan el cumplimiento de los medicamentos son de diversas índoles, entre las cuales están:

1. Factores del paciente, tales como la edad, el sexo, la raza, el grupo social, la situación laboral, el nivel de educación y lo económico.

2. Factores de la enfermedad: gravedad, sintomatología, grado de incapacitación, duración de la enfermedad, antecedentes personales de la enfermedad, antecedentes familiares, hospitalización previa.
3. Factores de régimen terapéutico: complejidad de las pautas terapéuticas, Factores de estructura sanitarias: accesibilidad de los pacientes, infraestructura de recepción de visitas, frecuencia de visitas.
4. Factores de la comunidad: implicación de la familia, conocimientos generales de la salud, conflicto entre las normas sociales y la conducta a seguir.

Cuadro No. 1. Estudios realizados por factores asociados al incumplimiento del tratamiento

Estudio	Tamaño de la muestra	Principal factor
Jamison y col, 1979	38	Negación de la hipomanía
Maarbjerg y col, 1988	61	Hospitalizaciones, trastorno de la personalidad, abuso de sustancia
Lenzi y cols, 1989	53	Bajo apoyo social, tipo maniaco
Miklowitz, 1992	23	Síntomas psicóticos, incongruentes con el estado de ánimo.
Keck y cols, 1996	101	Gravedad de los síntomas maniacos, combinación de estabilizadores del estado de animo
Weiss y cols, 1998	44	Efectos secundarios del litio

Fuente: Cirisi, R.²⁶, 2002

Factores del abandono de medicamentos

Los pacientes psiquiátricos suelen avergonzarse en ocasiones por tomar medicamentos debido a las siguientes razones:

- La creencia de no ser suficientemente fuerte para superar la enfermedad mental.
- Por los efectos secundarios que pueden ocasionar los medicamentos.

Los pacientes suelen referir varios motivos para justificar el abandono del tratamiento; tales factores son:

1. Negación a la enfermedad.
 - Efectos secundarios.
 - Sentimientos negativos hacia el control del estado de ánimo.
 - Nostalgia de las fases de euforias.
2. Factores culturales, el estigma social, asociado a la enfermedad mental puede provocar que algunos pacientes rechacen la medicación. Por lo tanto, la presión del entorno de los pacientes contra la medicación pueda ser un factor que incremente el incumplimiento.
3. Los problemas familiares e interpersonales, pueden conducir también al incumplimiento sobre todo en los entornos formados por personas que proporcionan escaso apoyo al tratamiento.
4. Factores sociodemográficos como el género masculino y el estado civil soltero.
5. Factores relacionados con el médico, la relación entre el paciente y el médico, tiene una gran influencia sobre el cumplimiento del tratamiento prescrito. La actitud del clínico hacia la medicación prescrita afecta la futura conceptualización que hace el paciente sobre su enfermedad.
6. La mala relación entre médico-paciente.²

Actitudes hacia la medicación del paciente psiquiátrico

Según Shiffman ²⁷, una actitud “es la predisposición aprendida que impulsa al individuo a comportarse de una manera consistentemente favorable o desfavorable con un objeto determinado”. La actitud con respecto a la administración de medicaciones orales y los pacientes, están vinculados a su cumplimiento.

Un estudio realizado en el departamento de psiquiatría de Ginebra, mostró que la actitud negativa hacia la medicación psicotrópica, tiene una baja relación del cumplimiento de la misma. Otros estudios señalan que el incumplimiento se debe a la

posología, la vía de administración y a la máxima dosificación para disminuir en lo posible los efectos secundarios.

Di Matteo et al ²⁸, considera que el incumplimiento del tratamiento es una decisión racional basada en:

- La falta de “fe” por parte del paciente, en cuanto a la utilidad y eficacia del medicamento; ya que sus beneficios podrían parecer insuficientes en comparación con los inconvenientes, tales como; el costo y las molestias asociadas al cumplimiento de esta.
- La falta de apoyo familiar y social para el paciente.

Este es un problema común en las enfermedades crónicas que afectan el rendimiento de la asistencia prestada, tenemos como ejemplo que entre un 25 a 50% de los pacientes con esquizofrenia incumplen con el tratamiento farmacológico, debido a la creencia y sentimientos acerca de la medicación, los beneficios y el riesgo de los efectos secundarios. El paciente siente miedo de los efectos adversos y el coste del mismo.

Cuando un paciente muestra mejoría significativa con los fármacos indicados por su médico tratante, es común que se sienta gratificado y contento, al igual que sus familiares. No obstante, las reacciones son muy variadas, pero frente a ciertas patologías existen respuestas que pueden tener rasgos similares y es posible que ninguna sea tan específica como en el caso de los trastornos mentales; ya que estas son producto de un desbalance bioquímico y que el equilibrio se logra con la indicación de drogas farmacológicas. En ocasiones es necesario que el paciente reciba el tratamiento farmacológico de un psiquiatra, el cual puede trabajar por medio del triángulo terapéutico: psicólogo, médico general y el psiquiatra, esto con la finalidad de proporcionarle al paciente un mejor tratamiento. Se debe plantear el respeto mutuo, buena comunicación y el secreto de la terapia para darle al paciente una terapia combinada que lo ayude a cumplir con el tratamiento y no dejarlo, porque sería en perjuicio a la salud del paciente.

Relación Médico-Paciente

La relación médico-paciente, según De Francisco²⁹, es aquella que se establece entre dos seres humanos, el médico que intenta ayudar al paciente en sus vicisitudes en la enfermedad y el enfermo que entrega su humanidad al médico para ser asistido.

El fundamento de la relación médico-paciente, es la vinculación que inicialmente se establece entre el médico y el enfermo, por el hecho de haberse encontrado, cuya índole propia depende ante todo de los móviles que el enfermo y el médico han determinado en su mutuo encuentro. Otro de los fundamentos es el acuerdo en la modalidad cardinal de la actividad humana, una de las cuales lo cognitivo, en el caso de la relación médica toma forma específica como diagnóstico; es decir, como método para conocer lo que aqueja al enfermo. ²⁸

El diagnóstico médico lo señala entre la actividad del médico y una realidad del enfermo; para que el médico realice el diagnóstico es necesario complementarlo con lo social y debe tener en cuenta lo que lo condiciona. El paciente pone afectivamente en su relación con el médico, la expectante vivencia de su necesidad y a la vez que este aporte su voluntad de ayuda técnica y humana.²⁸

Relación Médico-Paciente y actitud hacia la medicación en pacientes psiquiátricos

Suele ser de gran importancia explicar al paciente los múltiples efectos colaterales de los medicamentos, particularmente a los que asisten a la consulta externa; con ello se evitará que suspenda el tratamiento o se alarme por causa de las molestias inesperadas. Así mismo, explicarle los peligros que acarrearán la combinación con otras sustancias, particularmente el alcohol, cuyas interacciones trastornan considerablemente la reacción esperada. Uriarte V.², señala que, “la explicación a cada paciente deberá ser individualizada, dependiendo de su condición mental”.

En ocasiones es imposible informarle al sujeto cuando este se encuentra en estado confusional, o decirle que sus ideas delirantes lo mantienen fuera de la capacidad para reaccionar con juicio. En estos casos es importante y recomendable comunicárselo a

sus allegados. El autor antes mencionado señala que, el médico debe conocer con profundidad tantos los efectos colaterales como los terapéuticos de cada medicamento con el fin de mantener al paciente en el estado óptimo para que pueda desenvolverse lo mejor posible en su hogar, en su vida sexual, en su trabajo y en su tiempo libre.

La actitud que algunos pacientes guardan hacia los fármacos es uno de los aspectos que deben manejarse con mucha sutileza por parte del médico tratante; ya que los efectos colaterales pueden considerarse como un empeoramiento de la patología. Otros pacientes consideran que los efectos colaterales, se perciben como parte de las manifestaciones del efecto terapéutico.

Uriarte², citando a Beitman y Klerman (1991), señalan que los pacientes tienen una idea equivocada sobre los tratamientos. El número de pacientes con problemas mentales no acuden con ningún terapeuta porque no creen que los puedan ayudar a resolver sus problemas existenciales. Se piensa que existen medicamentos que pueden administrarse para mejorar todas las desviaciones de la conducta humana, así como para resolver los múltiples problemas a los que enfrenta el individuo.

Objetivo general

Evaluar la relación médico-paciente y las actitudes ante la medicación en sujetos psicóticos agudos con esquizofrenia y/o trastorno bipolar previo a su egreso de hospitalización del Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo en el periodo diciembre 2020 a julio 2022.

Objetivos específicos

- Describir los factores sociodemográficos y clínicos que presentan los sujetos psicóticos agudos.
- Determinar cómo es la relación médico-paciente de los sujetos de la investigación.

- Evaluar las actitudes hacia la medicación psicofarmacológica de los sujetos de la investigación días previos a su egreso.
- Correlacionar la relación médico paciente y la actitud hacia la medicación psicofarmacológica de los sujetos días previos a su egreso.

Aspectos éticos

Para la realización de la siguiente investigación, se tomará en cuenta la Declaración de Helsinki^y las normas de la buena práctica clínica, en la cual se busca tener siempre la primacía de los seres humanos sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. La investigación médica, solo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población podrá beneficiarse de esta investigación. En esta investigación se cumplirá con el requisito del consentimiento informado, en la cual se garantizará el principio de autonomía y entregándose los resultados de la evaluación obtenida a cada uno de los participantes de la investigación realizada.

MÉTODOS

Tipo de Investigación

Para el desarrollo de la investigación, se utilizó la investigación de campo, de nivel descriptivo y correlacional. La investigación de campo, es la observación, anotación y obtención de datos conseguidos directamente de las personas, objetos o fenómenos sujetos a estudio³⁰. Se buscó conocer un hecho concreto mediante la interpretación de la realidad objeto de estudio. Es de nivel descriptivo, según Bernal la define como: "...aquellos que buscan identificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades, objeto o cualquier otro evento sometido a la investigación" ³¹.

Población y la muestra

En la presente investigación, como criterio de inclusión se consideró aquellos pacientes psicóticos agudos del área de hospitalización de Psiquiatría y Psicológica Clínica del HMDCA en el período de diciembre 2020 a julio 2022 con diagnóstico clínico de esquizofrenia y/o trastorno bipolar según criterios diagnósticos del CIE10 días previos a su egreso de sala de hospitalización.

La muestra fue intencional y no probabilística, estuvo conformado por 25 pacientes.

Cuadro No. 2. Población y Muestra de la Investigación

Población	25
Muestra	25

Periodo de estudio

La presente investigación se llevó a cabo desde diciembre del 2020 a julio 2022 en el Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo de Caracas. (HMDCA)

Variables a estudiar

Las variables representan las diferentes condiciones, cualidades, características o modalidades que asumen los objetos de estudios. Esteves, señala que esas variables son las propiedades y/o atributos que pueden cambiar de un individuo a otro.³²

Relación médico- paciente.

- Definición conceptual. Es una relación de comunicación, de expresión, en la que se reconoce al emisor - sujeto, un canal donde hay un intercambio de información técnicamente conducido, a fin de tomar determinaciones y decisiones lo más consensuadas posibles entre el médico y el sujeto¹⁰.
- Definición operacional. Reporte verbal del sujeto que estará expresado a través de una escala tipo Likert de 6 puntos, constituida por ítems que describen la relación médico – paciente medidas a través de preguntas concretas con la aplicación del cuestionario CREM-P ³³

Actitudes hacia la medicación.

- Definición conceptual. Es un factor asociado por parte del sujeto hacia la prescripción del tratamiento médico, ya sea de forma negativa o positiva hacia el uso del psicofármaco.
- Definición operacional. Es una escala autoaplicada el sujeto responderá de acuerdo a lo que se sienta identificado con respecto al tratamiento médico, por medio a un cuestionario con respuestas dicotómicas, con el inventario DAI.³⁴

Variables seleccionadas

- Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, situación laboral, situación económica.

- Variables clínicas: diagnóstico, tratamiento farmacológico, días de hospitalización, fecha del primer episodio psicótico, número de hospitalizaciones anteriores.

Variables extrañas controladas

- Espacio físico para la aplicación del instrumento en la institución.
- Instrucciones y aplicación realizada por la misma evaluadora.

Variables extrañas no controladas

- Motivación a participar en el estudio.
- Deseabilidad social.
- Rasgos de personalidad.
- Nivel intelectual.
- Nivel socioeconómico.
- Cantidad de la población y muestra debido a las restricciones por parte de la institución hospitalaria con relación a nuevos ingresos y el poco flujo de pacientes en el departamento debido a la pandemia por covid – 19.

Procedimientos

1. Consentimiento Informado, las personas consideradas para realizar la siguiente investigación, se le explico los beneficios de la investigación para el área psiquiátrica y de psicología clínica, su aporte es de carácter confidencial, cuyo fin es científico. (Anexo 1)
2. Cuestionario sociodemográfico y clínico. (Anexo 2)
3. Cuestionario DAI. (Anexo 3)
4. Cuestionario CREMP. (Anexo 4)

Tratamiento estadístico

Se calcularon estadísticos descriptivos, de tendencia central (media, desviación estándar y mediana) como estadísticos descriptivos puntuales (frecuencias y porcentajes). Los resultados se expresaron en tablas estadísticas. La relación médico-paciente y la actitud hacia la medicación se llevó a cabo con el coeficiente de correlación de Pearson, se construyó a su vez un modelo de regresión lineal simple entre ambas variables. Se consideró como un valor estadísticamente significativo si $p < 0,05$. Los datos fueron analizados y tabulados con STATA versión 17.

RESULTADOS

Fueron evaluados 25 pacientes de manera prospectiva, la edad promedio de esta muestra fue 38 ± 13 años, en la distribución por sexo, 8 (32,0%) fueron masculinos y 17 (68,0%) femeninos. En el nivel educativo de los pacientes, 11 (44%) fue educación media, 7 (28%) educación primaria y la misma cifra para educación universitaria; en la situación laboral, 19 (76%) estuvo desempleado, y todos en situación económica limitada. En la caracterización del estado civil, 16 (64%) soltero, 5 (20%) unión libre y 4 (16%) casado. Por otro lado, de los pacientes evaluados, 12 (48%) tuvo hijos, y estos, 8 (66,7%) tuvo de 1 a 2 hijos y 4 (33,3%) tuvo de 3 a 4 hijos. De los diagnósticos, 10 (40%) fue esquizofrenia y 15 (60%) trastorno bipolar. La mediana del tiempo de hospitalización fue 32 días (rango: 13 a 81 días) y 13 (52%) de los pacientes estuvo hospitalizado entre 1 a 2 veces. Tabla 1.

En la descripción de los medicamentos indicados, estos fueron: 16 (64%) risperidona, 13 (52%) ácido valproico, 11 (44%) carbonato de litio, 11 (44%) quetiapina, 10 (40%) clonazepam, 8 (32%) biperideno, 3 (12%) alprazolam, entre otros. Tabla 2.

En la actitud hacia la medicación, tabla 3, 25 (100%) respondió que estar con medicación puede prevenir caer enfermo, 23 (92%) indicó que lo bueno de la medicación es que supera lo malo, 22 (88%) indicó que tiene más pensamientos claros con medicación, 19 (76%) tomó medicación por decisión propia, 19 (76%) medicación hace que me sienta más relajado/a, 17 (64%) se sintió más normal con la medicación, 16 (64%) tomó medicación solo cuando estoy enfermo/a, 7 (28%) respondió que es antinatural para mi mente y mi cuerpo estar controlado/a por la medicación, 5 (20%) dijo sentirse raro/a, como un zombi, con la medicación, y 4 (16%) la medicación hace que me sienta cansado/a y lento.

En cuanto a la relación médico-paciente, tabla 4, 20 (80%) indicó totalmente de acuerdo (TDA) que su médico lo atiende, 12 (48%) dijo estar de acuerdo (DA) en que su médico se esfuerza por ayudarlo y 11 (44%) dijo TDA; en cuanto al aspecto

comunicacional, 12 (48%) DA en hablar con su médico y otras 12 (48%) más TDA; 8 (32%) TDA en estar contento con el tratamiento que le ha puesto su médico, y otros 8 (32%) respondiendo a la misma pregunta pero en acuerdo dicha cuestión; 18 (72%) indicó que el médico lo(a) ayuda; 15 (60%) indicó estar de acuerdo en que su médico le dedica suficiente tiempo; 10 (40%) dijo estar de acuerdo con mi médico sobre las causas de los síntomas; 13 (52%) dijo estar TDA en que su médico es muy accesible; 18 (72%) dijo estar TDA que, gracias a mi médico me encuentro mejor; 12 (48%) dijo estar DA también que, gracias a mi médico tiene más información acerca de la salud del paciente; 13 (52%) dijo estar DA, con que controla más sus síntomas, aunque vea menos a mi médico.

En el gráfico 1, se evidenció la correlación lineal y positiva entre la actitud hacia la medicación y la relación médico paciente ($r = 0,615$; $p = 0,001$), siendo que, mayores respuestas afirmativas en la actitud hacia la medicación, se asociaron con mayor puntuación en la valoración subjetiva del efecto beneficioso recibido de la medicación.

La tabla 5 relacionó la media de la puntuación DAI-10 con las variables epidemiológicas. La edad, no hubo diferencia estadística significativa al comparar la media de la puntuación DAI-10 entre los renglones de la edad ($p = 0,697$); en cuanto al sexo, la puntuación DAI-10 fue más alta en sexo masculino ($7,3 \pm 3,4$ puntos) respecto al sexo femenino ($4,6 \pm 3,8$ puntos), y sin diferencia estadística significativa ($p = 0,175$); al comparar la puntuación DAI-10 con el nivel de instrucción, ésta fue mayor en educación universitaria ($7,4 \pm 2,8$ puntos), mientras que, en educación media ($5,6 \pm 3,2$ puntos) y disminuyó más en educación básica ($3,1 \pm 1,9$ puntos), no hubo diferencia estadística significativa al comparar estas puntuaciones ($p = 0,210$); en la situación laboral, pacientes que dijeron estar empleados, la puntuación DAI-10 fue $7,3 \pm 2,7$ puntos, mientras que los que indicaron estar desempleados, fue $4,8 \pm 1,9$ puntos, sin diferencia estadística significativa ($p = 0,248$); al comparar la puntuación DAI-10 en la variable asignación, los afiliados, tuvieron puntuación más alta ($6,0 \pm 3,8$ puntos) al comparar con civiles ($4,4 \pm 2,7$ puntos), y sin diferencia estadística significativa ($p = 0,421$); al relacionar puntuación media de DAI-10 con el estado civil, ésta aumentó en

pacientes en unión libre ($7,6 \pm 3,6$ puntos) al comparar con casados ($6,5 \pm 3,1$ puntos) y solteros ($4,5 \pm 2,8$ puntos), no hubo diferencia estadística significativa al comparar estos valores ($p = 0,375$); también se relacionó la puntuación DAI-10 con los pacientes que manifestaron tener hijos, en el caso de aquellos que respondieron afirmativamente, la media DAI-10 fue $6,0 \pm 3,0$ puntos, mientras que aquellos que respondieron no tener hijos, la puntuación DAI-10 fue $4,9 \pm 2,1$ puntos, no hubo diferencia estadística significativa ($p = 0,564$); por último, al comparar la puntuación DAI-10 según el diagnóstico, en pacientes con esquizofrenia, la puntuación fue $4,6 \pm 3,9$ puntos, mientras que pacientes con trastorno bipolar fue $6,0 \pm 3,0$ puntos, sin diferencia estadística significativa ($p = 0,461$).

En la tabla 6, se relacionaron las variables epidemiológicas con la puntuación de la escala CREM-P para evaluar la relación médico-paciente; la edad no se asoció con la puntuación CREM-P ($p = 0,739$); en sexo, la puntuación CREM-P más alta en pacientes masculinos ($62,3 \pm 6,5$ %) y en femenino ($60 \pm 5,8$ %) y sin diferencia estadística significativa ($p = 0,605$); en el nivel de instrucción, pacientes con educación universitaria tuvieron mayor puntuación CREM-P ($62,3 \pm 3,1$ %), mientras que, pacientes con educación media ($60,8 \pm 6,9$ %) y pacientes con educación básica ($59 \pm 6,8$ %) sin diferencia estadística significativa al comparar estas puntuaciones ($p = 0,605$); en la variable sobre situación laboral, los pacientes empleados tuvieron mayor puntuación de CREM-P ($65 \pm 4,1$ %) mientras que en desempleados, la puntuación fue menor ($59,6 \pm 5,8$ %) y con diferencia estadística significativa ($p = 0,041$); el tipo de filiación, en pacientes afiliados ($61,4 \pm 6,1$ %) y civiles ($59,6 \pm 5,8$ %) sin diferencia estadística ($p = 0,475$); el estado civil tampoco sin diferencia al comparar las puntuaciones de CREM-P ($p = 0,961$) siendo que, solteros ($60,6 \pm 5,6$ %), casados ($61,5 \pm 7,7$ %) y unión libre ($60,4 \pm 7$ %); tampoco hubo diferencia estadística significativa ($p = 0,864$) en la media de la puntuación de CREM-P al comparar entre pacientes con hijos ($60,5 \pm 6,2$ %) de aquellos que no tuvieron hijos ($60,9 \pm 6,0$ %) y en cuanto al diagnóstico, los pacientes con esquizofrenia tuvieron media de CREM-P con $57 \pm 5,3$ %, mientras que pacientes con trastorno bipolar fue $63,2 \pm 5,1$ %, y fue una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,008$).

DISCUSIÓN

La relación médico-paciente es un elemento fundamental en el proceso asistencial del paciente, pero, sobre todo, en la adherencia al tratamiento. Este vínculo se entiende como una relación donde el paciente acepta implícitamente la ayuda del profesional sanitario ante un problema de salud. De hecho, hoy en día, estamos viviendo una transformación sin precedentes, ya que se está experimentando un cambio de papeles tanto por parte del paciente como del médico. ⁽⁶⁾

La edad de presentación de los trastornos psicóticos agudos en este estudio fue a los 38 ± 13 años, cifra que difiere al estudio de Ortega et al, ⁽⁶⁾ cuya edad reportada fue más temprana, 25 años, aunque similar a Moro et al, ⁽⁷⁾ cuya edad fue 36 años, en ese sentido, si bien la edad en este caso corresponde a la reportada al momento del estudio, en el caso del trastorno bipolar puede aparecer a cualquier edad, generalmente se diagnostica en la adolescencia o poco después de los 20 años, ⁽¹⁵⁾ mientras que en el caso de la esquizofrenia, puede aparecer a cualquier edad, generalmente se diagnostica en la adolescencia o poco después de los 20 años. ⁽²⁰⁾

En cuanto al sexo, muchos de los reportes indican que los trastornos psicóticos se manifiestan en una proporción de 1,4:1 entre hombres respecto a mujeres, siendo que, en nuestro estudio la proporción de casos se da a la inversa, a razón de 2,13:1 de mujeres sobre hombres, estas cifras difieren ampliamente también en lo reportado por Ortega et al, ⁽⁶⁾ donde la proporción de casos con trastornos psicóticos respecto al sexo es similar (55 % mujeres vs 45 % hombres), y también respecto a lo reportado en el trabajo de Moro et al, ⁽⁷⁾ cuya proporción de dicha condición es también de 1:1, en nuestra serie, la proporción fue homogénea entre ambos sexos, siendo aproximadamente 1:1; de manera global, al analizar las proporciones combinadas, tanto para la esquizofrenia como trastorno bipolar, esta fue de 1,13:1 de mujeres respecto a hombres, cifra que coincide con lo reportado en los hallazgos de Caqueo-Urizar et al, ⁽⁹⁾ donde 55,6 % de pacientes fue hombres con trastornos psicóticos, mientras que, 44,4% fueron mujeres.

Muchos de los reportes sobre trastornos psicóticos, como lo reseñado por Caqueo-Urizar et al, (9) y Moro et al, (7) indican que el nivel educativo de pacientes con esta condición 53,1 % educación básica y 47,1 % educación superior, que al comparar con los hallazgos de nuestra investigación, la cifra resultó similar en el caso de educación básica (44 %) y baja para educación superior (28 %), si bien la condición del nivel educativo alcanzado es un factor en este estudio, se puede suponer que estos hallazgos no difieren con lo reportado en otros estudios. En ese sentido, cabe destacar también la situación laboral del paciente psicótico, que en nuestra $\frac{3}{4}$ de los casos estuvo desempleado, cifra que se mantiene al comparar con el resultado de Ramos et al., (10) donde 76% de pacientes psicóticos también estaban desempleados, e igualmente en lo indicado por Farias (11), de lo cual se confirma que los trastornos psicóticos tienden a ser frecuentes en pacientes desempleados, derivados de una condición incapacidad laboral. Si bien la condición de limitación económica se abordó en esta investigación como un elemento particular, se podría inferir que una alta frecuencia en cifra de desempleo, se traduce también como una condición de limitación económica, que, al indagar en la literatura sobre este aspecto, no se pone en evidencia este hallazgo en otras series analizadas.

En cuanto a la presencia de hijos y el número éstos, poco menos de la mitad de los pacientes con trastornos psicóticos tuvieron hijos (48 %), esta cifra es superior a la reportada por Boström et al, (16) donde los pacientes psicóticos con hijos representaron el 20% de los casos, uno de los argumentos para estas diferencias pueden deberse a que en el contexto del citado autor, por ser un país desarrollado, la tasas de natalidad han sido bajas en un período de 3 décadas aproximadamente, mientras que, en el contexto de Venezuela, una alta proporción de mujeres son reproductivamente fértiles, por otro lado, considerando hallazgos de otros ámbitos geográficos, Farias et al, (12) aunque no reporta cifras de hijos en pacientes con trastornos psicóticos, da un indicio sobre aspectos familiares en general (padres de pacientes con trastornos psicóticos, como hijos inclusive) en un orden de 30%, cifra también baja al comparar con nuestra serie.

En la lista de medicamentos reportados en esta serie, ocuparon los primeros lugares el uso de risperidona (64 %), ácido valproico (52 %), seguido en la misma proporción

el carbonato de litio y la quetiapina (44 %), si bien hay muchos más reportados, estos primeros por ser los de mayor uso en la práctica terapéutica habitual, de acuerdo a lo reportado por Gabrysch et al³⁶, (40 %) donde el uso de terapia fue, en orden de aparición: risperidona (70 %), quetiapina (65 %), olanzepina (60 %), clonazepam (50 %) entre otros.

Al evaluar el contexto del instrumento de actitud hacia la medicación, autores como Mudarra ⁽¹¹⁾ y Farias et al, ⁽¹²⁾ coinciden en las respuestas afirmativas dadas en: Por estar con medicación puedo prevenir caer enfermo (75 %), por estar con medicación puedo prevenir caer enfermo (70 %), mis pensamientos son más claros con medicación (68 %). A su vez, dichos autores también coinciden que en la mayoría de respuestas afirmativas ofrecen una actitud positiva y altamente correlacionada hacia la medicación, explicando que la mayoría de los pacientes entrevistados expresaron sentirse a gustos en términos generales con la medicación recibida y la frecuencia de consumo.

En cuanto a la relación médico paciente, si bien el contexto de comparación con otros autores resulta un poco limitado, a que son muestras no tan homogéneas para cotejar hallazgos propios, al menos resultado importante destacar que, de lo reportado por Mudarra ⁽¹¹⁾ y nuevamente Farias ⁽¹²⁾, la mayoría de pacientes expresaron ser entendidos por su médico tratante (80%), también se encontró que muchos pacientes indican que su médico tratada de ayudar de manera positiva en el adherencia al tratamiento (92 %), también como un sentimiento general, que abarca desde el agradecimiento por encontrar mejor al paciente (80 %), y sobre información del estado de salud (80 %), fueron indicadores también reportado por los mencionados autores. Por otro lado, en la relación de la actitud hacia la medicación y la relación médico-paciente, el estudio de Caqueo-Urizar ⁽⁹⁾ si bien no establece una correlación estadística directa entre ambos indicadores, describe por separado los elementos correspondientes a DAI-10 y CREM-P, en ambos casos, se comprueban puntuaciones altas de ambos instrumentos, lo que indirectamente podría traducirse como una correlación entre ambas dimensiones.

Los estudios también reflejan una mejor actitud hacia el tratamiento cuando hay un ambiente familiar bueno y tienen apoyo familiar, y cuando los sujetos mantienen una

buena relación terapéutica con los profesionales sanitarios. De hecho, los casos contrarios donde no había apoyo familiar o había una relación paciente-sanitario pobre se consideraban como factores de riesgo. (13)

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se determinó una buena actitud hacia la medicación, asociadas con puntuaciones altas en el instrumento DAI-10.

Sin embargo, en el caso de los trastornos psicóticos, estos pueden disminuir la capacidad del paciente para tomar medicamentos debido a problemas de memoria, como también otros factores cognitivos y emocionales, así como alteración de sus rutinas diarias. Además, suelen producir un estigma, y tomar la medicación pudiera recordarle al paciente este estigma. Por otro lado, son enfermedades agudas que conllevan implícitamente reacciones adversas al medicamento de manera frecuente.

Una adecuada relación médico-paciente favorece la adherencia terapéutica, si la relación es inadecuada puede suceder todo lo contrario aunque los conocimientos del médico sean amplios.

También se determinó que, altas puntuaciones de CREM-P, describen la presencia de mayor calidad relación médico-paciente.

Por otro, se puso de manifiesto la correlación positiva entre altas puntuaciones de DAI-10 respecto al indicador del CREM-P, siendo que una mejor actitud hacia la medicación se correlaciona con una mejor relación médico-paciente.

Se le recomienda a los colegas tener siempre en cuenta la amabilidad, escucha activa, respeto, características primordiales que un paciente busca en el médico y que si bien no podemos cambiar su realidad en cuanto a su enfermedad, lo acompañamos en este proceso.

Para futuras investigaciones se recomienda ampliar la muestra, en vista que estuvo afectada por la pandemia covid19 con una población reducida en el área de hospitalización. También se puede ampliar el tiempo de la investigación.

REFERENCIAS

1. Toledo, G. Psicología General de Enfermería. Colegio Universitario de los Teques "Cecilio Acosta". Venezuela: ediciones CULTCA; 2006.
2. Uriarte, V. Psicofarmacología. 4ª. ed. Mexico: editorial trillas; 1947.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid, 1992
4. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. [Internet]. N.W. Washington, D.C. Organización de Estados Americanos; dic. 1991. [Citado 23 de abril 2021]. Disponible: <https://www.cidh.oas.org/principios-para-la-proteccion-de-los-enfermos-mentales-y-el-mejoramiento-de-la-atencion-de-la-salud-mental>.
5. Ley Orgánica de la Salud y Reglamento Orgánico del Ministerio de la Salud. Gaceta Oficial No. 36.579 de fecha 11 de noviembre de 1998. Fecha de actualización 01-08-2018. [Internet]. Disponible en: <https://www.ref.world.org/principio-de-universalidad>
6. Ortega J. et al. Adherencia terapéutica al cumplimiento de tratamiento de enfermedades crónicas. [Internet]. Acta Medica, 2018; 16(3), p.226-232. [Consultado julio 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com>. pdf.
7. Moro F. Factores sociofamiliares y estancia hospitalaria: la complejidad de la intervención social en el área de la psiquiatría de agudos, aplicación de la escala ECISACH-BCNPSMAR. Universidad de Alicante. [Internet]. [Consultado el 6 de enero 2021]. Disponible en: <https://www.doi.org/10.14198/Altern>, 2017; 24.08.
8. Lara M.et al. Datos sociodemográficos, clínicos, auto-eficacia y actitudes hacia la medicación en relación al tratamiento de depresión. [Internet]. [Consultado junio 2021]. Disponible en: <https://www.rivel.ull.es/handle-915/2887/datos-sociodemograficos-clinicos-autoeficacia-y-actitudes-hacia-la-medificacion-en-tratamiento-de-depresion/2016>

9. Caqueo-Urizar A. et al. Adherencia a la medicación en pacientes indígenas con esquizofrenia. Universidad de Taparaca-Arica, Chile. 2da.ed. [Internet]. 2016. [Fecha de consulta agosto 2021]. Vol. 39, No. 6, p. 303-310. Disponible en: <https://www.medigraphic.com>saludmental>adherencia-a-la-medicacion-antipsicotica-en-pacientes-indigenas-con-esquizofrenia>.
10. Ramos S. y Bernabe Robles. La relación médico-paciente en salud mental. Documento de voluntades anticipadas y la planificación de decisión. [Internet]. Universidad de Barcelona. [Consultado febrero 2021]. Disponible en: <https://www.consaludmental.org>relacion-medico-paciente-en-salud-mental>
11. Mudarra N. Actitudes de los médicos residentes hacia el paciente con trastorno mental. UCV. [Internet]. 2017. [Consultado octubre 2020]. Disponible en: <https://www.caelum.ucv.ve>hadle.browse>
12. Farias P. Evaluación de la relación médico-paciente (RMP) en una población de San Juan-Argentina. [Internet]. 15 de diciembre de 2017, Vol. 21, No. 3, Revista de salud. [Consultado mayo 2021]. Disponible en: <https://www.revistas.unc.edu.ar>RSD.article>view>
13. Garrido C. Cuidado humanizado de personas con problemas de salud mental en el ambulatorio “Luis Guada Lacan del IVSS”, Naguanagua-Carabobo. [Internet]. [Fecha de publicación 22 de marzo 2013]. [Consultado enero 2022]. Disponible en: <https://saberucv.ve/jspui/handle/123456789/2994/cuidado-humanizado-de-personas-con-problemas-de-salud-mental-en-el-ambulatorio-Luis-Guada-Lacan-de-naguanagua-carabobo>
14. Cruz O. et al. La evaluación medico paciente en la actualidad y el valor medico clínico de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuego-Cuba. [Internet]. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org>pdf>
15. Predique L. La ética en la relación psiquiátrica de la Universidad de los Andes. [Internet] mayo-agosto 2017. Boletín Antropológico. V.25, No. 70: p. 231-234. Disponible en: <https://www.redalyc.org>pdf>

16. Boström PK, Strand J. Children and parents with psychosis-Balancing between relational attunement and protection from parental illness. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2021;34(1):68-76. doi:10.1111/jcap.12302
17. Amarista F. y J. Mata. *Psiquiatría Clínica*. Caracas: editorial ATEPROA
18. Sadock B. & V. Sadock. *Manual del Bolsillo de Psiquiatría Clínica*. 5ta. Ed. Baltimore.
19. Lehman A. *Guía práctica para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia*, 2da ed. APA. [Internet]. 2004. Grupo de trabajo sobre la esquizofrenia. [Consultado noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.guideline.gov/directrices-de-practicas-de-la-APA>
20. Bravo M. F. et al. *Guía práctica sobre el trastorno bipolar: tratamiento farmacológico y psicosocial*. [Internet]. 2013. Ministerio de Salud, Servicio Social e Igualdad. [Consultado en julio 2021]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/j.medcli, 2013](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2013)
21. Rodríguez J.J. et al. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS, 2009. Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe (OPS).Oficina OMS, 2012.
22. Volavka, J. *Esquizofrenia*. [Internet]. 2018. PortalClinic-Hospital Clinic Barcelona. [Consulta 13 de dic. 2021]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org>enfermedades>
22. Elly E. *Violencia y Esquizofrenia: en análisis clínico forense*. Anuario de psicología. Colegio Oficial de la psicología de Madrid. [Internet]. 2016. [consultado en abril 2021] Vol. 26, 70-79. Disponible en: <https://redalyc/journal/3150644418013>.
24. Briceño, R. *Módulo de Farmacología General*. Venezuela: Fundación Universitaria Cecilio Acosta, 2003.

25. Firt M. Manual versión para profesionales. Temas Médicos. [Internet]. 2015. [Consultado junio 2021]. Disponible en: <https://www.nsdmanuals.com>es-version-profesional>.
26. Colom F. et al. Programa de trastorno bipolar. IDIBAPS. Universidad de Barcelona. Instituto Clínico de Psiquiatría-Psicología. 2002.
27. Cirisi R. Adherencia en pacientes psicóticos. Hospital Mutuo de Terrssa-Barcelona. 2002; 29(4): 232-238.
28. Shiffman L. et al. Comportamiento del Consumidor. 5ta. ed. Mexico, 2005.
29. Di Matteo. Enhancing Medicacion Adherencia. Health Communication. [Internet]. 1999. [Consultado agosto 2021]. 6(4); 253-265. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S153202hco604_2
30. De Francisco. Relación médico paciente. Los fundamentos de la relación médico-paciente. [Internet]. Disponible en: https://facmed.unam.mx1.tema20.osteologia.org.ar>red38_maglio.
31. Bavaresco de P, A. Proceso metodológico en la investigación. (Comohacer un diseño de investigación). 3era. ed. Maracaibo-Venezuela: Academia Nacional de Ciencias Económicas, 1997.
- 32|. Bernal, C. Metodología de la investigación para administración y economía. Bogotá: Pearson, Educación de Colombia, 2000.
33. Esteves, M. Tutoría. Venezuela: UPEL, 2000.
34. Mingote J. Validación psicométrica de la versión española del cuestionario de relación médico-paciente (CREM-P). [Internet]. 2009. [Consultado noviembre 2021]. Disponible en: <https://medes.com>validacion-psicometrica-de-la-version-española-del-cuestionario-de-relaciones-medico-paciente>. 2009.

35. Hogan et al. Inventario de las actitudes hacia la medicación (DrugAttitudesInventory). [Internet]. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: <https://psiquiatria.com>glosario>inventario-de-actitudes-hacia-la-medicacion>
36. Baastrup et al. El abandono al tratamiento, es la causa más frecuente de recaída durante el tratamiento profiláctico. 3er, Congreso Virtual de Psiquiatría. [Internet]. [actualizado 2021],1969. Disponible en: <https://psiquiatria.com>congreso-de-psiquiatria>, 1969.
37. Flores, S. et al. Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos. Rev. Latinoamérica en Psiquiatría. [Internet], 2012. [Consultado marzo 2021]. 11(3): 82-89. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp123f.pdf>
38. Manzini J.L. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. [Internet], 2000. Actas bioethica, Vol. 6, No. 2. Santiago. [Consulta julio 2021]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.406/S1726-2000000200010.2000>
39. Mercado S. ¿Cómo hacer una tesis? Licenciatura, Maestría y Doctorado. 4ta. ed. Mexico: Limusa, 2008.
40. Gabrysch C, Fritsch R, Priebe S, Mundt AP. Mental disorders and mental health symptoms during imprisonment: A three-year follow-up study [published correction appears in PLoS One. 2020 Apr 3;15(4):e0231593]. PLoS One. 2019;14(3):e0213711. Published 2019 Mar 14. doi:10.1371/journal.pone.0213711

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Voluntario Informado

Institución: Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo.

Investigadores: Carmen Milagros Castro Cedano.

Tutor: Argelia Sulbarán Arrico.

INTRODUCCIÓN:

Lo estamos invitando a participar del estudio de investigación llamado: “Relación médico paciente y actitudes hacia la medicación en paciente psicóticos agudos”.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

Estamos realizando este estudio con el objetivo de conocer las actitudes hacia la medicación de los pacientes psiquiátricos agudos y la calidad de la relación médico-paciente ya que esto puede afectar no solo las respuestas emocionales del paciente sino también la conducta y la evolución médica, como la adherencia al tratamiento y la recuperación; Por lo señalado creemos necesario profundizar más en este tema y abordarlo con la debida importancia que amerita.

METODOLOGÍA:

Le informamos que se llevarán a cabo los siguientes procedimientos: Se utilizará la investigación de campo, de nivel descriptivo tipo exploratorio. Con la propuesta de pacientes psicóticos agudos del área de hospitalización de Psiquiátrica y Psicológica Clínica del HMDCA con diagnóstico clínico de esquizofrenia y/o trastorno bipolar, utilizando como instrumento el Drugg Attitude Inventory (DAI), CREM-P y cuestionario sociodemográfico.

BENEFICIOS:

No existe beneficio directo para usted por participar de este estudio. Sin embargo, se le informará de manera personal y confidencial de algún resultado que se crea conveniente que usted tenga conocimiento, a través de su médico tratante.

COSTOS E INCENTIVOS:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio, su participación no le generará ningún costo.

CONFIDENCIALIDAD:

Sus datos personales no estarán presentes en esta investigación. Si los resultados de este seguimiento son publicados en una revista científica, no se mostrará ningún dato que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

DERECHOS DEL PACIENTE:

Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar de una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, puede preguntar al Investigador principal Carmen Milagros Castro Cedano o llamar a los teléfonos 04123680469 o +18296104811.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Departamento de psiquiatría y psicología clínica del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, Caracas, Venezuela.

CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, he comprendido perfectamente la información que se me ha brindado sobre las cosas que van a suceder si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Firma del Participante:

Nombre:

Cedula:

Firma del Investigador:

Nombre:

Cedula:

Anexo 2. Cuestionario sociodemográfico y clínico.

Esta breve encuesta tiene como propósito conocer información demográfica y clínica de los participantes de la investigación, que permite clasificar sus respuestas. El entrevistador pasara el cuestionario con el fin de obtener los datos de forma clara y precisa.

Para recabar la información necesaria en la investigación se suministrarán:

Encuesta de información general: cuestionario como técnica que abarca datos sociodemográficos de la población (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción entre otros) así como datos clínicos (diagnóstico, tratamiento farmacológico, días de hospitalización, hospitalizaciones anteriores).

Edad: ____

Sexo: Masculino ____ Femenino ____

Nivel de instrucción: Educación básica ____ Educación media ____ Educación universitario ____ Analfabeta ____

Ocupación y/o Profesión: _____

Situación laboral: Desempleado ____ Empleado ____

Situación económica: Holgada ____ Limitada ____ Depauperada ____

Filiación: Militar _ Civil _

Estado civil: Soltero _ Casado _ Unión libre ____ viudo _

¿Tiene hijos? No _ si _ ¿Cuántos? ____

Diagnóstico: Esquizofrenia_ Trastorno bipolar _

¿Cuántas hospitalizaciones ha tenido? 1ra _ 2da _ 3ra_ Otros _

Días de hospitalización _____

Tratamiento médico indicado al egreso:

Medicamento 1 _____

Dosificación _____

Medicamento 2 _____

Dosificación _____

Medicamento 3 _____

Dosificación ____

Medicamento 4 _____

Dosificación__

Fecha del primer episodio psicótico: _____

Anexo 3. Cuestionario DAI.

DAI: es un inventario de escala para obtener información sobre la actitud del paciente hacia la medicación. Valora la respuesta subjetiva a la medicación antipsicótica y existen dos versiones:

Se estará utilizando la versión breve.

•Larga, la cual está formada por 30 ítems agrupadas en 7 categorías (respuestas subjetivas positivas, negativa, salud y enfermedad, medico, control, prevención y daño).

•Breve: formada por 10m ítems que se refieren al efecto recibido de la medicación. Los ítems son respuestas dicotómicas (verdadero-falso).

1. Para mí lo bueno de la medicación supera lo malo V o F.
2. Me siento raro/a, como un zombi, con la medicación V o F.
3. Tomo medicación por decisión mía V o F.
4. La medicación hace que me sienta más relajado/a V o F.
5. La medicación hace que me sienta cansado/a y lento/a V o F.
6. Tomo medicación sólo cuando estoy enfermo/a V o F.
7. Me siento más normal con la medicación V o F.
8. Es antinatural para mi mente y mi cuerpo estar controlado/a por medicaciones V o F.
9. Mis pensamientos son más claros con medicación V o F.
10. Por estar con medicación puedo prevenir caer enfermo V o F.

Las frases se refieren únicamente a la medicación psiquiátrica que toma actualmente. Si una frase es verdadera o en su mayor parte verdadera, se rodea con un círculo la V. Si una frase es falsa o en su mayor parte falsa, rodee con un círculo la F. Si el paciente desea cambiar alguna respuesta, puede tachar con una X la respuesta errónea y marca con un círculo la respuesta correcta.

Las preguntas verdaderas valen 1 punto y las falsas valen 2 puntos, oscilando la puntuación total entre 10 y 20. Tomando la referencia a mayor puntuación, el efecto percibido de la medicación es más positivo³³.

Anexo 4. Cuestionario CREMP.

CREM-P: Es un cuestionario que evalúa calidad de la relación médico-paciente, que consta de 12 ítems diseñado para permitir la evaluación tanto el contexto clínico como de investigación. Se presenta por la escala tipo Likert de 6 puntos; tales como:

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Levemente en desacuerdo.
4. Levemente de acuerdo.
5. De acuerdo.
6. Totalmente de acuerdo.

Las puntuaciones implican que, a mayor puntaje, mayor acuerdo, en tanto que a menor puntaje mayor desacuerdo

Los autores procedieron a la adaptación al castellano del cuestionario PDQR (Patient Doctor Relation ship Questionnaire) de Van der Feliz-Cornelis, Van Oppen, Van Marwijk, De Beurs y Van Dyck, en su versión de 12 ítems. En primer lugar, realizaron la traducción del cuestionario al español (CREM-P) y posteriormente lo retradujeron al inglés, evaluando el nivel de precisión y ajuste de las diferencias encontradas.

Items CREM -P

Mi médico me entiende.
Mi médico se esfuerza en ayudarme.

Puedo hablar con mi médico.
Estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi médico.
Mi médico me ayuda.
Mi médico me dedica suficiente tiempo.
El tratamiento que me ha puesto mi médico me está beneficiando.
Estoy de acuerdo con mi médico sobre las causas de mis síntomas.
Encuentro a mi médico muy accesible.
Gracias a mi médico me encuentro mejor.
Gracias a mi médico tengo más información acerca de mi salud.
Ahora controlo más mis síntomas (Aunque vea menos a mi médico).

ANEXO 5.

TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivos Especificos	Variables	Definiciones	Indicadores
Describir los factores sociodemográficos y clínicos que presentan los sujetos.	Factores sociodemográficos Factores clínicos	Conjunto de indicadores, que muestran la situación sociodemográfica y clínica de los sujetos. Conjunto de indicadores que muestran la situación clínica psiquiátrica de los sujetos	Edad Sexo Estado Civil Nivel de Instrucción Situación Laboral Situación Económica Diagnóstico Clínico Días de Hospitalización Tratamiento farmacológico o de egreso Fecha del primer episodio psicótico Hospitalizaciones anteriores
Determinar la relación médico-paciente de los sujetos	Relación médico-paciente	Es la esencia para la provisión de asistencia médica de alta calidad en cuanto a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.	Comunicación Empatía Confianza Seguridad
Evaluar las actitudes hacia la medicación psicofarmacológica de los sujetos	Actitud Medicación psicofarmacológica	Es la disposición voluntaria de una persona frente a la existencia en general o a un aspecto particular. Es el tratamiento que se usa para prevenir o aliviar los síntomas de una enfermedad psiquiátrica, con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica.	Positiva Negativa Efectos sobre la enfermedad Efectos Colaterales

Tabla 1.
Distribución de pacientes según características clínicas y epidemiológicas.

Variabes		
n	25	
Edad (años)	38 ± 13	
Sexo		
Masculino	8	32,0%
Femenino	17	68,0%
Nivel de instrucción		
Educación básica	7	28,0%
Educación media	11	44,0%
Educación universitaria	7	28,0%
Situación laboral		
Empleado	6	24,0%
Desempleado	19	76,0%
Situación económica		
Limitada	25	100,0%
Estado civil		
Soltero	16	64,0%
Casado	4	16,0%
Unión libre	5	20,0%
Tiene hijos	12	48,0%
Cuántos hijos tiene		
1 a 2	8	66,7%
3 a 4	4	33,3%
Diagnóstico		
Esquizofrenia	10	40,0%
Trastorno bipolar	15	60,0%
Tiempo de hospitalización (días)	32 (13 – 81)	
Número de hospitalizaciones		
1 a 2	13	52,0%
3 y más	12	48,0%

Tabla 2.
Distribución de pacientes por tipo de medicamento.

Medicamentos	n	%
Risperidona	16	64,0
Ácido valproico	13	52,0
Carbonato de litio	11	44,0
Quetiapina	11	44,0
Clonazepam	10	40,0
Biperideno	8	32,0
Alprazolam	3	12,0
Oxcarbapina	2	8,0
Haloperidol	2	8,0
Aripiprazol	1	4,0
Olanzapina	1	4,0
Omeprazol	1	4,0
Carbamazepina	1	4,0
Losartán	1	4,0
Amlodipina	1	4,0
Lorazepam	1	4,0

Tabla 3.
Distribución de respuestas afirmativas de los dominios del instrumento de actitud hacia la medicación.

Dominios	n	%
Por estar con medicación puedo prevenir caer enfermo.	25	100,0
Para mí lo bueno de la medicación es que supera lo malo.	23	92,0
Mis pensamientos son más claros con medicación.	22	88,0
Tomo medicación por decisión propia.	19	76,0
La medicación hace que me sienta más relajado/a.	19	76,0
Me siento más normal con la medicación.	17	68,0
Tomo medicación solo cuando estoy enfermo/a.	16	64,0
Es antinatural para mi mente y mi cuerpo estar controlado/a por la medicación.	7	28,0
Me siento raro/a, como un zombi, con la medicación.	5	20,0
La medicación hace que me sienta cansado/a y lento.	4	16,0

Tabla 4.
Distribución de respuestas de los dominios del instrumento de relación médico paciente.

Dominios	TED	ED	LED	LEA	DA	TDA
Mi médico me entiende.	-	-	-	-	5	20
Mi médico se esfuerza en ayudarme.	-	-	-	2	12	11
Puedo hablar con mi médico.	-	1	-	-	12	12
Estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi médico.	-	1	5	3	8	8
Mi médico me ayuda.	-	-	-	-	7	18
Mi médico me dedica suficiente tiempo.	-	-	-	5	15	5
El tratamiento que me ha puesto mi médico me está beneficiando.	1	2	-	5	14	3
Estoy de acuerdo con mi médico sobre las causas de mis síntomas.	-	1	-	8	10	6
Encuentro a mi médico muy accesible.	-	-	-	2	10	13
Gracias a mi médico me encuentro mejor.	-	-	-	-	7	18
Gracias a mi médico tengo más información acerca de mi salud.	-	-	1	2	12	10
Ahora controlo más mis síntomas (Aunque vea menos a mi médico).	-	-	-	5	13	7

TED: totalmente en desacuerdo

ED: en desacuerdo

LED: levemente en desacuerdo

LEA: levemente en acuerdo

DA: de acuerdo

TDA: totalmente de acuerdo

Tabla 5.
Comparación de valores de la puntuación DAI-10 con variables epidemiológicas.

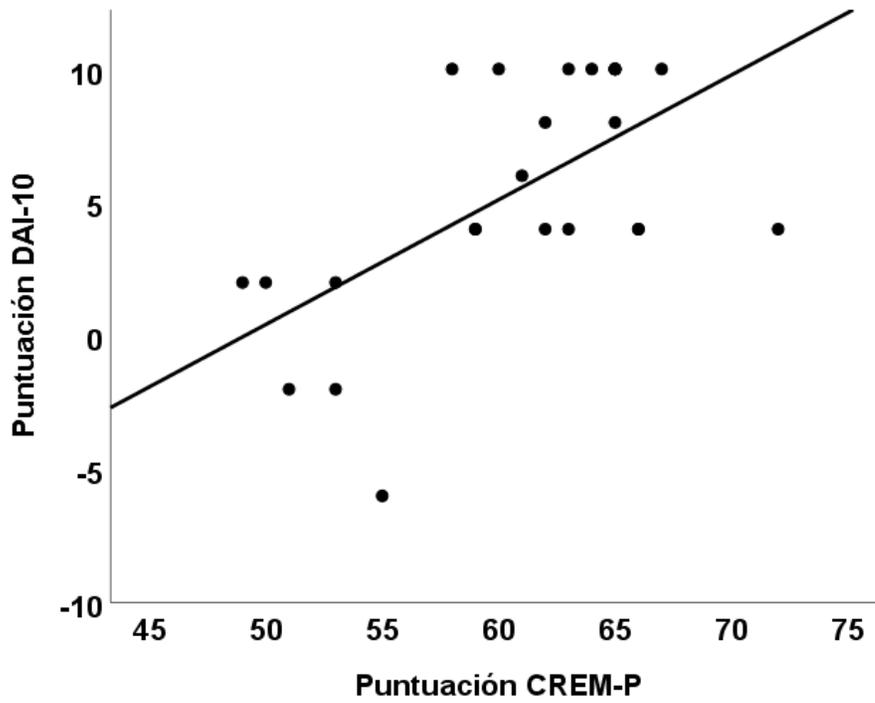
Variables	n	Media	DE	p
Edad				0,697
20-30	9	6,2	4,4	
31-40	5	6,0	3,2	
Más de 40	11	4,6	5,3	
Edad				0,175
Masculino	8	7,3	3,4	
Femenino	17	4,6	4,8	
Nivel de instrucción				0,210
Educación básica	7	3,1	5,9	
Educación media	11	5,6	4,2	
Educación universitaria	7	7,4	2,8	
Situación laboral				0,248
Empleado	6	7,3	2,7	
Desempleado	19	4,8	4,9	
Filiación				0,421
Afiliado	16	6,0	3,8	
Civil	9	4,4	5,7	
Estado civil				0,375
Soltero	16	4,5	4,8	
Casado	4	6,5	4,1	
Unión libre	5	7,6	3,6	
Tiene hijos				0,564
Sí	12	6,0	5,0	
No	13	4,9	4,1	
Diagnóstico				0,461
Esquizofrenia	10	4,6	3,9	
Trastorno bipolar	15	6,0	5,0	

Tabla 6.
Comparación de valores de la puntuación CREM-P con variables epidemiológicas.

Variab les	n	Media	DE	p
Edad				0,739
20-30	9	62,0	6,3	
31-40	5	60,0	6,3	
Más de 40	11	60,0	5,9	
Edad				0,390
Masculino	8	62,3	6,5	
Femenino	17	60,0	5,8	
Nivel de instrucción				0,605
Educación básica	7	59,0	6,8	
Educación media	11	60,8	6,9	
Educación universitaria	7	62,3	3,1	
Situación laboral				0,041
Empleado	6	65,0	4,1	
Desempleado	19	59,4	5,9	
Filiación				0,475
Afiliado	16	61,4	6,1	
Civil	9	59,6	5,8	
Estado civil				0,961
Soltero	16	60,6	5,6	
Casado	4	61,5	7,7	
Unión libre	5	60,4	7,0	
Tiene hijos				0,864
Sí	12	60,5	6,2	
No	13	60,9	6,0	
Diagnóstico				0,008
Esquizofrenia	10	57,0	5,3	
Trastorno bipolar	15	63,2	5,1	

Gráfico 1.

Diagrama de dispersión de la relación entre la actitud hacia la medicación y la relación médico-paciente.



$r = 0,615$ ($p = 0,001$) y ($r^2 = 0,378$)

Gráfico 2
Distribución de pacientes según sexo.

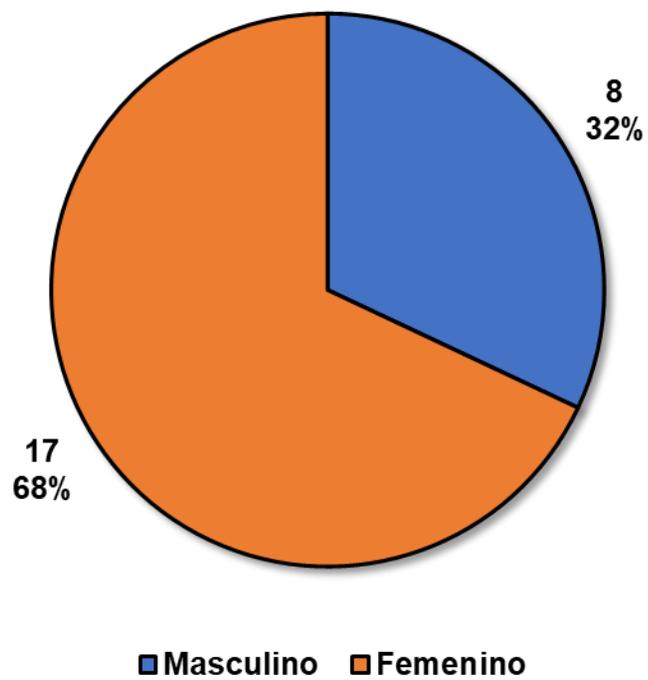


Gráfico 3.
Distribución de pacientes según grado de instrucción.

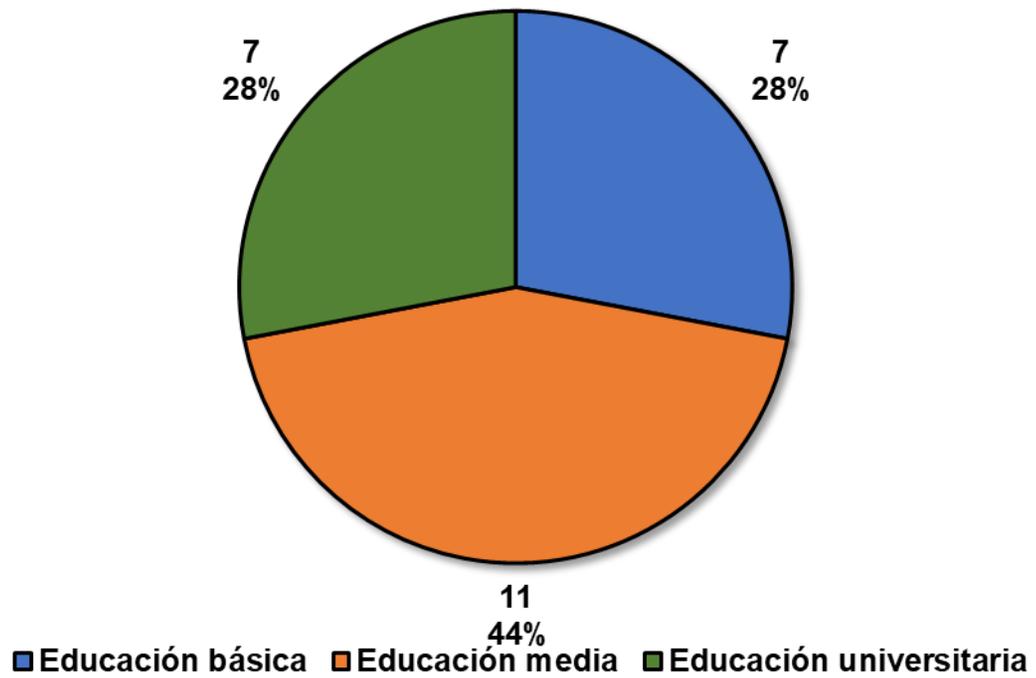


Gráfico 4.
Distribución de pacientes según situación laboral.

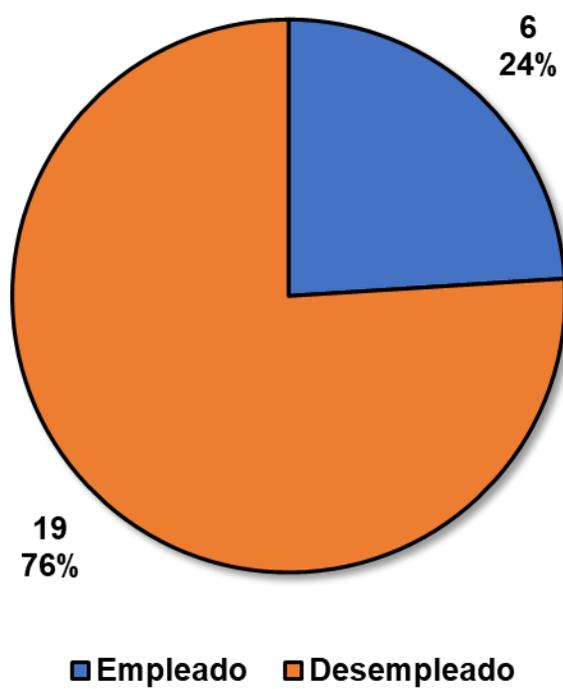


Gráfico 5
Distribución de pacientes según limitaciones económicas.

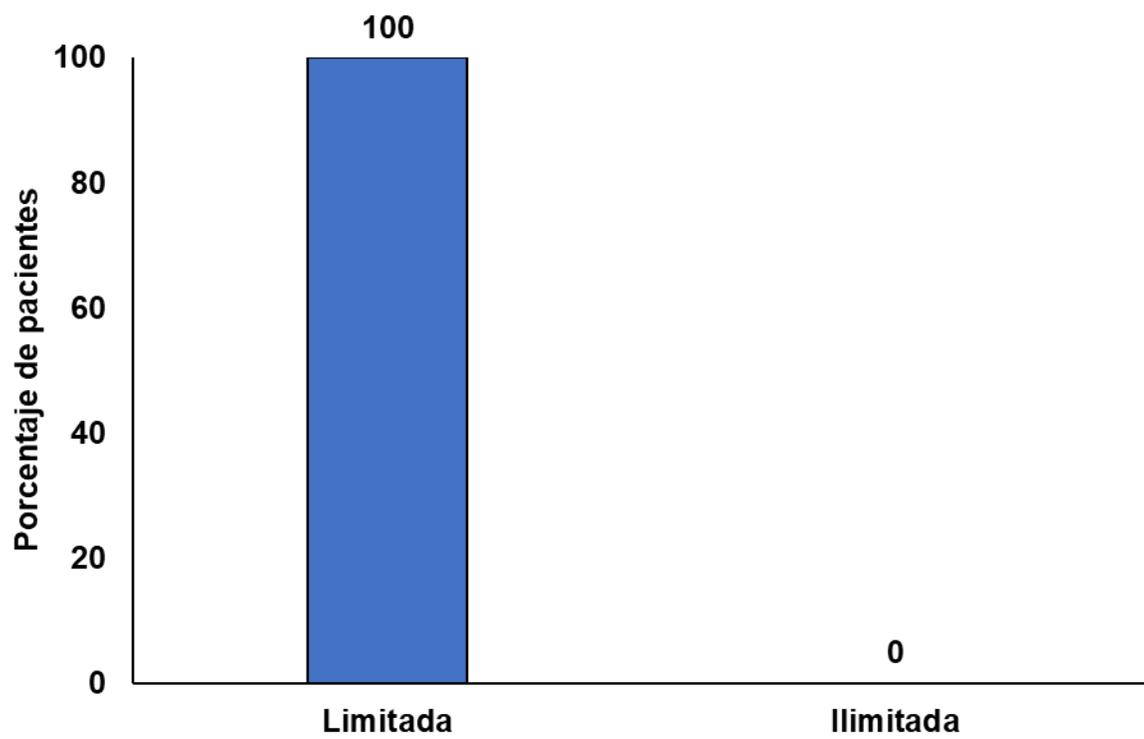


Gráfico 6.
Distribución de pacientes según estado civil.

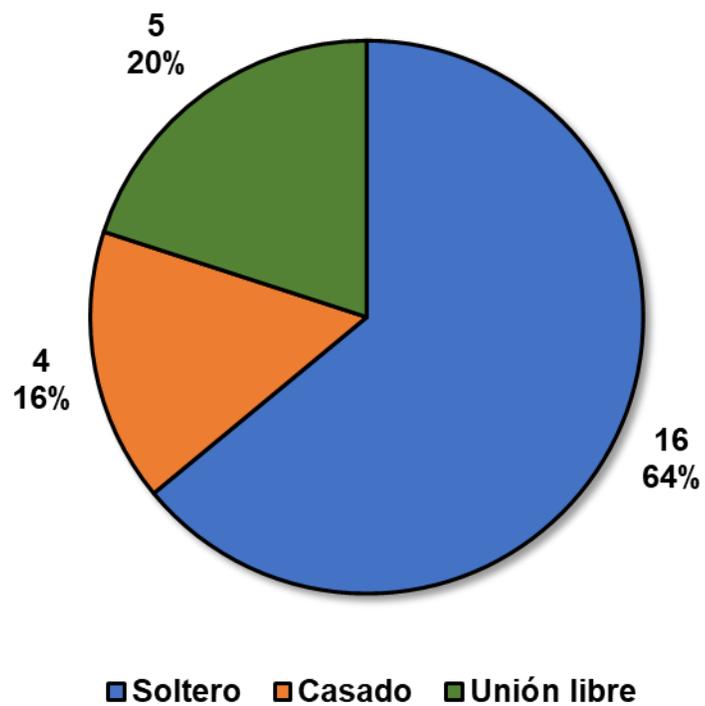


Gráfico 7.
Distribución de pacientes según si tiene hijos.

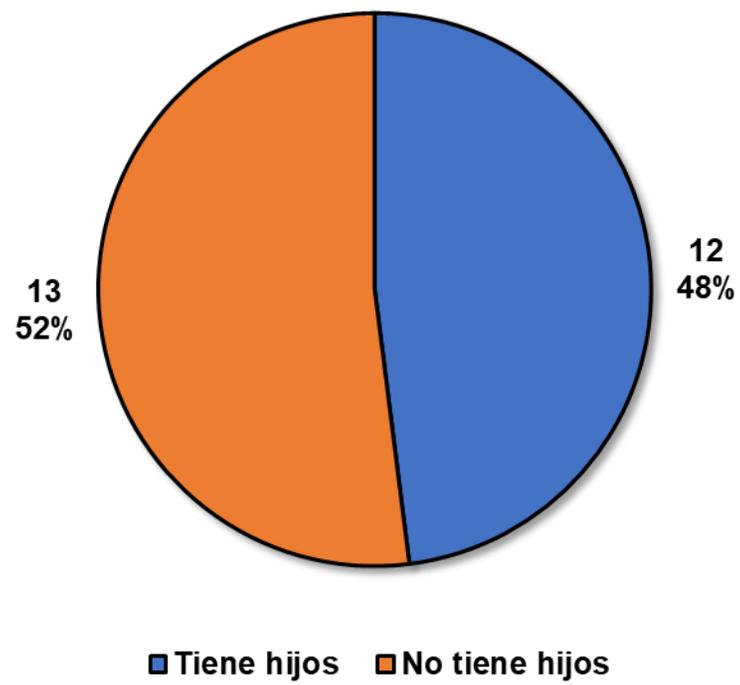


Gráfico 8.
Distribución de pacientes según número de hijos.

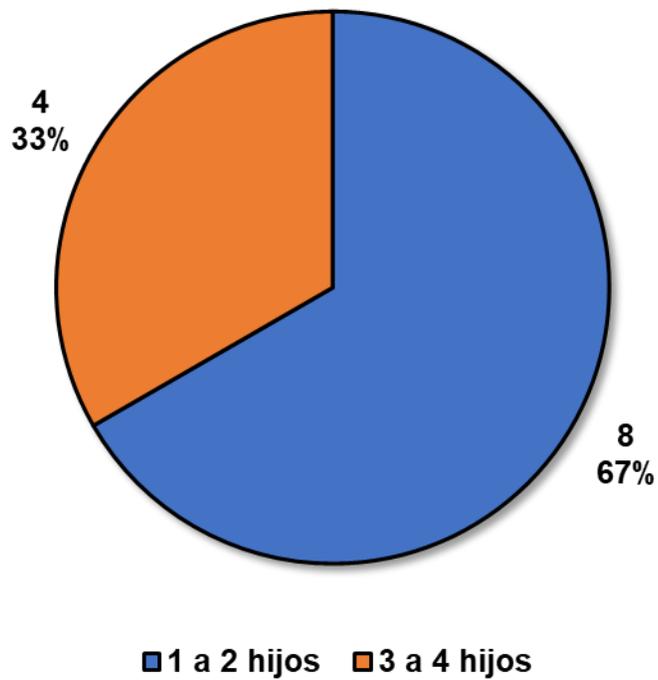


Gráfico 9.
Distribución de pacientes según diagnóstico.

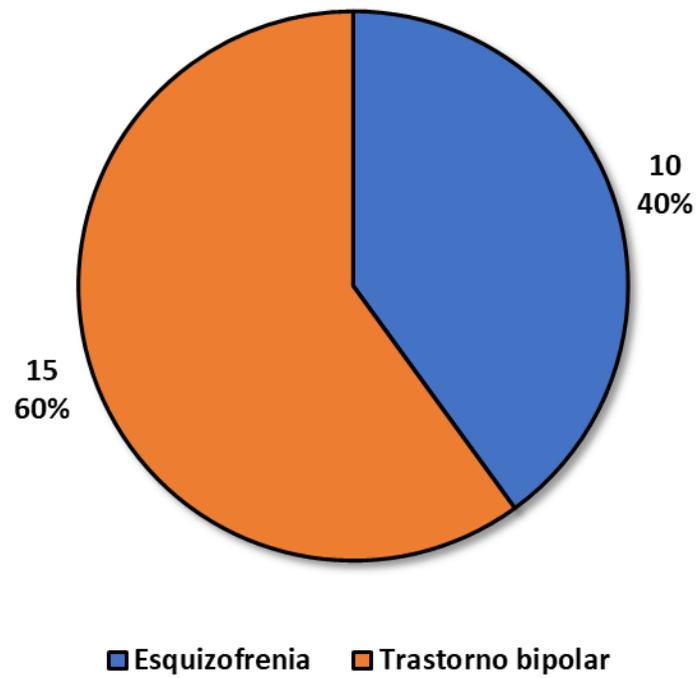


Gráfico 10.
Distribución de pacientes según número de hospitalizaciones.

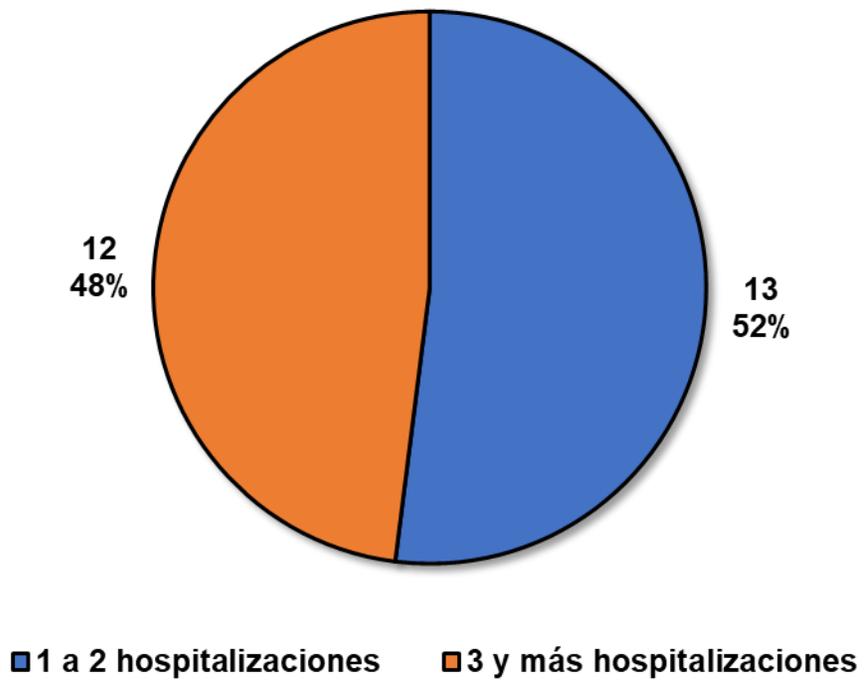


Gráfico 11.
Distribución de pacientes según el tratamiento recibido en la hospitalización.

