



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS, PUEBLA
ESCUELA DE CIENCIAS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
Licenciatura en Médico Cirujano.

Protocolo de Investigación

**Factores que favorecen el Síndrome de la puerta giratoria en
pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Hospital
Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.**

Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requisitos para obtener el grado de licenciatura
en Médico Cirujano.

PRESENTA

Gabriel Alejandro García López

Directora Experta:

Dra. Katia Paulina Berdugo Áviles

Director Metodológico:

Dr. Roberto Carlos Mares Morales.

Marzo 2022

Agradecimientos

A mi madre y familia, quienes desde el primer momento de iniciar la carrera de médico cirujano, no dudaron en que el objetivo sería logrado. Gracias por cada consejo, apoyo y ánimo que me brindaron durante los últimos 6 años, pero, sobre todo, gracias por brindarme una educación de calidad. No hay duda alguna, que ustedes son los mejores maestros de los cuales he podido aprender. Los admiro y respeto. Realmente, muchas gracias.

A mis amigos y amigas, principalmente a la Dra. Italia Vega, a la Dra. Paula Cantú y al Dr. Carlos Ochoa, quienes conocí desde el primer semestre y sin duda, su apoyo y compañía han sido memorables, siendo destacable no solo para mi desarrollo como profesionista sino como persona.

Al Dr. Ulises Luna, quien representa no solo un modelo a seguir como médico, sino como persona. Es sin duda, no solo la amistad más sincera que he podido encontrar, sino también una gran fuente de conocimiento en la que confío ampliamente.

A todos mis profesores y catedráticos quienes tuvieron participación en mi formación; gracias a todos aquellos que representaron un aprendizaje de distinta índole, puesto que el día de hoy, yo represento una parte de cada uno de ellos.

A la Dra. Katia Paulina B. Áviles, a quien considero un gran referente no solo en el ámbito de la psiquiatría, sino también el ámbito de la enseñanza. Gracias por brindarme la oportunidad de desarrollar el tema que se presenta en el actual escrito. Sobre todo, gracias por brindarme su apoyo médico.

Al Dr. Roberto C. Mares, a quien considero un excelente ser humano, médico y modelo a seguir en el ámbito de la cirugía. Gracias por sus múltiples enseñanzas durante la carrera, sobre todo, gracias por apoyar mi crecimiento profesional. Y con mayor énfasis, gracias por haber participado en mi evaluación de ingreso a la licenciatura y ahora en mi proceso para finalizarla.

Información de directores

Autor principal:

Gabriel Alejandro Garcia López. ID 154742.

Estudiante de la Licenciatura de Médico Cirujano de la Universidad de las Américas Puebla.

Correo electrónico: gabriel.garcialz@udlap.mx

Directora Experta:

Dra. Katia Paulina Berdugo Avilés.

Médico cirujano egresado de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo con Especialidad en Psiquiatría por parte de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Médico psiquiatra adscrito a hospital Torres médicas Angelópolis. Profesora de tiempo parcial del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad de las Américas, Puebla.

Correo electrónico: Katia.berdugo@udlap.mx

Director interno y metodológico:

Dr. Roberto Carlos Mares Morales.

Médico cirujano egresado de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla con Especialidad en Cirugía Plástica y reconstructiva por parte del Centro médico nacional "20 de noviembre" / Universidad nacional Autónoma de México. Actualmente denota el cargo de director del departamento de ciencias de la salud de la Universidad de las Américas, Puebla.

Correo electrónico: Roberto.mares@udlap.mx

Abreviaturas

GABA	Ácido gamma aminobutírico.
RD2	Receptores de dopamina tipo 2.
NRG1	Neuroregulina 1.
DB	Disbindina.
AVAD	Años de vida ajustado a discapacidad.
FPM	Fase premórbida.
FP	Fase prodrómica.
FSP	Fase psicótica.
EA	Evento agudo.
ASP	Antipsicóticos.
ITF	Inadecuada adherencia al tratamiento farmacológico.
TEE	Tiempo de evolución de la enfermedad.
TER	Tiempo entre reingresos.
ACS	Asistencia a consultas de seguimiento.
USP	Uso de sustancias psicoactivas.
GE	Grado de escolaridad.
EP	Entorno de procedencia

ÍNDICE

Agradecimientos	2
Información de directores	3
Abreviaturas	4
1. Resumen.....	4
2. Antecedentes generales.	5
2.1 Conceptos iniciales	5
2.2 Fisiopatología.	5
2.3 Factores de Riesgo.	6
2.4 Epidemiología	8
2.5 Manifestaciones clínicas	10
2.6 Diagnóstico	13
2.7 Diagnósticos diferenciales	16
2.8 Temporalidad del padecimiento.....	16
2.9 Recuperación.....	17
2.10 Comorbilidad en los pacientes con esquizofrenia.....	17
2.11 Tratamiento.	18
3. Antecedentes específicos	24
3.1 Naturaleza de las recaídas en esquizofrenia	24
3.2 Rehospitalización y recaída al padecimiento	25
3.3 Síndrome de la puerta giratoria	27
3.4 Impactos de la hospitalización cíclica	31
4. Planteamiento del problema.....	33
5. Pregunta de investigación.....	34
6. Justificación	35
7. Hipótesis.....	36
8. Objetivos.....	37
8.1 Objetivo general.....	37
8.2 Objetivos específicos.....	37
9. Diagrama metodológico.....	38
10. Metodología	39
10.1 Tipo de estudio	39
10.2 Ubicación del estudio	39
10.3 Universo	39

10.4 Unidad de análisis	39
10.4.1 Criterios de inclusión	39
10.4.2 Criterios de exclusión	40
10.4.3 Criterios de eliminación	40
10.5 Variables por estudiar.....	40
10.5.1 Variables independientes.	40
10.5.2 Variable dependiente.	41
10.6 Procedimiento.....	41
10.7 Recopilación de la información.....	41
10.8 Análisis de la adherencia al tratamiento farmacológico.....	42
10.9 Análisis estadístico.....	42
10.10 Financiamiento del proyecto.....	42
10.10.1 Recursos.....	42
11. Consideraciones bioéticas	44
12. Resultados.....	45
12.1 Variables no clínicas.....	45
12.2 Variables clínicas.....	50
13. Discusión	56
14. Conclusiones.....	60
15. Anexos.....	62
15.1 Escala Morinsky Green Scale “MMAS – 8” modificada.....	62
15.2 Aprobación institucional.....	63
15.3 Registro oficial.....	64
15.4 Cronograma de actividades (Original).....	65
15.5 Cronograma de actividades (modificado por pandemia).....	66
15.6 Tabla de recopilación de datos (original).....	67
15.7 Tabla de recopilación de datos (modificada).....	68
16. Referencias.....	69

Índice de figuras

Figura 1. Síntomas tempranos y tardíos de la fase prodrómica.	11
Figura 2. Criterios médicos y neurológicos para el diagnóstico de esquizofrenia	16
Figura 3. Antipsicóticos típicos y atípicos.	20

Índice de tablas

Tabla 1. Género del paciente.	45
Tabla 2. Edad del paciente durante el primer reingreso.	46
Tabla 3. Grado de escolaridad.	47
Tabla 4. Uso de sustancias psicoactivas.	48
Tabla 5. Entorno de procedencia.....	49
Tabla 6. Adherencia al tratamiento farmacológico.....	50
Tabla 7. Tiempo de evolución de la enfermedad.	51
Tabla 8. Tiempo entre reingresos.....	52
Tabla 9. Asistencia a consultas de seguimiento.	53
Tabla 10. Cantidad de consultas entre reingresos.	54

1. Resumen.

La esquizofrenia es un desorden psicótico caracterizado por delirios, alucinaciones y alteraciones en el pensamiento, percepción y comportamiento. Se estima que, de manera global, la prevalencia es del 1% en la población adulta. Los hombres presentan una mayor probabilidad de presentar la enfermedad, así como una aparición temprana de la sintomatología. El síndrome de la puerta giratoria en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia hace referencia a un proceso de readmisión hospitalaria constante posterior a su egreso favorable. Las recaídas y reingresos constantes se caracterizan por ser una exacerbación aguda de un episodio psicótico resultando en un impacto negativo asociado a daño no solo al paciente en cuestión sino al cuidador principal. En México, el conocimiento sobre los detonantes del síndrome de la puerta giratoria aún se encuentra limitado. El objetivo del presente protocolo de investigación es describir la presencia de factores no clínicos tales como el género, la edad, el grado de escolaridad, el consumo de sustancias y el entorno de procedencia; y factores clínicos principalmente la inadecuada adherencia al tratamiento farmacológico, el tiempo de evolución de la enfermedad, el lapso temporal entre cada reingreso y la asistencia a consultas de seguimiento, y su posible relación con el desarrollo del síndrome de la puerta giratoria. Esperando que, si existe una relación significativa entre los factores y el desarrollo del SDG, éstos puedan abordarse de manera oportuna, resultando en un mejor pronóstico para el paciente y su red de apoyo. Para demostrar lo anterior, fueron evaluados 46 expedientes de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que cumplían los criterios de inclusión. Por medio de la aplicación de una plantilla de recopilación de datos, se obtuvo la información perteneciente a los 2 grupos principales de factores posiblemente asociados, realizándose un análisis descriptivo. Los resultados demuestran que existen factores principalmente clínicos que sí presentan una asociación positiva y significativa para el desarrollo del síndrome de la puerta giratoria en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Introducción

2. Antecedentes generales.

2.1 Conceptos iniciales

Esquizofrenia. Catalogada como un desorden mental crónico y el más complejo hasta el momento; se encuentra compuesto por un conjunto de síntomas psicóticos, tales como ideas delirantes, lenguaje desorganizado, alucinaciones, síntomas negativos (los cuales hacen referencia a la disminución o pérdida de las funciones cognitivas tales como capacidad de atención, memoria o a las funciones ejecutivas y catatonía u otro comportamiento anormal (Patel K R, et al. 2014).

Pese a la búsqueda prolongada por más de un siglo, la causa precisa de la esquizofrenia continúa sin ser resuelta. Sin embargo, actualmente se sabe que los fenotipos de la enfermedad surgen de diversos factores; entre ellos, la susceptibilidad genética y la influencia de factores del ambiente en el que el sujeto / paciente se desenvuelva. (Patel K R, et al. 2014)

Dentro de las múltiples teorías que aún se encuentran en discusión, resalta la siguiente: “*Una explicación para el desarrollo de la esquizofrenia es que el trastorno comienza in útero*”. (Patel K R, et al. 2014)

Esta teoría se encuentra sustentada en base a complicaciones obstétricas tales como hemorragias gestacionales, diabetes gestacional, cesárea de emergencia, asfixia y bajo peso al nacer. Complicaciones que, de manera severa, podrían estar relacionadas a la presencia de esquizofrenia en la vida adulta. Sin embargo, el estrés e infecciones fetales podrían generar un doble riesgo para el desarrollo de esquizofrenia. (Patel K R, et al. 2014).

2.2 Fisiopatología.

Pese que aún se desconoce la causa exacta, la vía en el que la esquizofrenia se desarrolla es un hecho conocido. Las alteraciones y anormalidades en ciertos neurotransmisores son la base de sustento de las teorías más aceptadas

actualmente. Estas afirmaciones mencionan la disminución o exceso de dopamina, serotonina y glutamato (Kaushik, et al. 2012).

Por otra parte, algunas teorías implican al aspartato, glicina y al ácido gamma aminobutírico (GABA); como parte del desbalance neuroquímico de la patología. La actividad anormal de los receptores de dopamina (específicamente los tipos D2), se asocia en primera instancia, con los síntomas de la esquizofrenia. Actualmente, se han implicado 4 vías de actividad dopaminérgica con la expresión de esta enfermedad (Kaushik, et al. 2012).

Los síntomas negativos y las alteraciones cognitivas (características de la esquizofrenia) se encuentran relacionados a los niveles bajos de dopamina mesocortical. El tejido cerebral por sí mismo, parece desempañar un rol en el desarrollo de esquizofrenia cuando, éste presenta ciertas alteraciones tales como el incremento en el tamaño del tercer ventrículo y el ventrículo lateral. Ambos incrementos, y de manera individual, están relacionados a un alto porcentaje en la presencia esquizofrenia en la vida adulta (Kaushik, et al. 2012).

2.3 Factores de Riesgo.

- Genética y herencia.

De acuerdo a la Guía terapéutica para el manejo de la esquizofrenia, desarrollada por la Asociación Psiquiátrica Mexicana, el riesgo de padecer esquizofrenia se incrementa en aproximadamente 50% cuando ambos padres la padecen; mientras que, el porcentaje se eleva a un 60% hasta 84% cuando se trata de gemelos monocigóticos. Lo anterior hace referencia a un tipo de herencia poligenética. (Asociación Psiquiátrica Mexicana 2019).

La susceptibilidad genética se ha determinado en los siguientes cromosomas (Simila, et al. 2017):

- 1q21 – 22.

- 1q33 – 43.
- 6p24.
- 8p21.
- 10p 14.
- 13q 32.
- 18p 11.
- 22q 11 – 13.

La existencia de múltiples loci asociados con la vulnerabilidad de la esquizofrenia hacen referencia a que esta enfermedad es causada por la interacción de diversos grupos génicos aunados a factores ambientales (Simila, et al. 2017).

De acuerdo a La Guía Terapéutica para el Manejo de la Esquizofrenia, actualmente los genes con mayor relevancia y relación con esquizofrenia son la Disbindina, gen localizado en el cromosoma 6. La Neuroregulina 1 que se encuentra en el cromosoma 8. El gen DAAO, el cual está ubicado en el cromosoma 12. Por último, se relaciona también al gen G72 en el cromosoma 13 (Asociación Psiquiátrica Mexicana 2019).

- Fenotipo

Los hallazgos reportados mencionan anomalías físicas, que no representan severidad alguna. Tales como el perímetro cefálico menor al valor promedio, implantación baja de orejas, altura anormal del paladar, anomalías en los dermatoglifos y menor diámetro binocular; Anormalidades conductuales como aislamiento social, expresividad afectiva disminuida, retardo en el desarrollo psicomotor y neuropsicológicas, que hacen referencia al déficit cognoscitivo generalizado (Asociación Psiquiátrica Mexicana, 2019).

Los familiares biológicos de primer grado de pacientes que padecen esquizofrenia presentan un riesgo para padecerla, aproximadamente de diez veces superior al de la población general (Asociación Psiquiátrica Mexicana, 2019).

- Factores del medio ambiente.

Los posibles factores ambientales que están relacionados a presentar esquizofrenia son, en primera instancia, la exposición al virus de la influenza durante el embarazo, inadecuado estado nutricional gestacional, complicaciones obstétricas y alto consumo de tabaco durante el periodo gestante (Asociación Psiquiátrica Mexicana, 2019).

Basado en la guía terapéutica para el manejo de la esquizofrenia, la infección por el virus de la influenza en el segundo trimestre del embarazo coloca a tales pacientes en un nivel de riesgo elevado para padecer esquizofrenia en contraste con los pacientes no expuestos a la infección in útero (Asociación Psiquiátrica Mexicana, 2019).

- Esquizofrenia y sustancias asociadas.

En EUA, un valor promedio del 30 – 50% de los pacientes con esquizofrenia se encuentran relacionados al abuso o dependencia de alcohol, marihuana y cocaína, en un 25% y 10% para las últimas dos respectivamente (WHO, 2018).

2.4 Epidemiología

Se estima que 45.6 millones de adultos en los Estados Unidos de América, 1 de cada 5 personas fueron diagnosticadas con algún tipo de enfermedad mental (Smith M, 2015) La prevalencia de esquizofrenia se encuentra estimada entre el 0.6% y el 1.9% en EU. (Cenetec, 2015).

De acuerdo a la guía de práctica clínica mexicana titulada “Diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en el primer y segundo nivel de atención”, en México, la prevalencia de la esquizofrenia es del 0.7%. Dato que coincide con reportes desarrollados por la organización mundial de la salud (OMS) sobre este padecimiento (Cenetec, 2015). En relación al dato anterior, se estima que en México

existen medio millón de personas que padecen esquizofrenia. No obstante, esta estimación excluye a los individuos con riesgo potencial de desarrollar el padecimiento.

Los países en vías de desarrollo u economías aún emergentes son los estratos con más afectación por parte de este padecimiento; ya que aproximadamente del total de pacientes con esquizofrenia a nivel mundial, 21 millones viven en estos estratos (WHO, 2018).

Este padecimiento es considerado como el desorden psiquiátrico más grave e incapacitante en todo el mundo, representando el 40 – 50% de las hospitalizaciones psiquiátricas. La esquizofrenia forma parte de las principales causas neuropsiquiátricas de “años de vida ajustados por discapacidad” (AVAD), con un valor aproximado del 1.1% el total de AVAD de todas las enfermedades (Díaz Soto C, et al, 2016). Los pacientes que padecen esquizofrenia, presentan un valor de 2 – 2.5 mayor de probabilidades de fallecer a tempranas edades en comparación con la población no afectada (Díaz Soto C, et al, 2016).

Los pacientes que presentan un trastorno mental grave presentan importantes dificultades en la vida cotidiana que conllevan la necesidad de ayuda continua (Lascorz D, et al, 2018).

En cuanto a incidencia, la esquizofrenia presenta valores relativamente bajos. Esto, debido a su carácter crónico. Las tasas de incidencia son inferiores a las tasas de prevalencia y se estiman en aproximadamente 20 – 40 / 100, 000 habitantes al. En relación al género. año (Díaz Soto C, et al, 2016). El inicio del padecimiento en individuos femeninos suele ser más tardío y el curso más benigno, en comparación con la presentación de la enfermedad en los pacientes masculinos. (Patel K.R, 2014).

Los hombres experimentan el primer episodio de esquizofrenia aproximadamente a los 20 años; mientras que las mujeres experimentan típicamente su primer episodio entre los 20 y 30 años (Patel K.R, (2014).

La esquizofrenia de inicio tardío es más frecuente y severa en hombres (Patel K.R, (2014).

2.5 Manifestaciones clínicas

La esquizofrenia es un trastorno que presenta y se desarrolla en 3 fases denominadas premórbida, prodrómica y psicótica (Asociación psiquiátrica mexicana, 2019).

La primera fase, fase premórbida, es un período en el que el paciente presenta una funcionalidad normal; en esta fase pueden presentarse eventos como complicaciones durante el embarazo o el nacimiento, en relación a experiencias traumáticas o estrés familiar durante la infancia o adolescencia, factores que contribuyen al desarrollo de la enfermedad (Asociación psiquiátrica mexicana, 2019).

La fase prodrómica, segunda etapa del desarrollo de la enfermedad, se caracteriza por ser el periodo en el que inicia el cambio en la funcionalidad que se había presentado en la fase 1. Termina con el comienzo de la sintomatología psicótica. Se sabe que la segunda fase puede durar semanas o meses, con un promedio entre dos y cinco años. Durante esta etapa, las manifestaciones iniciales son inespecíficas, tales como alteraciones del sueño, ansiedad, irritabilidad, ánimo depresivo, poca concentración, fatiga y disminución del funcionamiento global, resaltando el aislamiento social Asociación psiquiátrica mexicana, 2019).

Recientemente, la guía terapéutica para el manejo de la esquizofrenia ha dividido a las manifestaciones en síntomas prodrómicos tempranos y tardíos, lo que permite diferenciar a aquellos individuos con riesgo de desarrollar o no esquizofrenia. Se presentan a continuación en la tabla 1.

Criterios de inicio temprano del estado prodrómico	Criterios de síntomas prodrómicos tardíos
<p>Déficits neuropsicológicos auto experimentados (síntomas básicos).</p> <p>A. Presencia de por los menos uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interferencia del pensamiento. 2. Pensamientos perseverantes semejantes a compulsiones. 3. Presión del pensamiento. 4. Alteraciones del lenguaje escrito y oral. 5. Disminución de la habilidad para discriminar entre ideas y percepción, fantasía y verdaderas memorias. 6. Ideas de referencia inestables. 7. Desrealización. 8. Alteraciones perceptuales visuales (visión borrosa, ceguera transitoria, visión parcial, hipersensibilidad a la luz, etc.). 9. Alteraciones perceptuales auditivas (hipersensibilidad a sonidos o ruidos). <p>Y/ O <30 puntos en el GAF en el último año.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Familiar de primer grado con esquizofrenia o con un trastorno dentro del espectro de la esquizofrenia. 2. Complicaciones pre o perinatales. 	<p>Síntomas positivos atenuados.</p> <p>A. Por lo menos uno de los siguientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ideas de referencia. • Creencias extrañas o pensamiento mágico. • Experiencias perceptuales inusuales. • Pensamiento y lenguaje extraño. • Susplicacia o ideación paranoide <p>B. Aparecen varias veces en una semana y por lo menos presentes en una semana.</p> <p>Y/O</p> <p>Síntomas psicóticos breves limitados intermitentes (BLIPS)</p> <p>A. Síntomas psicóticos que se presentan con una duración a menos a una semana y se resuelven espontáneamente.</p> <p>B. Alguno de los siguientes síntomas tres meses previos al estudio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alucinaciones. • Delirios. • Trastorno formal del pensamiento. • Conducta desorganizada o catatónica. <p>Y/O</p> <p>Riesgo genético y deterioro:</p> <p>A. Familiar de primer grado con trastorno psicótico esquizotípico.</p> <p>B. GAF <30 antes del inicio de síntomas</p> <p>C. Persistencia del deterioro funcional durante por lo menos un mes y no más de 5 años.</p>

Figura 1. Síntomas tempranos y tardíos de la fase prodrómica.

La fase psicótica, tercera etapa del desarrollo del padecimiento, se divide en 3 subetapas denominadas aguda, fase de recuperación y fase estable (Asociación psiquiátrica mexicana, 2019).

- Primer episodio psicótico.

Abrupto e insidioso, el primer episodio psicótico puede presentar una duración entre el inicio de los primeros síntomas psicóticos y el comienzo del tratamiento, aproximadamente entre 1 – 2 años (Lehnan, A, et al, 2010).

La fase aguda hace referencia a la presencia de síntomas que involucran alteraciones en la percepción, el contenido del pensamiento, los sentimientos, la conducta, atención, juicio y concentración. Los síntomas de la fase aguda pueden estratificarse en 3 clases: síntomas positivos, negativos y síntomas desorganizados (Smilina N, et al. 2017).

Síntomas positivos: alucinaciones y delirios.

Síntomas negativos: restricción en el rango e intensidad de la expresividad de las emociones (afectividad plana), alogia (disminución en la capacidad de mantener fluidez en las conversaciones), anhedonia y disminución en la capacidad para iniciar una conducta dirigida a ciertos objetos, término denominado abolición (Smilina N, et al. 2017).

Los síntomas negativos, a su vez, pueden dividirse en 2 estratos, los síntomas primarios y secundarios. Los negativos primarios (afección plana, alogia, abulia y anhedonia) son intrínsecos a la esquizofrenia (Smilina N, et al. 2017).

Los síntomas negativos secundarios como el aislamiento social se presentan secundariamente a los síntomas psicóticos agudos, depresión o efectos secundarios del tratamiento, como la disforia (Smilina N, et al. 2017).

La fase de recuperación hace alusión a un período de 6 – 18 meses posterior al tratamiento del episodio agudo. La cual, es seguida por la fase de estabilidad, en la que se presentan los síntomas negativos y positivos de manera residual, con menor severidad que en la fase aguda (Smilina N, et al. 2017)

Como manifestaciones frecuentes durante el inicio y el transcurso del cuadro agudo y en ciertas fases, la depresión y desesperanza son características. Se estima que alrededor del 70% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia cursa con un cuadro depresivo (Smilina N, et al. 2017). Los períodos depresivos aunados al abuso de sustancias, síntomas psicóticos severos y eventos vitales adversos en la vida del paciente incrementan el riesgo de suicidio en estos pacientes. Aproximadamente 20 – 50% de los pacientes con esquizofrenia presentan intentos de suicidio. Sin embargo y de acuerdo al DSM 5, el 5 – 6 % fallecen por suicidio.

La prevalencia recae con mayor fuerza en la población masculina y en etapas iniciales al padecimiento (Smilina N, et al. 2017).

2.6 Diagnóstico

Pese a la complejidad general que la enfermedad representa para el clínico, resulta ser más sencilla de detectar, diagnosticar y tratar en comparación con su dificultad para ser definida.

De acuerdo al Manual de Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales en su quinta edición (DSM 5) el diagnóstico de esquizofrenia se otorga cuando el paciente expresa 2 síntomas (de 5 característico) conocidos como criterios A (Asociación americana de psiquiatría. 2014).

En base al DSM y la clasificación de las enfermedades mentales “the ICD 10”, los siguientes son criterios para el estado psicótico en la esquizofrenia, la cual representa la forma más grave de estado psicótico.

- Criterio A: síntomas característicos 2 o más de los siguientes durante un período de 1 mes o menos si se ha tratado con éxito:
 - Ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, incoherencia, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos como aplanamiento afectivo alogia o abulia.
- Criterios B. disfunción social o laboral.
 - Desde inicio de la alteración una o más áreas importantes de actividad como trabajo, relaciones interpersonales y falta de cuidado personal.
- Criterios C – duración
 - Persistencia de signo continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Los 6 meses deben incluir al menos un mes con síntomas que cumplan criterio A.
- Criterios D exclusión de trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo.

- Criterios E
 - Exclusión de consumo de sustancias y enfermedad médica.
Tratamiento no es debido a efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o droga

Criterios F – relación con un trastorno generalizado del desarrollo – historia trastorno u otro generalizado del desarrollo (Asociación americana de psiquiatría. 2014).

El criterio B hace referencia al deterioro en el funcionamiento habitual del paciente, el cual debe presentarse durante la fase activa de la enfermedad. Los síntomas deben persistir durante al menos 6 meses. A su vez, la presencia de un trastorno esquizoafectivo o del estado de ánimo debe estar ausente para cumplir con los criterios de diagnóstico (Asociación americana de psiquiatría. 2014).

Los pacientes con diagnóstico instaurado de esquizofrenia suelen presentar alucinaciones como un síntoma característico del padecimiento. Dentro de éstas, las más destacables son las alucinaciones auditivas, caracterizadas por voces que a menudo suelen ser amenazantes, obscenas o insultantes. Se ha reportado que dos o más voces pueden conversar entre sí o una voz puede comentar la vida o el comportamiento del paciente afectado (Asociación americana de psiquiatría. 2014).

Las alucinaciones visuales también son comunes. Sin embargo, pueden presentarse también alucinaciones olfatorias, sensoriales o del gusto, aunque son inusuales. Por otra parte, las ilusiones, definidas como las distorsiones de un objeto, imagen o sensación real o existente, pueden ocurrir durante la fase de pródromo y durar todo el periodo de remisión. Las alteraciones del pensamiento son consideradas como los síntomas más difíciles de entender por parte de los clínicos. Estas anomalías ocurren en dos presentaciones, en las alteraciones del contenido y, por otra parte, la forma de éste (Patel, K, et al. 2014).

- Test de evaluación general

Los pacientes diagnosticados con esquizofrenia generalmente cursan por un pobre rendimiento neuropsicológico. Bajo esta premisa, el estado de alerta, memoria y la formación de conceptos son los más afectados y se relacionan a alteraciones histopatológicas en la corteza frontotemporal (L. Caycedo, et al. 2012).

Al medir las afecciones neuropsicológicas por medio de la batería neuropsicológica de Halstead – Reitan y la batería Luria – Nebraska, a menudo son encontrados hallazgos anormales tales como disfunción bilateral del lóbulo frontal y temporal, generando deficiencias en la capacidad de atención, retención y resolución de problemas (L. Caycedo, et al. 2012).

En relación a lo anterior, las aplicaciones de ciertos test a los pacientes con esquizofrenia son de gran utilidad para obtener un panorama del estado general de los individuos (L. Caycedo, et al. 2012).

- Inteligencia

La comparación de los niveles de inteligencia entre un grupo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia y un grupo de pacientes psiquiátricos no diagnosticados con esquizofrenia, demuestra que los primeros, presentan con mayor frecuencia, niveles de inteligencia bajos en las pruebas, Las estadísticas mencionan que el nivel más bajo de inteligencia se presenta en el comienzo de la patología. Sin embargo, la inteligencia continuará deteriorándose conforme la enfermedad se desarrolle. (Sadock B, et al. 2007).

2.7 Diagnósticos diferenciales

Criterios médicos y neurológicos	
Sustancias inducidas: anfetaminas, alucinógenos, belladona, alcohol, barbitúricos, cocaína o feniciclidina.	Leucodistrofia metacromática. Neuro sífilis. Pelagra. LES. Síndrome de Wernicke Korsakoff. Enfermedad de Wilson.
Epilepsia: especialmente epilepsia del lóbulo temporal. Neoplasias, enfermedad cerebrovascular o trauma, especialmente frontal o límbica.	
Otras condiciones. Porfiria intermitente aguda. VIH/ SIDA. Deficiencia de vitamina B12. Intoxicación por monóxido de carbono. Lipoidosis cerebral. Enfermedad de Fabry. Enfermedad de Fahr. Enfermedad de Hallervorden – Spatz Intoxicación por metales pesados. Encefalitis herpética. Homocisteinuria. Enfermedad de Huntington.	Criterios psiquiátricos Psicosis atípica. Desorden autista. Desorden delirante Desordenes del estado de ánimo. Adolescencia normal. Desorden obsesivo compulsivo. Desordenes de la personalidad. Desorden esquizoafectivo. Esquizofrenia. Desorden esquizofreniforme.

Figura 2. Criterios médicos y neurológicos para el diagnóstico de esquizofrenia

Grupo de criterios tomados de (Sadock B., et al 2007).

2.8 Temporalidad del padecimiento

Es conocido como curso temprano de la esquizofrenia, a los 5 primeros años posterior a la recuperación; período donde ocurre con mayor frecuencia el deterioro del funcionamiento habitual del paciente, con un incremento notorio de los síntomas (Patel, K, et al. 2014).

Después de 5 – 10 años de haber presentado el primer episodio o brote, la mayoría de los pacientes suelen experimentar una fase conocida como “meseta”, en el que existe cierta estabilidad sin variaciones considerables. El período crítico está comprendido por los primeros 5 años de la enfermedad. En éste, alrededor del 80% de los pacientes presentan recaídas (Patel, K, et al. 2014).

Se ha descrito, de acuerdo a la guía terapéutica para el manejo de la esquizofrenia, que previo a presentar recaídas, existe un periodo prodrómico con duración aproximada de 4 semanas; el cual se caracteriza por síntomas no psicóticos e inestabilidad afectiva, seguida de la instauración de los síntomas psicóticos (Patel, K, et al. 2014).

2.9 Recuperación.

Aproximadamente, el 10 – 15% de los pacientes presentan una recuperación total. La mayoría suele cursar con deterioro clínico, presentando fluctuaciones entre remisiones y recaídas. Entre el 10 – 15% de los pacientes se mantienen con síntomas psicóticos severos y crónicos (Simila N, et al, 2017).

Las variables relacionadas a un buen pronóstico son el género femenino, el antecedente familiar de trastornos afectivos, antecedentes de familiares con esquizofrenia y un buen funcionamiento premórbido aunado a un coeficiente intelectual alto (Simila N, et al, 2017).

2.10 Comorbilidad en los pacientes con esquizofrenia

La comorbilidad más frecuente es el abuso de sustancias nocivas. Ésta se presenta en el 40% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia; el alcohol, la cocaína, anfetaminas, cannabis y nicotina son las sustancias con mayor frecuencia de ingesta, complicando el pronóstico y el tratamiento. A su vez, el abuso de sustancias externas durante los procesos de recuperación de la enfermedad, pueden crear síntomas obsesivos y compulsiones, generando a su vez síntomas disociativos, somáticos y ansiedad (Sadock B, et al, 2007).

Los pacientes suelen presentar un índice de masa corporal superior a la media estándar para edad y peso. Se sabe, que los medicamentos antipsicóticos tienen un rol en esta comorbilidad; al igual que el pobre balance nutricional y la actividad motora reducida. El desarrollo de obesidad genera problemas cardiovasculares y diabetes mellitus (National Institute of Mental Health, 2017).

Ésta, en su variante número II, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), se encuentra altamente asociada a la presencia de esquizofrenia. Como la obesidad, el desarrollo de DM2 se debe, en parte, a la acción de los medicamentos. Por otra parte, los pacientes diagnosticados con esquizofrenia presentan 1.5 – 2 veces más de probabilidades de contraer VIH; esto debido a las alteraciones remarcables del comportamiento tales como prácticas sexuales de alto riesgo, incremento en el número de parejas sexuales y utilización de drogas. antipsicóticos (Sadock B, et al, 2007)

2.11 Tratamiento.

La meta del tratamiento está basada en la instauración de una terapia farmacológica principalmente. Sin embargo, el libro Synopsys of psychiatry menciona que las intervenciones psicosociales tales como la psicoterapia pueden resultar en un aumento de la mejoría clínica en el paciente (Sadock, B, et al 2007)

El objetivo en el tratamiento de la esquizofrenia de acuerdo al artículo titulado Schizophrenia: overview and treatment options, incluye como primera instancia a los síntomas psicóticos, prevenir recaídas e incrementar el nivel adaptativo funcional del paciente para que reingrese a su ambiente social normal (Sadock, B, et al 2007).

La indicación de hospitalización se debe a la permisividad que ésta tendría para desarrollar el diagnóstico adecuado, al igual que mantener estable al paciente con la terapia farmacológica correcta. Se sabe que el tiempo adecuado de hospitalización debe oscilar entre 4 – 6 semanas; ya que este rango temporal se encuentra relacionado con mayores tasas de efectividad (Simila, N et al, 2017).

Terapia no farmacológica

Pese a que la terapia farmacológica es el primer método utilizado para el tratamiento de este padecimiento, algunos síntomas pueden persistir. Basado en esta premisa,

los tratamientos no farmacológicos son instaurados, específicamente la psicoterapia (Patel, K, et al. 2014).

La aproximación psicoterapéutica puede dividirse en 3 categorías: el abordaje individual, terapia en grupos y la terapia cognitivo conductual. Existen terapias emergentes que incluyen al entrenamiento meta – cognitivo, las terapias narrativas y la terapia de atención plena (Patel K, et al. 2014).

Los tratamientos no farmacológicos deben implementarse como un acompañante de la terapia farmacológica inicial, y no como un sustituto de ella. El abordaje no farmacológico no solo es útil para estabilizar los síntomas recidivantes pese a los esquemas de medicación, sino que son útiles para apoyar y fomentar la adherencia al tratamiento farmacológico (Patel K, et al. 2014).

Las terapias que mantienen un nivel más elevado de fomento a la terapia farmacológica son la terapia cognitivo conductual, la terapia personal y la terapia de cumplimiento (Patel K, et al. 2014).

Terapia farmacológica

La instauración temprana del abordaje farmacológico es vital para la efectiva remisión de la enfermedad; con mayor énfasis en los primeros 5 años tras el primer evento agudo psicótico ya que durante este periodo es cuando incrementan los cambios en el parénquima cerebral relacionados a la patología (Patel K, et al. 2014).

Los antipsicóticos tiene la capacidad de disminuir los síntomas psicóticos, su expresión y la tasa de recaídas. Aproximadamente el 70% de los pacientes con un tratamiento farmacológico adecuado, logran obtener la remisión de la enfermedad. Los fármacos utilizados para el tratamiento de esta patología pueden agruparse en dos grandes familias, la primera generación o antagonistas de los receptores de dopamina y la segunda generación también llamados antagonistas de la dopamina y serotonina. Ambos grupos tienen la característica de contar con la capacidad para

antagonizar a los receptores de dopamina postsinápticos en el cerebro (Díaz Soto, et al, 2016).

Clozapina, también conocido como Clozaril. Fue introducida en 1952; resultando ser el medicamento más contribuyente para el tratamiento de la esquizofrenia durante ese tiempo. Sin embargo, la Asociación americana de psiquiatría (ASA, por sus siglas en inglés) ha determinado que no debe ser recomendado de primera instancia puesto que presenta alto riesgo de desarrollar agranulocitosis (Asociación americana de psiquiatría. 2014). De acuerdo a ASA, la segunda generación de antipsicóticos (conocidos también como atípicos) y con excepción de la Clozapina, son los agentes de primera elección para el tratamiento de esquizofrenia (Asociación americana de psiquiatría. 2014).

La segunda generación de estos fármacos es preferida sobre la primera generación puesto que se asocia a menor presencia de síntomas extrapiramidales. No obstante, los medicamentos atípicos se encuentran mayormente relacionados a efectos adversos tales como ganancia ponderal, hiperlipidemia y diabetes mellitus (Asociación Psiquiátrica Mexicana, 2019).

Los medicamentos antipsicóticos se presentan a continuación (Díaz Soto, et al, 2016):

A) Antipsicóticos típicos, también llamados de primera generación:		B) Antipsicóticos atípicos, también llamados de segunda generación.	
Principio activo	Nombre comercial	Principio activo	Nombre comercial
Clorpromazina	Thorazina.	Aripripazol	Abilify
Flufenazina	Prolixin	Asenapina	Safiris
Haloperidol	Haldol	Clozapina	Clozaril
Perfenazina	Trilafon	lloperidona	Fanapt
Tioridazina	Mellaril	Lurasidona	Latuda
		Olanzapina	Zypreza
		Quetiapina	Seroquel
		Risperidona	Risperdal

Figura 3. Antipsicóticos típicos y atípicos.

Los principales fármacos se subdividen en 2 grupos, antipsicóticos típicos y atípicos (Díaz Soto, et al., 2016).

Fases del tratamiento

1. Tratamiento del episodio agudo de psicosis

Los síntomas psicóticos agudos requieren de la instauración inmediata de un tratamiento farmacológico. Esta fase suele durar al menos 4 – 8 semanas. El período agudo suele asociarse con agitación severa, resultado de la presencia de alucinaciones e ilusiones constantes. La meta durante este periodo consiste en disminuir la hostilidad y devolver al paciente a un estado de funcionamiento normal (ciclos de sueño y adecuada alimentación) (Asociación psiquiátrica mexicana, 2019).

Desde que se instaura el tratamiento, la dosificación debe reducirse paulatinamente en relación a la respuesta del paciente. (Asociación psiquiátrica mexicana, 2019)

Después de la implementación farmacológica durante el período agudo, debe establecerse una terapia de mantenimiento que consiste en incrementar la socialización y mejorar el autocuidado y el estado de ánimo (Asociación psiquiátrica mexicana, 2019).

La terapia de mantenimiento es esencial para prevenir recaídas futuras. Si el paciente que presenta un episodio agudo está siendo abordado con antipsicóticos de primera generación, se debe tener en mente que la administración empírica de medicamentos anticolinérgicos utilizados para el Parkinson, benzodiazepinas o barbitúricos como el propanolol, puede generar un apoyo considerable para la remisión del ataque agudo (Asociación psiquiátrica mexicana, 2019).

Cabe mencionar que la implementación de fármacos antipsicóticos atípicos o de segunda generación, induce como efecto secundario, sintomatología extrapiramidal. La cual caracteriza por presentar acatisia (inquietud y preocupación mental de carácter intenso), parkinsonismo, distonías, disquinesia tardía (trastorno del movimiento, caracterizado por la presencia de movimientos involuntarios y

anormales, ocasionados por una actividad muscular inapropiada) e hiperprolactinemia (Asociación psiquiátrica mexicana, 2019)

Con base a los hechos mencionados anteriormente, la implementación de medicamentos anticolinérgicos, benzodiacepinas y antagonistas competitivos de los receptores adrenérgicos beta 1 y beta 2 como el propanolol, son de gran utilidad no solo para remitir el episodio agudo, si no que representan un gran apoyo para reducir la sintomatología extrapiramidal secundaria a la terapia con antipsicótico (Asociación psiquiátrica mexicana, 2019).

El tratamiento de síntomas extrapiramidales suele ser abordado con anticolinérgicos, siendo uno de los más empleados el Trihexifenidilo (Artane) al impedir los efectos de tipo parkinsoniano debido al bloqueo motor, sin afectar a la acción anti dopaminérgica de los antipsicóticos (Weng and Zhang, 2019)

2. Tratamiento durante la fase de estabilización.

Bajo esta fase, se sabe que la enfermedad se encuentra en un periodo relativo de remisión. Las metas de esta etapa se encuentran orientadas a prevenir una recaída con presencia de síntomas psicóticos y asistir a los pacientes para mejorar su nivel funcional (Asociación psiquiátrica mexicana, 2019).

Las terapias biológicas tales como la terapia con electro convulsión, suelen presentar tasas de efectividad iguales a las que resultan de la administración de fármacos, pero más efectivas que las tasas de psicoterapia (Asociación psiquiátrica mexicana, 2019).

Por otra parte, las terapias de orientación familiar, terapias psicosociales, terapias grupales, terapias de comportamiento cognitivo y psicoterapia individual, representan alternativas al tratamiento estándar que deben tomarse en cuenta a la par de la instauración del esquema farmacológico (Asociación psiquiátrica mexicana, 2019).

Texas Medication Algorithm Project (TMAP) ha determinado 6 estadios de la terapia farmacológica para el tratamiento de la esquizofrenia (Patel K, et al, 2014).

La primera línea terapéutica se basa en monoterapia con un antipsicótico de segunda generación. Si pese a esto, el paciente demuestra una pobre o nula respuesta, el estadio 2 debe establecerse. El cual consiste en monoterapia con otro fármaco de segunda generación o uno de primera generación. Si el paciente persiste sin respuesta alguna, debe instaurarse la etapa 3. La cual se basa en monoterapia con clozapina con monitoreo y conteo celular (específicamente de la serie blanca). Si existe agranulocitosis, la clozapina debe ser retirada inmediatamente. Si la etapa 3 falla, el paciente debe recibir el estadio número 4. Una combinación de clozapina con un antipsicótico de segunda generación y uno de primera generación o terapia electroconvulsiva. Sin embargo, si no existe respuesta al estadio 4, la fase 5 consiste en una monoterapia con un antipsicótico de primera generación y/o uno de segunda generación que no haya sido administrado anteriormente (Patel K, et al, 2014).

Finalmente, si el estadio 5 no tiene éxito, el estadio 6 consiste en una terapia combinada con un fármaco de segunda generación, uno de primera generación, terapia electroconvulsiva y otra vía de estabilización total. La terapia combinada solo se encuentra indicada como método final en el algoritmo de TMAP (Patel K, et al, 2014).

No se encuentra recomendada la administración de 2 o más antipsicóticos ya que aumenta el riesgo de interacciones farmacológicas entre ellos, al igual que un alto porcentaje de no adherencia y errores en la prescripción (Patel K, et al, 2014).

3. Resistencia al tratamiento en esquizofrenia.

Se estima que entre el 10 al 30% de los pacientes demuestran poca mejoría sintomática, incluso si se administra una terapia combinada de antipsicóticos. Y hasta un 30 a 60% experimenta una mejora parcial o inadecuada o efectos

secundarios poco aceptables durante la terapia. Para la resistencia al tratamiento, clozapina ha demostrado ser el antipsicótico de elección. Ya que es el más efectivo para disminuir la resistencia al tratamiento. Clozapina presenta un 30% de efectividad para el control de los episodios de resistencia (Asociación americana de psiquiatría. 2014).

El tratamiento prolongado con Ziprasidona puede aumentar las tasas de remisión e incrementar y mejorar la calidad de vida en comparación con el tratamiento con haloperidol (Potkin S G, 2009).

3. Antecedentes específicos

3.1 Naturaleza de las recaídas en esquizofrenia

Se estima que al menos el 50% de los pacientes que son usuarios habituales de los servicios de hospitalización psiquiátrica se han re – hospitalizado durante el primer año del alta hospitalaria (Campo A, N, 2019). La hospitalización pasa a constituirse en el mayor evento para el paciente y su familia, y se da por lo general cuando los síntomas han alcanzado un nivel intolerable (Ordoñez I, 2015).

La presencia de recaídas en pacientes con esquizofrenia, se caracterizan por ser exacerbaciones agudas de episodios psicóticos que resultan en complicaciones complejas tales como aumento en el riesgo de presentar autolesiones o dañar a individuos externos, alterar sus relaciones personales, educativas o dañar su entorno laboral, teniendo en cuenta el aumento en la estigmatización de la enfermedad (Amsley R, et al, 2013). No obstante, las recaídas conllevan naturalmente riesgos biológicos tales como progresión de la patología de base en relación al tiempo que dure la re hospitalización, pudiendo así deteriorar su nivel funcional y presentar estados refractarios del tratamiento (Amsley R, et al, 2013).

En artículo denominado Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia Patients, los principales predictores del uso frecuente de servicios psiquiátricos por aquellos pacientes que padecen esquizofrenia, se

relacionan principalmente con la gravedad de la enfermedad primaria (Roick C, 2004).

De acuerdo a la publicación *The nature of relapse in schizophrenia*, la transición del proceso de remisión de la enfermedad y la recaída puede ser totalmente abrupta, sin presentar sintomatología temprana que ayude a sospechar la posible re expresión de la patología. A su vez, la presencia de recurrencia de la enfermedad aumenta rápidamente la gravedad de los síntomas, a niveles similares a los iniciales durante los primeros episodios de psicosis (Amsley R, et al, 2013).

La mayoría de la población con esquizofrenia responde favorablemente a la reintroducción del tratamiento inicial antipsicótico después de presentar una recaída, sin embargo, la respuesta a la reinstauración del tratamiento depende de variables volátiles tales como el tiempo de la exacerbación de la sintomatología y características propias del individuo (Amsley R et al, 2013).

De acuerdo al estudio anteriormente mencionado, los pacientes con esquizofrenia que mantienen y adoptan correctamente el abordaje terapéutico se mantienen estables por un período de tiempo considerable (meses incluso), antes de presentar recaídas. Sin embargo, en ciertos casos, la re exacerbación de la sintomatología psicótica propia de la esquizofrenia se hace presente en días o semanas después del egreso de la unidad hospitalaria (Amsley R, et al, 2013).

3.2 Rehospitalización y recaída al padecimiento

El concepto de rehospitalización hace alusión a la necesidad de internar e intervenir de nuevo al paciente previamente tratado y estabilizado, que había egresado por la misma causa (Díaz Soto, et al. 2016).

La re hospitalización de los pacientes surge como resultado de una descompensación recurrente de la patología mental que presenta de base (Pezzani, G, 2017).

La tasa de reingreso de los pacientes permite conocer la cantidad de individuos que no logran tener un adecuado restablecimiento a la sociedad o comunidad en la que suelen interactuar. A su vez, estos datos son útiles como indicadores de la calidad de la atención ambulatoria posterior a su egreso. De manera indudable, los pacientes que se encuentran sujetos a un proceso de readmisión hospitalaria entran en un estado cíclico de reingresos que traen como consecuencias no poder participar en actividades productivas o mantener actividad socio culturales y económicas adecuadamente (Williamson E et al, 2014).

La asociación entre el diagnóstico dual y el reingreso al hospital pareció ser mayor para las personas que recibieron el diagnóstico de esquizofrenia (Madi N, et al 2007)

Se ha descrito que aquellos pacientes con redes de apoyo deficientes, así como entornos sociales desafiantes, presentan mayor probabilidad de permanecer en un estado óptimo de salud por periodos de tiempo más corto (Botha et al., 2009); generando la necesidad de buscar apoyo en instituciones hospitalarias

De manera general, el reingreso de pacientes a unidades hospitalarias se encuentra atribuido a la calidad de la atención en salud; sin embargo, es una relación errónea puesto que el ciclo de rehospitalizaciones obedece a un patrón multifactorial. Actualmente, la proporción de pacientes con enfermedades psiquiátricas que cuentan con un empleo estable gira alrededor del 43%. De los cuales 75% tiene largos periodos de desempleo secundario a los periodos de re hospitalización. A su vez, las instituciones del sistema de salud enfrentan un desbordamiento en los costos derivados a brindar constantemente (Williamson E et al, 2014).

De acuerdo al estudio titulado Revolving – door Patients in public psychiatric hospital in Israel: Cross sectional study, un predictor consistente de rehospitalizaciones frecuente es un historial de ingresos a distintos hospitales psiquiátricos (Oyffe et al., 2009).

Debido al hecho de que los pacientes con afección mental suelen encontrarse en hospitales psiquiátricos por tiempo prolongado, no se ajustan a las demandas de la

sociedad después de su egreso. Por tanto, acaban en distintas instituciones como residencias, hospitales y cárceles (Winnie, 2013).

También se ha sugerido que la readmisión psiquiátrica puede estar asociada con un tratamiento hospitalario incompleto durante la hospitalización inicial, una atención de seguimiento deficiente después del alta o la mala continuidad de la atención (Zhou Y, et al. 2014).

3.3 Síndrome de la puerta giratoria

El síndrome de la puerta giratoria (SPG) o “revolving door syndrome” por su traducción al inglés, hace referencia a un proceso completo de readmisión extremadamente rápida a una unidad hospitalaria, después de que el paciente haya sido tratado favorablemente obteniendo su egreso (Williamson E et al, 2014).

De acuerdo al artículo titulado, Estudio descriptivo de pacientes con reingreso múltiple anual, el SDP ocurre tras el reingreso con un número mayor de 3 hospitalizaciones en un año (Pezzani, G. 2017). A esto, Mortlino et al, 2011, agregó que se entiende como repetidores a aquellos pacientes que padecen esquizofrenia y sufren repetidas hospitalizaciones en unidades psiquiátricas.

La literatura antigua describe a los pacientes con este fenómeno, como recidivantes, reingresadores múltiples o frecuentes, pacientes con hospitalizaciones recurrentes y como usuarios intensivos de los servicios de internación (Pezzani G, 2017)

Shaw, (2004) define al fenómeno de la puerta giratoria en pacientes con afección mental como una condición en la que un paciente se somete a una variedad de diagnósticos, es ingresado repetidamente en el hospital y no puede recibir atención institucional a largo plazo. Manhedran, (2005) también describe al fenómeno de la puerta giratoria como pacientes con alta frecuencia de ingresos y egresos.

Los pacientes que se encuentran dentro del síndrome de la puerta giratoria son aquellos con enfermedades psiquiátricas crónicas o más, graves; que hasta el

momento habrían permanecido hospitalizados y descritos como pacientes de larga estancia (L Gastal, F, 2000).

De acuerdo al estudio denominado The revolving door phenomenon in an acute psychiatric Ward a 5 – year old retrospective análisis, en el que se incluyeron 105 pacientes, la causa más frecuente de readmisión fue el empeoramiento de la sintomatología psiquiátrica, representada por un 55.25% y el diagnóstico más frecuente relacionado a lo anteriormente mencionado fue esquizofrenia representado por un 41.26% de la población (Di lorenzo R, 2015).

Al momento del reingreso, el paciente no solo presenta y expresa los síntomas de su patología psiquiátrica de base, ahora también presenta un ciclo de reingresos para su abordaje constante. El SPG es un obstáculo considerablemente complejo para la efectividad de la atención a la salud. Se estima que el 50% de los pacientes con esquizofrenia presentarán diversos episodios de reingreso hospitalario hasta establecer el síndrome (Pezzani G, 2017).

De acuerdo al Instituto Nacional de la Salud Mental (National Institute of mental health), 10 años después de instaurar el diagnóstico de esquizofrenia en un paciente, 25% logrará una recuperación completa, 25% tendrá una recuperación casi completa, 25% logrará una independencia relativa, 15% será ingresado a una unidad hospitalaria de nuevo y el 10% fallecerá (National Institute of Mental Health. 2017).

45% de los pacientes con esquizofrenia que presentan el síndrome de la puerta giratoria reingresarán previo al primer mes de egreso. 31.9% de los pacientes, tendrá una recaída que derivará en la re hospitalización entre el segundo y tercer mes después del egreso. 16.6% lo hará después de los 6 meses del egreso y 6.6% presentarán por lo menos un reingreso después del primer año (Kaushick R, et al, 2012)

De acuerdo al estudio denominado Gender Specific Charecteristics of Revolving Door Adolescentes in Acute Psychiatric Care, el riesgo más alto para el reingreso

cíclico de los pacientes ocurre en los primeros 3 meses después del egreso inicial. Los individuos entre 15 – 21 años demuestran ser los pacientes con mayor susceptibilidad para presentar recaídas relacionadas a la patología de base, que derivaron a cuidados hospitalarios (Simila, N, et al. 2017).

Este mismo estudio demostró que los adolescentes y adultos jóvenes que padecen algún trastorno psiquiátrico presentan un riesgo significativamente mayor para ser readmitidos a un centro hospitalario en comparación con individuos del mismo grupo etario que no padecen ningún desorden mental (Simila N et al, 2017)

Es importante destacar que pese a la instauración óptima del tratamiento, diversos pacientes diagnosticados con esquizofrenia presentan recaídas constantes, propias de la historia natural de la enfermedad (Castal F, et al 2000)

Por otra parte, la pobre adherencia al tratamiento farmacológico representa un factor de suma importancia en las recaídas no solo en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, sino en todos aquellos pacientes psiquiátricos (Ortega AO, 2012). Este factor se encuentra relacionado a su vez, a una pobre conciencia de la enfermedad, así como una pobre percepción de la necesidad del tratamiento en periodos intercríticos, ya que, la remisión de la sintomatología de los episodios de psicosis conduce a un estado de estabilidad temporal para el paciente, lo que ocasiona un abandono a la terapia farmacológica (L. Caycedo, M. and Herrera, S, 2012).

De acuerdo a Parker, (2009), son diversos aquellos factores que suelen ser responsables del fenómeno de la puerta giratoria en pacientes con afección mental. Éstos incluyen; la relación entre el papel del abuso de sustancias y la no adherencia farmacológica o la adherencia parcial.

El estudio denominado Association Between violent Behavior and psychotic relapse in schizophrenia: one more through the revolving door?, menciona que la hipótesis que con mayor frecuencia se asocia al desarrollo del síndrome de la puerta giratoria en pacientes con esquizofrenia , se basa en que la violencia que se presenta en

este padecimiento puede predisponer a un ciclo de autoperpetuación, en el que la combinación de la pobre adherencia al tratamiento y el manejo inadecuado de la enfermedad por parte de los familiares o los cuidadores, conlleva al desarrollo de actitudes violentas y deterioro de las relaciones sociales, resultando finalmente en el reingreso a las unidades hospitalarias (Fresan and Apiquian, 2007).

El síndrome de la puerta giratoria es un obstáculo mayor para la prestación eficaz de la asistencia sanitaria (Nair and Sharm, 2012)

Según Boradbent et al., (2008) la forma en la que los pacientes perciben su enfermedad en relación a las afecciones genera cierta habilidad para influir en el proceso de la enfermedad y el apego al tratamiento.

Si el paciente ve los síntomas de la enfermedad como amenazantes y poco abordables es probable que no pueda llevar un adecuado control de la enfermedad (Cheng, Y., & Ojengbede, O. B, 2014).

Se ha descrito que los pacientes que presentan el síndrome de la puerta giratoria presentan 3 características en común (Williamson E, et al, 2014).

1. Los pacientes que presentan un reingreso cíclico mencionan tener expectativas irracionales sobre sus estados.

Lo anterior hace referencia a la discapacidad que presentan para distinguir entre la sintomatología confusa o poco diferenciada de aquella que no lo es.

2. Nivel de expresión de la sintomatología y el comportamiento

De acuerdo al estudio denominado Understanding “revolving door” patients, aquellos pacientes que presentan reingresos constantes a las unidades de salud mencionan que para aquellos individuos sanos que participan a su alrededor, es difícil aceptar la expresión de los síntomas que presentan, lo cual deriva en comportamientos distintos a los aceptados (Williamson E, et al, 2014).

3. *Necesidades de salud insatisfechas.*

La tercera característica hace referencia a cierto estado que los pacientes dentro del síndrome de la puerta giratoria presentan, el cual consiste en sentir que aún tienen necesidades de salud que no han sido satisfechas. Tales necesidades pueden ser físicas o psicológicas (Williamson E, et al, 2014).

De acuerdo al estudio denominado “Revolving door” in psychiatric units seems to remain a common phenomenon in the 21st century, de los 635 pacientes ingresados en la unidad de salud mental intensiva de los Santos, Brasil entre 2010 y 2016, los principales diagnósticos de reingreso fueron esquizofrenia y trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, resultando así ser consideradas como las principales razones que llevaron a ingresos repetidos, caracterizando al paciente del síndrome de la puerta giratoria

3.4 Impactos de la hospitalización cíclica

Para diversos pacientes con afecciones psiquiátricas, el curso de la enfermedad es caracterizada por episodios de recaídas, resultando en la necesidad de rehospitalización que derivará en un efecto económico para aquellos cuidadores (Zhou, 2014).

El impacto negativo del constante reingreso de pacientes con patológicas psiquiátricas provoca daños no solo al paciente en cuestión. Los familiares presentan diversas repercusiones, que van desde asumir roles de cuidador primario, generando agotamiento emocional y físico hasta mantener costos por cuidados hospitalarios. Tales costos, pueden ser de mayor impacto si el número de reingresos aumenta (Caycedo L, et al, 2012).

A su vez, el sistema de salud que brinda la atención de esa determinada población que constantemente re ingresa por la patología anteriormente abordada, enfrenta un desbordamiento en los costos derivados a la atención de tales reingresos. Los oficios en los que laboran aquellos pacientes con reingresos a unidades hospitalarias también se ven afectados. Ya que el ausentismo y el tiempo adicional

de apoyo que requiere cada individuo genera complicaciones laborales (Caycedo L, et al, 2012).

En la actualidad, el síndrome de la puerta giratoria se presenta como un reto complejo para aquellos profesionales de la salud que mantienen el primer contacto con el paciente con esquizofrenia. Las repercusiones que se presentan en todo ámbito no solo repercuten al paciente afectado. Su círculo social presenta un daño constante tanto físico como mental (Caycedo L, et al, 2012). A lo que Jappesen R, añadió, “los reingresos deben considerarse como un indicio de empeoramiento de la enfermedad o recaída” (Jappesen R, 2016).

4. Planteamiento del problema

En la actualidad, el conocimiento sobre la esquizofrenia es vasto. Datos epidemiológicos, fisiopatología, tratamiento, entre otros, son aspectos ampliamente investigados a lo largo de los últimos 50 años.

No obstante, los factores clínicos y no clínicos que se relacionan al desarrollo del síndrome de la puerta giratoria, tales como pobre adherencia al tratamiento farmacológico y falta de apego a las consultas de seguimiento en comparación a las posibles recaídas propias de la naturaleza de la enfermedad, no han sido descritas oficialmente

Las complicaciones de este síndrome no solo afectan al paciente, también dañan al entorno social en el que el individuo se desenvuelve, abarcando no solo a la familia o primeros cuidadores, sino a las instituciones de salud que brindan los servicios para el adecuado abordaje de este padecimiento, pudiendo tornarse como un problema en la salud pública (Asociación Psiquiátrica Mexicana, 2019).

En México, el conocimiento sobre los detonantes del síndrome de la puerta giratoria aún se encuentra limitado. Por ende, resulta en un reto complejo para los clínicos, tratar y abordar de manera adecuada las constantes recaídas y reingresos de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia (Caycedo L, et al. 2012).

5. Pregunta de investigación.

La presencia del SGP en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, ¿se encuentra relacionado a la presencia de factores clínicos y no clínicos o es precipitado por la historia natural de la enfermedad pese a un abordaje terapéutico adecuado?

6. Justificación

Las razones por las cuales fue considerada esta investigación acerca de los posibles factores que favorezcan el desarrollo del síndrome de la puerta giratoria en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, se describen a continuación.

Se espera que el planteamiento de este cuestionamiento sea relevante ya que, si existen factores clínicos que promuevan el desarrollo de la patología en cuestión, tales causas pueden ser abordadas de manera temprana, generando un abordaje de mayor calidad en el paciente diagnosticado con esquizofrenia, lo que resultaría en un mejor pronóstico para el paciente y mejor apoyo a sus familiares.

Los resultados de este estudio serán útiles para todo aquel profesional relacionado al ámbito de la salud, como referencia no solo para el abordaje continuo de pacientes con psicosis; si no que podrá ser utilizado como una referencia para aumentar la calidad de la vigilancia dirigida a diversos pacientes que posiblemente presenten factores para presentar recaídas constantes.

El reingreso constante a hospitalización provoca daños no solo al paciente en cuestión. Los familiares presentan diversas repercusiones, que van desde asumir roles de cuidador primario, generando agotamiento emocional y físico (colapso del cuidador, hasta mantener costos por cuidados hospitalarios.

Tales costos, pueden ser de mayor impacto si el número de reingresos aumenta. Al conocer aquellos factores que en caminen al desarrollo de este síndrome, pueden ser abordados de manera temprana, disminuyendo el número de recaídas y atenuando las consecuencias que éstas conllevan.

7. Hipótesis

La presencia de factores clínicos y no clínicos favorecen el desarrollo del síndrome de la puerta giratoria en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, en comparación con los reingresos constantes propios de la naturaleza de la enfermedad pese a un adecuado abordaje terapéutico.

8. Objetivos.

8.1 Objetivo general.

Determinar los factores clínicos y no clínicos que favorezcan el desarrollo del síndrome de la puerta giratoria en pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

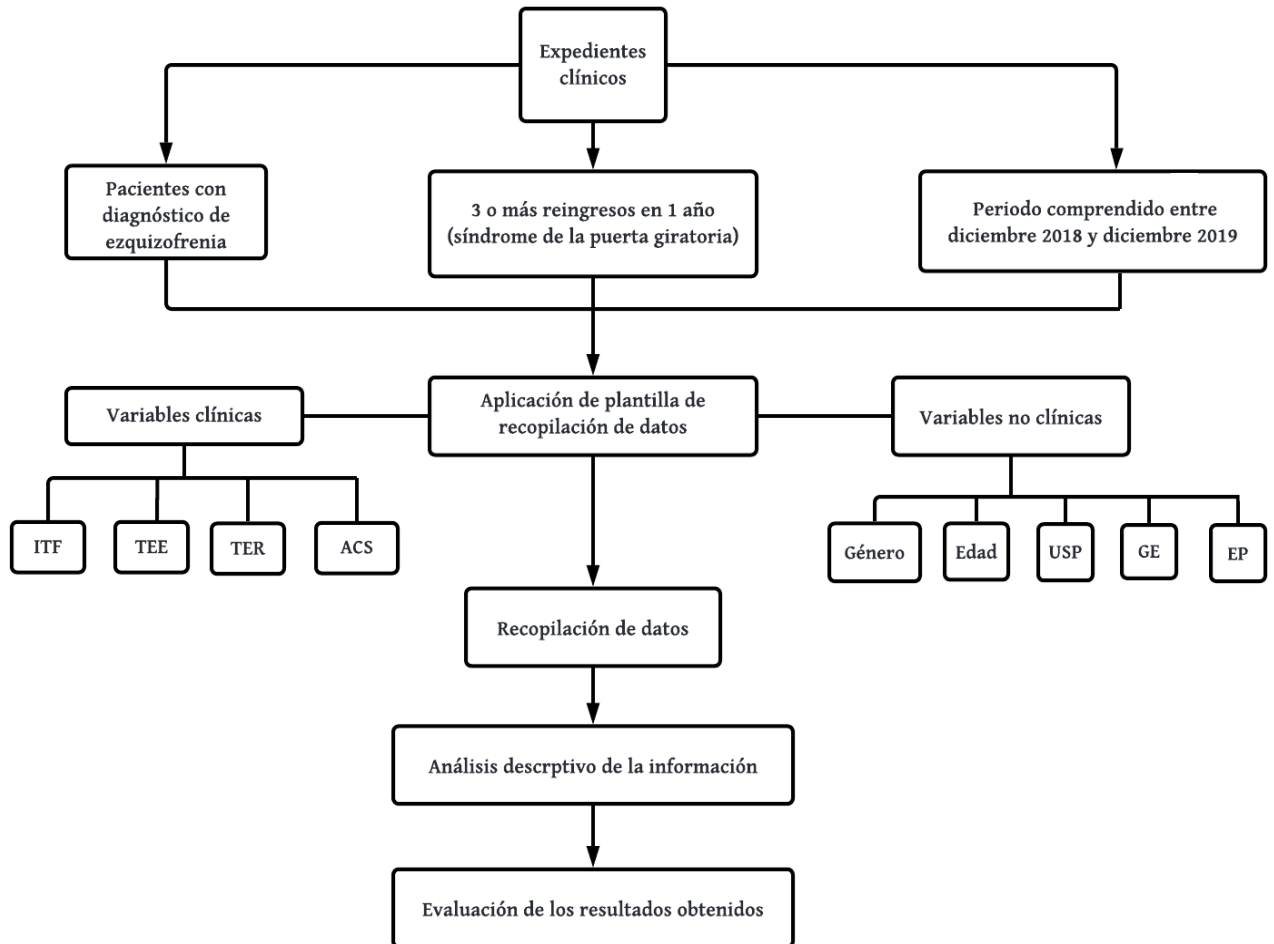
8.2 Objetivos específicos

Determinar la relación entre determinantes clínicas y el desarrollo del síndrome de la puerta giratoria. Factores clínicos tales como: falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, tiempo de evolución de la enfermedad, tiempo transcurrido entre cada recaída – reingreso, padecimientos coadyuvantes, tipo de terapia farmacológica administrada y vía de administración.

Determinar la relación entre determinantes no clínicas y el desarrollo del síndrome de la puerta giratoria. Los factores no clínicos que se evaluarán son: género, edad, grado de escolaridad, uso de sustancias ilícitas o psicoactivas y entorno de procedencia (rural o urbano).

Si existe un aumento el número de recaídas en los pacientes con esquizofrenia, comparar si éstas fueron propiciadas por factores clínicos o no clínicos, en comparación con la historia natural de la enfermedad.

9. Diagrama metodológico.



10. Metodología.

10.1 Tipo de estudio

El presente trabajo se trata de una investigación de carácter retrospectivo y descriptivo. Orientada al estudio de los factores que favorecen el síndrome de la puerta giratoria en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

10.2 Ubicación del estudio

Para la realización de este estudio se determinó al Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” perteneciente a la Secretaría de Salud del Estado de Puebla, como a ubicación del estudio.

10.3 Universo

Expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que hayan presentado 3 o más reingresos hospitalarios durante el periodo diciembre 2018 – diciembre 2019, en el hospital psiquiátrico Rafael Serrano.

Manteniendo la confidencialidad de la información contenida en los expedientes como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM – 004 – SSA3 – 2012 Del expediente clínico.

10.4 Unidad de análisis

Expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de diagnóstico de esquizofrenia (n=46). Se tomará información de todas las notas del expediente y se analizará la presencia de factores clínicos y no clínicos y su relación con la cantidad de reingresos hospitalarios.

10.4.1 Criterios de inclusión

Expedientes clínicos de:

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
- Pacientes registrados en el Hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes de ambos sexos.

- Pacientes que presenten o hayan presentado 3 o más reingresos.
- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que presenten los criterios para síndrome de la puerta giratoria.
- Expedientes clínicos de pacientes con ingresos entre diciembre 2018 – diciembre 2019.

10.4.2 Criterios de exclusión

Expedientes clínicos de:

- Pacientes no registrados en el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafel Serrano.
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que presenten síntomas psicóticos no asociados a esquizofrenia.
- Pacientes con expedientes incompletos.
- Expedientes clínicos que no se encuentren dentro del rango temporal (diciembre 2018 – diciembre 2019).

10.4.3 Criterios de eliminación

Expedientes clínicos incompletos.

10.5 Variables por estudiar.

10.5.1 Variables independientes.

Factores clínicos.

- Inadecuada adherencia al tratamiento farmacológico.
- Tiempo de evolución de la enfermedad.
- Tiempo entre recaídas – reingresos.
- Asistencia a consultas de seguimiento.

Factores no clínicos:

- Género.
- Edad.
- Grado de escolaridad.

- Uso de sustancias psicoactivas.
- Entorno de procedencia (rural o urbano).

10.5.2 Variable dependiente.

Síndrome de la puerta giratoria en pacientes diagnosticados con esquizofrenia (3 o más reingresos hospitalarios).

10.6 Procedimiento

Se realizó una revisión de expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con registro en el Hospital psiquiátrico “Rafel Serrano”. Para la determinación de la población se implementó información brindada por el departamento de estadística del hospital, así como la revisión de listas de ingresos a “sala de agudos 2 y 3”.

La revisión de la información fue dirigida a aquellos pacientes que presentaron 3 o más recaídas asociadas a reingresos a la unidad hospitalaria, derivando al síndrome de la puerta giratoria.

Se incluyeron a todos los expedientes de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se describió la presencia de los factores clínicos y no clínicos y su relación con el desarrollo del síndrome de la puerta giratoria en comparación con el aumento en la cantidad de recaídas y rehospitalizaciones propias de la naturaleza de la enfermedad.

10.7 . Recopilación de la información.

Para la recopilación de la información obtenida de los expedientes clínicos se efectuó la realización de una plantilla estadística que integrara las variables a determinar. La cual puede ser encontrada en el apartado de anexos.

La plantilla permite recolectar de manera simple cada variable para posteriormente realizar el análisis de la información

10.8 Análisis de la adherencia al tratamiento farmacológico.

La adherencia al tratamiento farmacológico definida por la Organización mundial de la salud como la correcta administración de fármacos acorde a la prescripción de la dosis en tiempo y cantidad, será evaluará por medio de la escala “Morinsky Green Medication Adherence Scale (MMAS – 8) modificada para pacientes con afecciones psiquiátricas. La cual evalúa la adherencia al tratamiento farmacológico por medio de 8 ítems (puntos), resultando así en 3 grados para determinar la adherencia < 6 puntos – adherencia baja. 6 o 7 puntos – adherencia media y 8 puntos adherencia alta.

Cabe menciona que la escala “MMAS – 8 “presenta una sensibilidad del 75% y una especificidad de 56.76%.

10.9 Análisis estadístico.

El análisis estadístico se realizó con la ayuda del programa GraphPad Prism Versión 9. Se dividió a la población 2 grupos: masculino y femenino. Posteriormente, se graficó el resultado estadístico de cada variable a describir.

10.10 Financiamiento del proyecto

Para la realización de este proyecto no fue necesario realizar un financiamiento externo.

Es importante resaltar que los expedientes clínicos y la información fue brindada y otorgada por las áreas de enseñanza, archivo y estadística del Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano”.

10.10.1 Recursos.

Humanos

- Gabriel Alejandro García, alumno de la licenciatura de Médico Cirujano de la Universidad de las Américas Puebla.

Físicos

- Computadora.

- Expedientes clínicos que cumplan con los criterios de inclusión.
- Lápices, plumas.
- Plantilla de recopilación de datos.

11. Consideraciones bioéticas

El presente protocolo de investigación es un estudio de tipo descriptivo, ya que se recolectarán datos mediante el uso de expedientes clínicos. Con la aprobación y autorización del Comité de Ética y el departamento de enseñanza del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, a cargo de la Dra. Laura Eréndira Gómez Mendoza, se notifica que toda la información recabada será usada para fines exclusivos del protocolo, respetando la confidencialidad y anonimato de los pacientes, apegándose a la NOM-004-SSE3-2012 en la sección 5 de generalidades:

“Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no depende una institución. Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer”

En base a lo anteriormente mencionado, el comité de Bioética y el departamento de enseñanza del Hospital psiquiátrico Rafael Serrano, confieren un **riesgo mínimo** de acuerdo a con el artículo 11 capítulo 1 de la resolución 008430/93, dicho folio se encuentra en el registro oficial que puede ser encontrado en el apartado de anexos.

12. Resultados

Se revisaron 200 expedientes de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, los cuales ingresaron a hospitalización entre diciembre 2018 y diciembre 2019. Únicamente 46 expedientes cumplieron con los criterios de inclusión. Se recopiló la información de cada expediente con base a la plantilla de datos y se obtuvieron los resultados que se explican a continuación. Cabe mencionar que las variables fueron analizadas en 2 grupos de la población (n=46), mujeres y hombres.

Las variables independientes (factores clínicos y no clínicos) se analizaron con base en la variable dependiente (3 o más reingresos en 1 año).

12.1 Variables no clínicas.

Género del paciente.

Género del paciente	
27 hombres	19 mujeres

Tabla 1. Género del paciente.

Del 100% de la población estudiada (n=46) el 58.7 % corresponde a expedientes de pacientes masculinos y el 41.3% a expedientes de pacientes femeninos. Los expedientes clínicos de pacientes con mayor cantidad de reingresos entre diciembre 2018 y diciembre 2019 correspondieron a la población masculina.

Edad del paciente durante el primer reingreso.

Edad del paciente durante el primer reingreso			
Hombres		Mujeres	
27	33	25	36
27	33	28	37
28	34	29	39
28	39	29	39
28	41	31	45
28	41	31	46
28	45	32	48
30	46	33	49
30	48	33	51
31	48	33	
31	49		
31	51		
32	52		
33			

Tabla 2. Edad del paciente durante el primer reingreso.

Al comparar la información entre ambos grupos se determinó lo siguiente:

- La edad con mayor reingresos es de 28 años en pacientes masculinos y 33 años en pacientes femeninos.
- La edad media de reingreso fue de 36 años y 36.5 años para hombres y mujeres respectivamente.
- El rango de edad que presentó mayor cantidad de reingresos oscila entre 30 – 39 años de edad en pacientes masculinos y 31 – 39 años en pacientes femeninos.

- La edad mínima fue de 27 años para hombres y 25 años en mujeres, mientras que la edad máxima registrada en relación a reingresos constantes fue de 52 años para hombres y 51 años para mujeres.

Grado de escolaridad.

A)

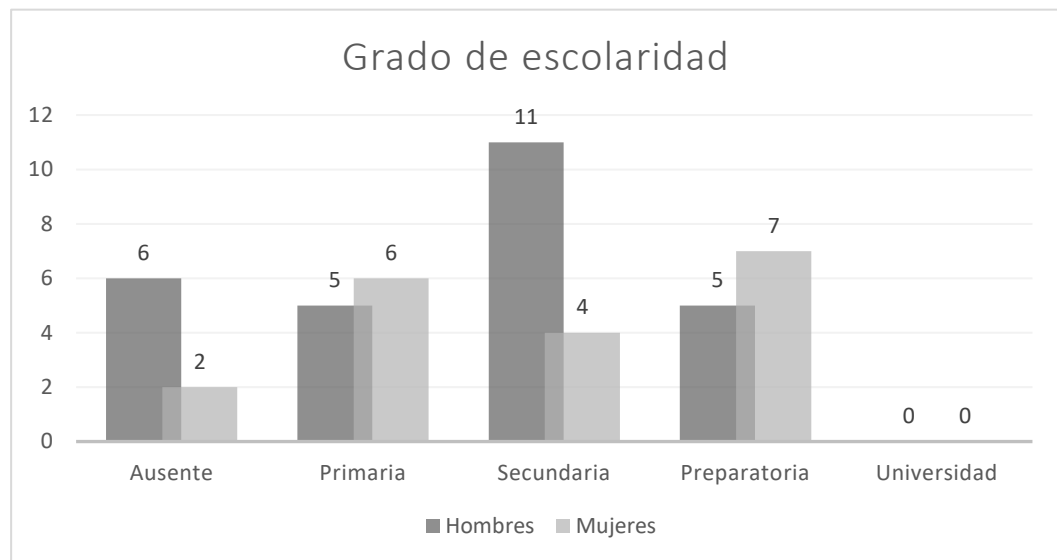


Tabla 3. Grado de escolaridad.

La gráfica representa y compara el grado de escolaridad entre ambas poblaciones.

En relación al grado de escolaridad, la población masculina con mayor cantidad de reingresos se presentó en aquellos pacientes con un nivel escolar en secundaria correspondiente al 40% (11), en segundo lugar, aquellos pacientes con escolaridad ausente 22% (6) y en tercer lugar aquellos pacientes con escolaridad primaria y preparatoria 18.5% y 18.5% (5 y 5). Es destacable mencionar que ningún paciente masculino de la población, presentó un grado de escolaridad superior (universidad). En cuanto a la población femenina, la mayor cantidad de reingresos se presentó en aquellas pacientes con un nivel de escolaridad primaria correspondiente al 36.8% (7), en segundo lugar, aquellas pacientes con un grado de escolaridad secundaria,

31.5% (6); el tercer lugar lo ocupa la escolaridad preparatoria con un porcentaje del 21% (4), mientras que la ausencia de escolaridad corresponde a un 10.5% (2). Al igual que la población masculina, no se determinaron reingresos en pacientes con escolaridad superior.

Uso de sustancias psicoactivas.

B)

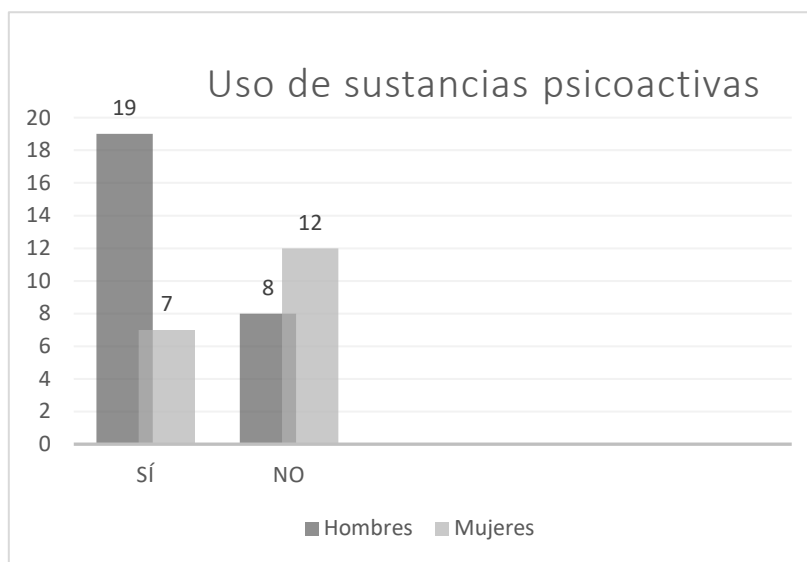


Tabla 4. Uso de sustancias psicoactivas.

La gráfica representa y compara la presencia de consumo de sustancias en ambas poblaciones.

En cuanto al uso de sustancias psicoactivas en relación a la cantidad de reingresos. la población masculina que presentó mayor cantidad de reingresos se identificó por sí presentar un consumo de sustancias entre egresos, correspondiente al 70.39% (19) mientras que el 29.61% (8) no presentó un consumo de sustancias psicoactivas en comparación con la población femenina, quien se caracterizó por presentar resultados contrarios. Mientras que el consumo de sustancias se presentó de manera significativa durante los reingresos de los pacientes masculinos, la población femenina no; presentando una ausencia de consumo en el 63.1 % (12) y un 36.9% (7) en aquellas pacientes con un consumo positivo de sustancias.

La mayor cantidad de pacientes masculinos que cumplen con los criterios del síndrome de la puerta giratoria sí presentó un consumo de sustancias psicoactivas previo, durante o posterior a cada reingreso a diferencia de la población femenina, en la que la relación del consumo positivo de sustancias y la cantidad de reingresos no es significativa

Entorno de procedencia

C)

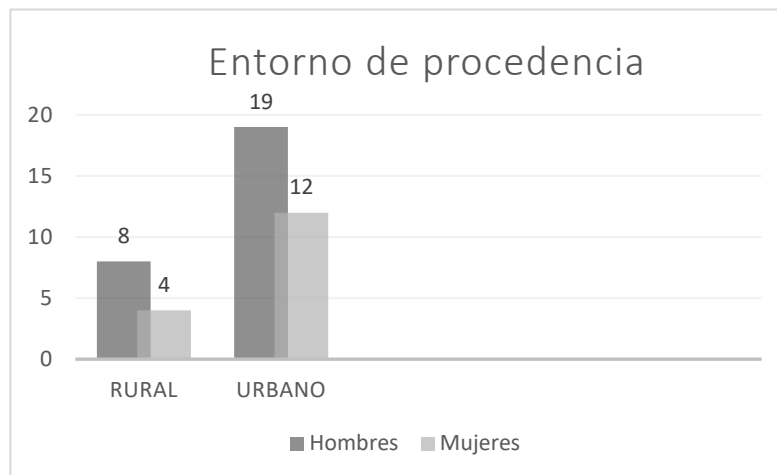


Tabla 5. Entorno de procedencia.

La gráfica representa al entorno de procedencia de ambas poblaciones.

El entorno de procedencia de los pacientes que presentaron 3 o más reingresos fue prevalentemente el entorno urbano, representado por un 70.3 % en la población masculina y un 63.1% para la población femenina. El entorno rural representó al entorno con menor prevalencia en ambas poblaciones, con un 29% para la población masculina y un 21.05 % para la población femenina.

12.2 Variables clínicas.

Adherencia al tratamiento farmacológico.

D)

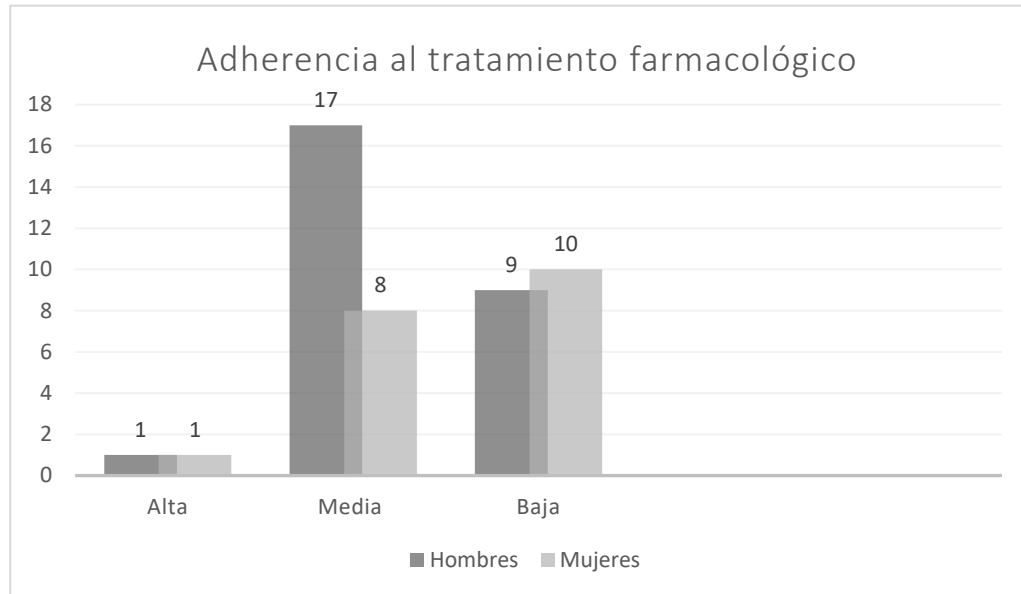


Tabla 6. Adherencia al tratamiento farmacológico.

La gráfica representa y compara el grado de adherencia al tratamiento farmacológico por medio de la escala MMAS – 8, entre ambas poblaciones.

Al registrar la adherencia al tratamiento farmacológico por medio de la escala Morinsky Green “MMAS – 8” la cual determina la adherencia al tratamiento en 3 grupos: adherencia alta, adherencia media y adherencia baja y en relación a la cantidad de reingresos de la población analizada tanto en la población masculina como femenina, la adherencia alta solo se determinó en el 3% (1) y 5.2% (1) respectivamente. La adherencia media al tratamiento farmacológico comprende a la población con mayor cantidad de reingresos para la población masculina, representando un 58% (17) mientras que para la población femenina representó un 42.1% (8). La baja adherencia al tratamiento fue discretamente mayor en pacientes femeninos con un 52% (10); en la población masculina, ésta representó un 33% (9). Lo anterior supone un valor significativo para la población masculina en relación a

la cantidad de reingresos y la inadecuada adherencia al tratamiento farmacológico (adherencia media) a diferencia de la población femenina, en la que la relación reingreso – adherencia al tratamiento farmacológico supone un valor estadístico no significativo.

Tiempo de evolución de la enfermedad.

E)

Tiempo de evolución de la enfermedad (años)			
Hombres		Mujeres	
5	12	6	13
7	12	7	14
8	15	8	19
9	19	9	20
9	19	10	21
9	20	10	27
10	20	10	28
10	22	12	30
10	26	12	30
11	27	12	
11	28		
11	28		
11	30		
12			

Tabla 7. Tiempo de evolución de la enfermedad.

En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad y su relación con la cantidad de reingresos, se encontró que en la población masculina la evolución menor fue de 5 años mientras que en la población femenina 6. El mayor tiempo de evolución fue igual en ambos grupos determinado en 30 años de evolución. La cantidad de reingresos se presentó con mayor frecuencia en aquellos pacientes con 11 años de evolución y 10 años de evolución para pacientes masculinos y femeninos respectivamente. El Tiempo medio de evolución fue de 15.2 años para la población masculina y 15.6 para la población femenina.

Tiempo entre reingresos.

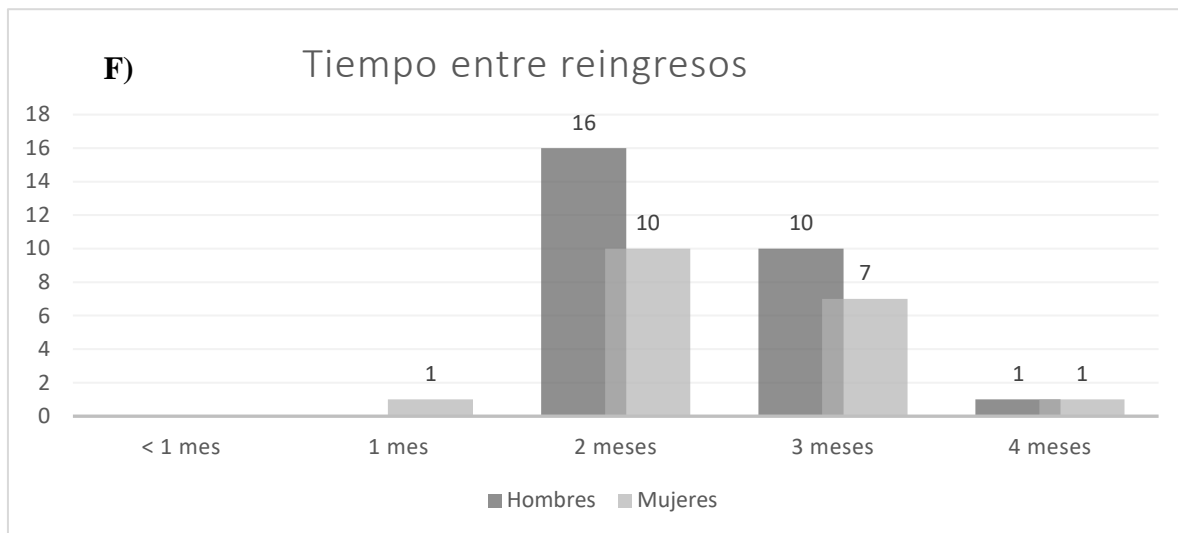


Tabla 8. Tiempo entre reingresos.

La gráfica representa y compara el lapso temporal demostrado por ambas poblaciones entre reingresos.

El tiempo entre reingresos se determinó en 5 rangos temporales: <1 mes, 1 mes, 2 meses, 3 meses, 4 meses.

El tiempo con mayor significancia en relación a la cantidad de reingresos en pacientes masculinos fue de 2 meses, representado por un 59% (16); posteriormente, el rango temporal de 3 meses representó un 37% (10); en tercer lugar, el rango de 4 meses representó al grupo con únicamente 1 paciente masculino determinado por el 3.7% mientras que ningún paciente masculino presentó reingresos con menos o 1 mes de evolución. Al igual que la población masculina, el rango temporal con mayor significancia fue 2 meses, representado por 52% (10), posteriormente se determinó con un 36% (7) al grupo de 3 meses; solo 1 paciente femenino presentó un rango temporal de 4 meses representando 5.2% al igual que para el rango temporal de 1 mes. Sin embargo, al igual que la población masculina, ningún paciente reingresó con menos de 1 mes de haber egresado.

Asistencia a consultas de seguimiento.

G)

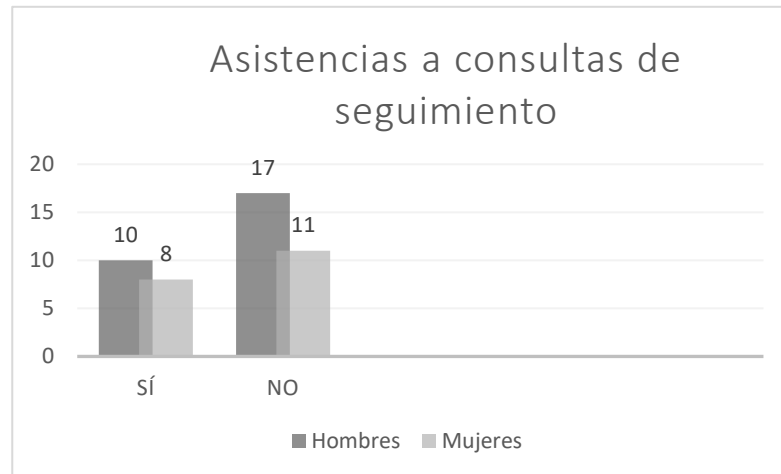


Tabla 9. Asistencia a consultas de seguimiento.

La gráfica representa y compara la asistencia a consultas de seguimiento en ambas poblaciones.

Para el valor de “sí” se tomaron en cuenta 3 o más consultas de seguimiento posterior al egreso y para el valor de “no” se tomaron en cuenta 2 o menos consultas de seguimiento posterior a cada egreso.

La relación entre la cantidad de reingresos y la asistencia a consultas de seguimiento fue significativa tanto para pacientes masculinos como para pacientes femeninos. Se determinó que la mayor cantidad de pacientes con reingresos múltiples se presentó en aquellos pacientes que no asistieron a consultas de seguimiento, determinado por un 70.3% (19) para pacientes masculinos y un 57% (11) para pacientes femeninos.

Cantidad de consultas entre reingresos.

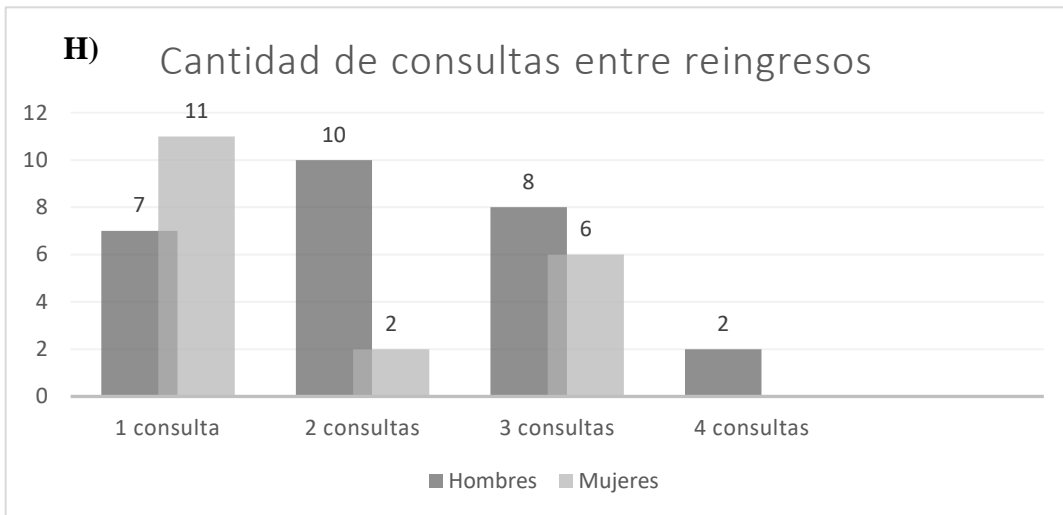


Tabla 10. Cantidad de consultas entre reingresos.

La gráfica representa y compara el la cantidad de consultas asistidas por parte de ambas poblaciones entre los reingresos presentados.

En relación a la asistencia a consultas de seguimiento, la cantidad de consultas entre reingresos también demostró un valor significativo en ambas poblaciones.

En la población masculina con 3 o más reingresos, se determinó la asistencia a 2 consultas en relación a un 37% (10) y un 25% (7) para aquellos pacientes con solo 1 consulta entre reingresos. El 29% (8) presentó 3 consultas durante los reingresos mientras que el 7.4% (2) presentó la mayor cantidad de consultas entre reingresos.

La población femenina con mayor reingresos se destacó por presentar únicamente 1 consulta entre reingresos, correspondiente al 57% (11), posteriormente con 31% (6), y con únicamente 2 consultas el 10.5% (2). Es destacable comentar que ningún paciente femenino presentó 4 consultas durante los reingresos.

Cabe mencionar que tomando en cuenta la información recabada en el apartado de asistencia a consultas de seguimiento, se tomó en cuenta como la asistencia a consultas en aquellos pacientes con 3 o más asistencias, mientras que la no

asistencia a consultas de seguimiento fue determinada por 2 o menos consultas. Por tal motivo, en la población masculina el valor de 1 y 2 consultas pertenece al mismo grupo (17), representando 62% 68% para la población femenina

13. Discusión

En el presente trabajo se analizaron 46 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, quienes reingresaron 3 o más ocasiones en un periodo comprendido entre diciembre 2018 y diciembre 2019. Y se organizaron en 2 grupos de control: hombres y mujeres. Para ambos grupos se determinaron 2 variables, la variable dependiente el síndrome de la puerta giratoria, el cual supone la presencia de 3 o más reingresos hospitalarios y la variable independiente la cual a su vez, se subdivide en 2 categorías: factores no clínicos, tales como la edad, el grado de escolaridad, el uso de sustancias psicoactivas y el entorno de procedencia. Y los factores clínicos tales como inadecuada adherencia al tratamiento farmacológico, tiempo de evolución de la enfermedad, tiempo entre reingresos, adherencia al tratamiento farmacológico y asistencia a consultas de seguimiento.

El género con mayor cantidad de reingresos correspondió al género masculino con un 58.7% de la población total (n=46) correspondiente a 27 pacientes, mientras que el 41.3% correspondió a pacientes femeninos. La edad con mayor reingresos oscila entre 27 – 31 años para pacientes masculinos y 31 – 36 para pacientes femeninos, valores que coinciden con lo reportado Koparal, B en 2021 y colaboradores, quienes realizaron un análisis retrospectivo similar, el cual abarcó no solo a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, sino también a pacientes con diagnóstico de desorden bipolar y otros desordenes psicóticos. Sin embargo, en comparación con los resultados reportados por D'Orta en 2021, en el artículo denominado "Determinants of Revolving Door in an Acute Psychiatric Ward for prisión Inmates", en el que también se realizó un análisis similar, las variables género y edad no representaron significancia positiva como factores para los reingresos.

Referente al grado de escolaridad, la población masculina con mayor cantidad de reingresos fue aquella con un grado de escolaridad secundaria opuesto a lo reportado en la población femenina, quien se caracterizó por presentar la mayor cantidad de reingresos en aquella población con escolaridad preparatoria. Datos

similares a los reportados por Ang, M y colaboradores en 2021, quienes analizaron la asociación de variables tales como escolaridad, entorno de procedencia y vivienda con la intensidad de la sintomatología en pacientes con esquizofrenia.

Es importante destacar que, pese a que la población con la mayor cantidad de reingresos se presentó en la población con escolaridad primaria y preparatoria, la ausencia de escolaridad supone un factor considerable para la readmisión hospitalaria. El pobre desarrollo educacional y la discapacidad representan un rol altamente asociable a la pobre evolución favorable de los pacientes con esquizofrenia (Harvey et al., 2019).

El consumo de sustancias psicoactivas, específicamente cannabis se considera un factor de riesgo establecido para el desarrollo de psicosis (Rentero & Arias, 2021). La población con la mayor cantidad de reingresos y su relación con el consumo de sustancias fue significativa para el consumo positivo en pacientes masculinos, correspondiente al 70%. Es recalable que la relación entre escolaridad primaria y ausente, así como el consumo de sustancias, representó un valor significativo para la presencia de múltiples reingresos en la población masculina. Opuesto a la población femenina, en el que se determinó que el consumo positivo de sustancias psicoactivas no representó un valor significativo asociable al reingreso constante, representado por un 42%. En relación al desarrollo de eventos agudos en esquizofrenia, la población femenina requiere de más factores de riesgo para el desarrollo de éstos (Mazza et al., 2021).

El entorno de procedencia con mayor prevalencia de reingresos fue el entorno urbano, representado por un 89% tanto para la población femenina como masculina. Resultados similares a lo reportado en el artículo denominado "Associations of living arrangements with symptoms and functioning in schizophrenia" (Ang, M, et al., 2021). La variable entorno de procedencia no representó un valor significativo en relación con el grado de escolaridad de los pacientes con más de 3 reingresos; sin

embargo, sí representa un valor positivo en relación al consumo de sustancias psicoactivas y su impacto en los reingresos cíclicos.

La mayor adherencia al tratamiento farmacológico supone una regresión positiva de remisión de síntomas psicóticos (aqueo – Urizar et al., 2021). La adherencia media al tratamiento farmacológico supuso ser el grado de adherencia con mayor prevalencia en la población masculina representado por un 58% suponiendo un valor representativo aunado al grado de escolaridad, en relación a la cantidad de reingresos. Opuesto a lo reportado en la población femenina, en la que la adherencia baja al tratamiento supuso ser el grupo con mayor cantidad de pacientes. No obstante, no se encontró un valor significativo entre el grado de escolaridad y la adherencia al tratamiento, puesto que la población femenina presentó un mayor grado de escolaridad en comparación con su opuesto. Resultados similares a los reportados Sjatovic C, 2020 en el estudio denominado “Correlates of poor medication adherence in chronic psychotic disorders”.

El tiempo de evolución de la enfermedad y su relación con la cantidad de reingresos no representó un valor significativo para ambos grupos de control. Opuesto a los resultados obtenidos sobre el tiempo entre reingresos. Tanto para la población masculina como femenina, el lapso de 2 meses fue el rango temporal con mayor prevalencia en los pacientes con más de 3 reingresos, representado por un 59% y un 37% respectivamente.

La relación asistencia a consultas de seguimiento - cantidad de consultas entre reingresos y la cantidad de reingresos, presentó un valor significativo para ambas poblaciones. La no asistencia representó al valor con mayor prevalencia, 60.8%. Por otra parte, el 29.2% que presentó una asistencia a consultas de seguimiento se caracterizó por presentar al menos 3 consultas posteriores a cada egreso en ambas poblaciones. La no asistencia a consultas de seguimiento sí representa un valor positivo asociado a la cantidad de reingresos.

La terapia farmacológica, la terapia psicosocial y la evaluación médica periódica, parecen ser efectivos, favoreciendo los resultados positivos y el bienestar del paciente con diagnóstico de esquizofrenia al reducir los síntomas negativos (Pina, I, et al., 2021).

14. Conclusiones

Factores no clínicos:

- El género del paciente sí demostró significancia para favorecer la presencia del síndrome de la puerta giratoria, presentándose con mayor frecuencia en la población masculina.
- La edad del paciente durante el primer reingreso no demostró tener relación significativa con la cantidad de reingresos posteriores.
- El grado de escolaridad sí demostró relacionarse de manera significativa a los reingresos constantes en la población masculina; sin embargo, no fue un valor significativo para la población femenina.
- La interacción con sustancias psicoactivas sí presentó un valor positivo para el constante reingreso en la población masculina; lo que supone su posible asociación con el síndrome de la puerta giratoria. Opuesto a la población femenina, en el que el consumo de sustancias representó un valor negativo.
- El entorno de procedencia sí representó un factor que se relaciona al reingreso constante a hospitalización, siendo el entorno urbano el prevalente en ambas poblaciones con la mayor cantidad de reingresos.

Factores clínicos:

- La inadecuada adherencia al tratamiento farmacológico es el factor clínico con mayor impacto en relación a la cantidad de reingresos en ambas poblaciones. Sugiriendo ser el factor que, con mayor certeza, se asocia al desarrollo del síndrome de la puerta giratoria.
- El tiempo de evolución de la enfermedad no representó un factor significativo para reingreso cíclico de los pacientes, en ambas poblaciones.
- Un lapso temporal corto entre reingresos representó un valor positivo en relación a la cantidad de reingresos para ambas poblaciones.

- La inasistencia a consultas de seguimiento representó un factor positivo, sugiriendo su asociación positiva a favorecer al síndrome de la puerta giratoria en ambas poblaciones.

15. Anexos.


15.1 Escala Morinsky Green Scale “MMAS – 8” modificada.

Adherencia al tratamiento farmacológico.

Preguntas		
1. ¿Olvidó tomar el medicamento para su padecimiento)	Sí = 0	No = 1
2. ¿Hubo algún día en el que se olvidó tomar el medicamento?	Sí = 0	No = 1
3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o ha dejado de ingerir el medicamento sin comentarlo al médico porque sentía malestar al tomarla?	Sí = 0	No = 1
4. Cuando se encuentra fuera de su hogar ¿olvida llevar la medicina?	Sí = 0	No = 1
5. ¿Ingerió su medicamento el día ayer?	Sí = 0	No = 1
6. Cuando no siente malestar ¿omite la ingesta del medicamento?	Sí = 0	No = 1
7. ¿Se siente en el algún momento presionado por seguir el tratamiento médico?	Sí = 0	No = 1
	Casi nunca	1
	Rara vez	0.75
8. ¿Con que frecuencia tiene dificultades para recordar tomar su medicamento?	Algunas veces	0.5
	Habitualmente	0.25
	Siempre	0

Tomado de Vega, D., Acosta, F., & Saavedra, P. (2021). Nonadherence after hospital discharge in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: A six-month naturalistic follow-up study.

15.2 Aprobación institucional.



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. RAFAEL SERRANO"

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN Y COMITÉ DE ENSEÑANZA

**Secretaría
de Salud**

Gobierno de Puebla

#PROintegridad

"2021, Año de la Independencia."

Puebla, Puebla a viernes 19 de marzo del 2021

ASUNTO: Respuesta a protocolo de investigación

MPSS. Gabriel Alejandro García López
P R E S E N T E:

A través de este medio, le envío un cordial saludo y al mismo tiempo, me permito hacer de su conocimiento, las recomendaciones del trabajo Titulado **"Factores que favorecen el Síndrome de la puerta giratoria en pacientes diagnosticados con Esquizofrenia"**, que fue entregado el 9 de marzo del año en curso, al Comité de Enseñanza y el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano" para su evaluación y dictamen. El comité sugiere los siguientes cambios:

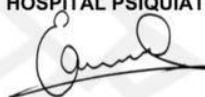
1. Incluir en el título del estudio el lugar donde se realizará el mismo
2. Completar material y métodos en ese sentido
3. Ampliar bibliografía

Se le recuerda que, de acuerdo con los principios establecidos en *NOM 004-SSE3-2012* en la *sección 5 de generalidades* se indica que los expedientes clínicos son propiedad de la institución los datos contenidos en el expediente clínico que posibiliten la identificación del paciente en termino de los principios científicos y éticos que orientan la practica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer. Consideramos que esta investigación confiere un **Riesgo mínimo** de acuerdo con el artículo 11 capitulo 1 de la resolución 008430/93 y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el artículo 6 de la presente resolución, este estudio se desarrollara conforme a los siguientes criterios:
Establecer que la institución donde se realice la investigación conservará todos los documentos esenciales relacionados con este ensayo evaluado durante al menos 3 años tras la finalización de este o durante un periodo más largo. Esta documentación debe archivarase agrupada por protocolos en un lugar que permita garantizar la confidencialidad.

Las modificaciones que se señalan anteriormente serán recibidas en este departamento el día **22 de marzo del año en curso**.

Dictamen emitido por el Comité en la sesión del 19 de marzo del 2021: **APROBADO con modificaciones**.

ATENTAMENTE
"SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCION"
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. RAFAEL SERRANO"



DRA. LAURA ERÉNDIRA GÓMEZ MENDOZA

c.c.p. Minutario Comité de Ética en Investigación y Comité de Enseñanza. Presente.
Archivo.

DENUNCIAS E INCONFORMIDADES


800 466 37 86

PROINTEGRIDAD

prointegridad.puebla.gob.mx

Calle 6 Norte 603, Centro
Puebla, Pue. C.P.72000 Tel. (222) 551 06 00 ext. 3008
www.ss.pue.gob.mx

15.3 Registro oficial.



HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. RAFAEL SERRANO"
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
#PROintegridad
"2021, Año de la Independencia."
Secretaría de Salud
Gobierno de Puebla
Puebla, Puebla a 24 de marzo del 2021
ASUNTO: Registro de Protocolo de Investigación

MPSS GABRIEL ALEJANDRO GARCÍA LÓPEZ
ALUMNO DE MEDICINA UDLAP
P R E S E N T E

El comité de ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano" hace **CONSTAR** que el Proyecto de Investigación que usted realizó con el nombre de:
"FACTORES QUE FAVORECEN EL SÍNDROME DE LA PUERTA GIRATORIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. RAFAEL SERRANO"

Ha sido registrado en este Comité con los siguientes datos:

Fecha: 19/03/2021
Libro: 1
Hoja: 23
Número de Registro: 6.2/21/02

El mismo es presentado en autoría colectiva con:

- Dra. Katia Paulina Berdugo Áviles
- Dr. Roberto Carlos Mares Morales
- Dra. Elizabeth Castro Milla

Atentamente
"SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN"
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. RAFAEL SERRANO"



DRA. LAURA ERÉNDIRA GÓMEZ MENDOZA



15.4 Cronograma de actividades (Original).

Actividades Periodo	AÑO 2019					AÑO 2020					
	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero - Marzo	Marzo - Mayo	Mayo - agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Recopilación de datos bibliográficos	■	■	■								
Entrega de pertinencia		■									
Revisión de correcciones		■	■								
Presentación del protocolo ante el comité de bioética de la universidad			■								
Autorización por parte de la institución hospitalaria			■	■							
Analizar datos				■	■	■	■				
Redacción de resultados							■	■			
Conclusiones								■	■		
Correcciones									■		
Presentación de tesis									■	■	

15.5 Cronograma de actividades (modificado por pandemia)



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Protocolo de investigación

FACTORES QUE FAVORECEN EL SÍNDROME DE LA PUERTA GIRATORIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. RAFAEL SERRANO.

Alumno: Gabriel Alejandro García

Universidad de las Américas, Puebla y Secretaría de salud del estado de Puebla.

Periodo: Mayo 2021 – Enero 2022

El siguiente cronograma de actividades se llevará a cabo únicamente si el semáforo de riesgo epidemiológico se encuentra en “verde” (riesgo poblacional bajo) a partir de mayo 2021.

No.	Actividades	Abril - Mayo 2021				Junio 2021				Julio 2021				Agosto 2021				Septiembre 2021				Octubre 2021				Noviembre 2021				Enero 2022			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	Autorización hospitalaria		X	X	X																												
2	Revisión de expedientes					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Recopilación de la información																	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Análisis de datos recopilados																									X	X	X	X	X	X	X	X
6	Interpretación de resultados a la base de datos del protocolo de investigación																															X	X

15.6 Tabla de recopilación de datos (original).

Tabla de recopilación de datos											
Número de lista de expediente: Fecha de creación del expediente:											
Adherencia al tratamiento farmacológico	Adecuado	Inadecuado	Ausente	Género	Masculino			Femenino			
					Edad	Años					
Tiempo de evolución de la enfermedad.	< 5 años	5 – 10 años	>10 años								
				18 - 20		21 - 25		26 – 30		31 - 35	
Padecimientos coadyuvantes.	Sí (menciónelos)		No	Grado de escolaridad	Escolaridad ausente	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Universidad		
					Uso de sustancias ilícitas	Tipo					
				Alcohol		Tabaco	Marihuana	Derivado de anfetaminas	Otro(s)		
Terapia farmacológica	Vía de administración			Entorno de procedencia	Urbano		Rural		No especificado		
	VO	IV	IM								
	Nombre del fármaco y dosis:			Fecha de los reingresos a partir del diagnóstico							
			Último esquema de tratamiento								
Numero de reingresos	3	3 - 5	>5	Asistencia a consultas de seguimiento	Sí			No			
Tiempo transcurrido entre reingresos	Meses			Número de consultas de seguimiento	<1		2 - 5			>5	
	>1	1 – 3	>3								

15.7 Tabla de recopilación de datos (modificada)

FORMATO DE RECOPIACIÓN DE DATOS (Modificada)									
No. De lista de expediente:		No. De expediente:		Fecha de recopilación:					
Genero del paciente	Masculino	Femenino	Edad del paciente durante el primer ingreso:						
Grado de escolaridad	Ausente	Primaria	Secundaria.	Preparatoria.	Universidad.				
Entorno de procedencia	Rural	Urbano	No especificado	Otros Padecimientos					
Consumo de sustancias psicoactivas	1.	Tiempo de evolución de la enfermedad							
	2.								
	3.								
	4.	Tiempo transcurrido entre ingresos.							
	5.	<1 mes	1 – 2 meses	3 meses	4 – 5 meses	6 meses			
Reingresos Dic. 2018 – dic. 2019.									
Motivo de los egresos		Moria	Máximo Beneficio	Alta voluntaria	No especificado				
Red de apoyo		Presente		Parcial		Nulo			
Adherencia al tratamiento farmacológico Escala MMAS – 8		Alta adherencia al tratamiento 8 puntos		Media adherencia al tratamiento 6 -7 puntos.		Baja adherencia al tratamiento < 6 puntos			
Último esquema de tratamiento	1.	Asistencia a consultas de seguimiento			SI		NO		
	2.								
	3.	Consulta de seguimiento entre ingresos		1	2 – 3	4 - 5	6 o más		
	4.								
	5.								

16. Referencias.

- Ang, M., Rekhi, G., & Lee, J. (2021). Associations of living arrangements with symptoms and functioning in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03488-5>
- Amsley, R. and Chiliza, B. (2013). The nature of relapse in schizophrenia. *BMC psychiatry*, [online] 13(50), pp.1 - 8. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/50>.
- Asociación americana de psiquiatría. (2014). *DSM - 5, Guía para el diagnóstico Clínico*. 5th ed. New York.: The Guilford Press, pp.55 - 70.
- Asociación Psiquiátrica Mexicana (2019). *Guía terapéutica para el manejo de la esquizofrenia*. Ciudad de México: Janssen - Cilag. <http://www.apalweb.org/docs/esquizofrenia2.pdf>
- Botha, U., Koen, L., Joska, J., Parker, J., Horn, N., Hering, L. and Oosthuizen, P, (2009). The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(4), pp.461-468. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19536445/>
- Broadbent, E., Kydd, R., Sanders, D. and Vanderpyl, J., 2008. Unmet Needs and Treatment Seeking in High Users of Mental Health Services: Role of Illness Perceptions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(2), pp.147-153. DOI: 10.1080/00048670701787503.
- Campo ANM, Cardona MLA, López PJC, Pacheco R. (2019). Frequency and determinants of the re-entry in patients with serious mental disorder. *IJEPH* 2(1): e-016. doi: 10.18041/2665-427X/ijeph.3.5499.
- Calmon De Moura, E. Et al, (2017). "Revolving Door" In Psychiatric Units Seems To Remain a Common Phenomenon in the 21st Century. *J Psychiatry Depress Anxiety* 3: 008. https://www.heraldopenaccess.us/article_pdf/60/revolving-door-in-psychiatric-units-seems-to-remain-a-common-phenomenon-in-the-21st-century.pdf
- Castal, F. and Andreoli, S. (2000). Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Journal of Public Health*, [online] 34(3), pp.280 - 285. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10920451>

- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Mena-Chamorro, P., & Bravo de la Fuente, J. (2021). Effects of Adherence to Pharmacological Treatment on the Recovery of Patients with Schizophrenia. *Healthcare*, 9(9), 1230. <https://doi.org/10.3390/healthcare9091230>
- Caycedo L, M. and Herrera, S. (2012). Descripción de los factores de riesgo para recaída en pacientes con diagnóstico de trastorno mental. *Revista Ciencias de la Salud*, [online] 9(2), pp.141 - 158. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56222322004>
- CENETEC (2009). *Diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en el primer y segundo nivel de atención*. Ciudad de México: Secretaría de SALUD, pp.2 - 10. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/22209_Esquizofrenia/SSA-222-09_Esquizofrenia - RER_xCorregidax.pdf
- Cheng, Y., & Ojengbede, O. B. (2014). The Association Between Social Support and Mental Health Among Vulnerable Adolescents in Five Cities: Findings from the study of the well-being of Adolescents in Vulnerable Environments. *Journal of Adolescent Health*, S31-S38,55(6). DOI: [10.1016/j.jadohealth.2014.08.020](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.08.020)
- Di Lorenzo, R., Sagona, M., Landi, G., Martire, L., Piemonte, C., & Ferrari, S. (2015). The “revolving Door Phenomenon” in an Acute Psychiatric Ward: a 5-year Retrospective Analysis. *European Psychiatry*, 30, 1366. doi:10.1016/s0924-9338(15)32032-0.
- Díaz Soto, C. and Orozco Moreno, A. (2016). Factores asociados a la readmisión de pacientes psiquiátricos en el oriente antioqueño en 2014. *Medicina U. PB*, [online] 35(1), pp.17 – 23. Doi:10.18566/medupb. v35n1.a03 https://www.researchgate.net/publication/309654719_Factores_asociados_con_la_readmision_de_pacientes_psiquiatricos_en_el_oriente_antioqueno_en_2014
- Di Lorenzo, R. and Sagona, M. (2016). The Revolving Door Phenomenon in an Italian Acute Psychiatric Ward. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, [online] pp.1 - 5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27227558>
- D'Orta, I., Herrmann, F., & Giannakopoulos, P. (2021). Determinants of Revolving Door in an Acute Psychiatric Ward for Prison Inmates. *Frontiers In Psychiatry*, 12, 4 - 8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.626773>
- Fresan, A. and Apiquian, R. (2007). Association between violent behavior and psychotic relapse in schizophrenia: ¿one more through de revolving door? *Salud mental*, [online] 30(1), pp.25 - 30. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n1/0185-3325-sm-30-01-25.pdf>

- Frick, U. and Frick, H. (2013). The Revolving Door Phenomenon Revisited: Time to Readmission in 17'415 Patients with 37'697 Hospitalisations at a German Psychiatric Hospital. *PLOS ONE*, [online] 8(10). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3792950/>
- Harvey, P., Strassnig, M., & Silberstein, J. (2019). Prediction of disability in schizophrenia: Symptoms, cognition, and self-assessment. *Journal Of Experimental Psychopathology*, 10(3), 204380871986569. <https://doi.org/10.1177/2043808719865693>
- Jeppesen, R. M., Christensen, T., & Vestergaard, C. H. (2016). *Changes in the utilization of psychiatric hospital facilities in Denmark by patients diagnosed with schizophrenia from 1970 through 2012. Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(5), 419–425. doi:10.1111/acps.12549
- Kaushik, R. and Nair, R. (2012). The contributing Factor of revolving door syndrome among schizophrenic patients in terms of knowledge of their primary care givers. *India Journal Psychiatric Nursing*, [online] 4(1), pp.12 – 14. <https://www.researchgate.net/publication/326016653> The contributing factors of revolving door syndrome among schizophrenic patients in terms of knowledge of their primary care givers
- Koparal, B., Unler, M., Cisem Utku, H., & Candansayar, S. (2021). Revolving Door Phenomenon and related factors in schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychotic disorders. *Psychiatria Danubina*, 33(1), 18-26. <https://doi.org/10.24869/psyd.2021.18>
- Lascorz D, López V, Pinedo C, Trujols J, Vegué J, Pérez V, (2018). Estudio psicométrico de la Escala de valoración de los Niveles de Atención Requerida para personas con Trastorno Mental Grave (ENAR-TMG). *Rev Psiquiatr Salud Ment.*; 11(3): 156-168. <https://medes.com/publication/137485>
- L Gastal F, B Andreoli S, (2000). Predicting the revolving door phenomenon among Patients with schizophrenic, affective disorders and non organic psychoses. *Revista de Saúde Pública*. 34(3). Pp 280 – 285. <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2230.pdf>
- Lehnan, A. and Lieberman, J. (2010). Treatment of Patients With Schizophrenia. *American psychiatric association*. [online] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15000267>

- Loraine, K. and Goenjian, H. (2015). Risk Factors Associated With Psychiatric Readmission. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, [online] 203(6), pp.425 - 230.
https://www.researchgate.net/publication/276359139_Risk_Factors_Associated_With_Psychiatric_Readmission
- Mahendran, R., Mythily, Chong, S.-A., & Chan, Y. H. (2005). Factors affecting rehospitalization in psychiatric patients in Singa Pore. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(2),101-105. DOI: [10.1177/0020764005053264](https://doi.org/10.1177/0020764005053264)
- Madi N, Zhao H, Fang Li J (2007). Hospital readmission for Patients with mental illness in Canada. *Healthcare Quarterly*. 10(2). Pp: 30-32.
http://www.hqontario.ca/Portals/0/modals/qj/en/processmap_pdfs/resources_links/hospital%20readmissions%20for%20patients%20with%20mental%20illness%20in%20canada.pdf
- Morlino M, Calento A, Schiavone V, Santone G, Picardi A, De Girolamo G, (2011). Use of psychiatric inpatient services by heavy users: Findings from a national survey in Italy. *Eur Psychiatry*; 26:252–9. <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/use-of-psychiatric-inpatient-services-by-heavy-users-findings-from-a-national-survey-in-italy/5FAC493F492152B0DA432A9199B0BA12>
- Mazza, M., Caroppo, E., De Berardis, D., Marano, G., Avallone, C., & Kotzalidis, G. et al. (2021). Psychosis in Women: Time for Personalized Treatment. *Journal Of Personalized Medicine*, 11(12), 1279. <https://doi.org/10.3390/jpm11121279>
- Nair, R. and Sharm, P (2012). The contributing factors of revolving door síndrome among schizophrenic patients in terms of knowledge of their primary care. *Indian Journal of psychiatric Nursing*, [online] 4(1), pp.12 -15.
https://www.researchgate.net/publication/288141768_Contributing_factors_of_revolving_door_syndrome_among_schizophrenic_patients_in_terms_of_knowledge_of_their_primary_care_givers
- Naheed, M., & Ayesha, K. (2012). Factors contributing the outcome of Schizophrenia in developing and developed countries: A brief review. *International Current Pharmaceutical Journal*, 1(4), 81 - 85. Retrieved 4 February 2022, from <https://osf.io/nv7w5/download/>.
- National Institute of Mental Health. (2017). Schizophrenia. *Journal of the National Institute of mental Health*. [online] https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/str-173517_158449.pdf

- Ordóñez I, Peña D. (2015). Frecuencia y características de pacientes con reingreso temprano en el hospital mental universitario de Risaralda en los años 2011 a 2013. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira; <https://core.ac.uk/download/pdf/71399195.pdf>
- Ortega AO, (2012). ¿Existe todavía la puerta giratoria en Psiquiatría? Estudio de reingresos en una Unidad de Corta Estancia. Máster en Iniciación a la Investigación en Medicina, Universidad de Zaragoza, España; Pp: 5 – 10. <https://zaguan.unizar.es/record/8593/files/TAZ-TFM-2012-610.pdf>
- Oyffe, I., Kurs, R., Gelkopf, M., Melamed, Y. and Bleich, A., 2009. Revolving-door Patients in Public Psychiatric Hospital in Israel: Cross Sectional Study. *Croatian Medical Journal*, [online] 50(6), pp.575-582. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2802091/pdf/CroatMedJ_50_0575.pdf
- Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *P&T journal for formulary management*, 39(9),638–645. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159061/>
- Parker, J., Botha, U. A., Joska, J., Koen, L., & Horn, N. (2009). The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(4), pp.461-468. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19536445/>
- Pezzani, G. (2017). Estudio descriptivo de pacientes con reingreso múltiple anual en el Hospital Vilardebó. *Revista Psiquiátrica de Uruguay*, [online] 81(1), pp.30 - http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2017/09/03_TO2.pdf
- Pina, I., Braga, C., de Oliveira, T., de Santana, C., Marques, R., & Machado, L. (2021). Positive psychology interventions to improve well-being and symptoms in people on the schizophrenia spectrum: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal Of Psychiatry*, 43(4), 430-437. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1164>

- Potkin, S. G., Weiden, P. J., Loebel, A. D., Warrington, L. E., Watsky, E. J., & Siu, C. O. (2009). Remission in schizophrenia: 196-week, double-blind treatment with ziprasidone vs. haloperidol. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 12(09), 1233. doi:10.1017/s1461145709000352
- Roick, C., Heider, D., Kilian, R., Matschinger, H., Toumi, M., & Angermeyer, M. C. (2004). Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(9), 744–751. doi:10.1007/s00127-004-0807-8
- Rentero, D., & Arias, F. (2021). Cannabis-induced psychosis: clinical characteristics and its differentiation from schizophrenia with and without cannabis use. *Addictions*, 33(2), 4 - 8. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1251>
- Sajatovic, M., Mbwambo, J., Lema, I., Blixen, C., Aebi, M., & Wilson, B. et al. (2020). Correlates of poor medication adherence in chronic psychotic disorders. *Bjpsych Open*, 7(1). <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.141>
- Sadock, B. and Sadock, V. (2007). Kaplan & Sadock's Synopsys of Psychiatry Behavioral Sciences/clinical Psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer, pp.300 - 329.
- Shaw I. (2004). Doctors,"dirty work"patients, and "revolving doors". *Qualitative Health Research*, 1049-7323. <https://doi.org/10.1177/1049732304265928>
- Simila, N. and Hakko, H. (2017). Schizophrenia: Overview and treatment options. *Gender Specific Characteristics of Revolving Door Adolescents in Acute Psychiatric Inpatient Care*, [online] 49(1), pp.15 - 23. Doi 10.1007/s10578-017-0744-x. <https://www.researchgate.net/publication/318735690> Gender Specific Characteristics of Revolving Door Adolescents in Acute Psychiatric Inpatient Care
- Smith, M. W., Stocks, C., & Santora, P. B. (2015). *Hospital Readmission Rates and Emergency Department Visits for Mental Health and Substance Abuse Conditions*. *Community Mental Health Journal*, 51(2), 190–197. doi:10.1007/s10597-014-9784-x
- Vega, D., Acosta, F., & Saavedra, P. (2021). Nonadherence after hospital discharge in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: A six-month naturalistic follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 108, 152240. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152240>

- Winnie, S. C., & Stefan, P. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry*, 13(1),169. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-169>
- Weng, J. and Zhang, Y. (2019). Study on risk factors of extrapyramidal symptoms induced by antipsychotics and its correlation with symptoms of schizophrenia. *General Psychiatry*, [online] 32(1), pp.14 - 16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6551432/pdf/gpsych-2018-100026.pdf>.
- Williamson E. A. and Mullen, K. (2014). Understanding “revolving door” patients in general practice: a qualitative study. [online] 15(33), pp.2 -11. doi: 10.1186/1471-2296-15-33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24524363>
- World Health Organization. (2018). Schizophrenia. [online]. <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
- Zhou Y, Ning Y, Fan N, Mohamed S, Rosenheck RA, He H (2014) Correlates of readmission risk and readmission days in a large psychiatric hospital in Guangzhou, China. *Asia Pac Psychiatry*. ;6(3):342-9. doi: 10.1111/appy.12096.
- Zhou Y, Rosenheck RA, Mohamed S, Fan N, Ning Y, et al (2014). Retrospective assessment of factors associated with readmission in a large psychiatric hospital in Guangzhou, China. *Shanghai Arch Psychiatry*. 26. Pp 138 – 148. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25114488/>