



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

**EVALUACIÓN DEL AJUSTE SOCIOEMOCIONAL DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA  
QUE INGRESAN A HOSPITAL PARCIAL UTILIZANDO EL INVENTARIO DE AJUSTE  
SOCIOEMOCIONAL DE WEINBERGER, EN UN SEGUIMIENTO DURANTE SEIS MESES.**

PRESENTA LA TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

ADRIANA PÉREZ GÓMEZ

**ASESORES INSTITUCIONALES:**

DR. FERNANDO CORONA HERNÁNDEZ

ASESOR TEÓRICO

DR. PABLO VERA FLORES

ASESOR METODOLÓGICO

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO DE 2019.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo gracias al apoyo del comité de investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez de la Secretaría de Salud, bajo la supervisión y asesoría del Dr. Pablo Vera Flores y el Dr. Fernando Corona Hernández.

Agradezco al servicio de Hospital Parcial de esta unidad hospitalaria por su apoyo para la realización del estudio.

## **AGRADECIMIENTOS A TÍTULO PERSONAL**

A Isabel, Armando, Mariana y Luis Enrique, mi familia, por siempre estar, tolerar y entender mi ausencia en momentos especiales, por creer en mí y ser el apoyo más grande en mi vida.

Al Dr. Pablo Vera Flores por su paciencia, por compartir su conocimiento y ser un guía a lo largo de estos cuatro años de formación.

A la Dra. Lucía Ramírez García, por el tiempo, dedicación y motivación para concluir este trabajo.

A Jessica Samantha, Luis Jaime, Samuel, Beatriz, Maritza Antonia e Irving, quienes me ayudaron a crecer como psiquiatra y me enseñaron lo que significa el trabajo en equipo.

A Dulce Adriana, Elisa Ivonne, Alma Erika, Leonardo Arturo, José Luis y Eric, por permitirme ser su guía y motivarme a aprender más.

A Mara Luz, Beatriz, Mariana, Flora Minerva, Lorena, Samuel y Ana Patricia por ser un ejemplo a seguir y brindarme su amistad incondicional a lo largo de la especialidad.

A Lucía Mariana, por su amistad, empatía y motivación para nunca darme por vencida.

A Leonardo, quien me reta intelectualmente de forma positiva cada día y que llegó a sumar amor y felicidad a mi vida.

A Lavanda, la familia que elegí y que permanecerá hasta el final.

## **DEDICATORIA**

A Jordi, por el apoyo en cada una de las etapas para llegar hasta aquí, por su calidad humana, su paciencia, su soporte emocional y su tiempo, por aguantar y comprender lo que implica estar en este camino, por adquirir conocimientos extra para brindármelos cuando los he necesitado. Por su amistad incomparable e insustituible.

*“Hay que obligarse regularmente a arrancar los baobabs en cuanto se los distingue de los rosales... a veces no hay problema en dejar el trabajo para después. Pero en caso de tratarse de baobabs, es siempre catastrófico.”*  
*Antoine de Saint-Exupéry*

## **INDICE**

Resumen	<b>1</b>
Introducción	<b>1</b>
Marco teórico	<b>2</b>
Método	<b>16</b>
- Justificación	<b>16</b>
- Planteamiento del problema	<b>17</b>
- Pregunta de investigación	<b>18</b>
- Objetivos	<b>19</b>
- Hipótesis	<b>19</b>
- Variables	<b>20</b>
- Muestra y muestreo	<b>21</b>
- Criterios de selección	<b>21</b>
- Tipo de estudio	<b>22</b>
- Instrumento de medición	<b>22</b>
- Procedimiento y recolección de datos	<b>23</b>
- Consideraciones bioéticas	<b>23</b>
Análisis Estadístico	<b>25</b>
Resultados	<b>27</b>
Discusión	<b>31</b>
Conclusiones	<b>32</b>
Limitaciones	<b>33</b>
Perspectivas	<b>34</b>
Referencias bibliográficas	<b>35</b>
Anexos	<b>38</b>

## LISTA DE TABLAS, CUADROS, FIGURAS Y ABREVIATURAS

Tabla 1. Definición de las variables

Cuadro 1. Características sociodemográficas de la población de estudio

Cuadro 2. Estilo de ajuste al ingreso y a los 6 meses

Cuadro 3. Instrumento de ajuste socioemocional

Figura 1. Contención o dominio de sí mismo al ingreso

Figura 2. Contención o dominio de sí mismo a los 6 meses

### INDICE DE ABREVIATURAS.

HPFBA ----- Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

CIE- 10 ----- Clasificación internacional de enfermedades

OMS -----Organización Mundial de Salud.

WAI -----Inventario de Ajuste socioemocional de Weinberger

SPSS----- Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (Statistical Package for the Social Science)



## RESUMEN

**Introducción:** La esquizofrenia es un padecimiento crónico, frecuentemente discapacitante y que ocasiona disfunción en múltiples esferas. Sus síntomas abarcan la esfera del pensamiento, la percepción y el área cognitiva. Su etiología es compleja, y en ella intervienen múltiples factores genéticos, biológicos, sociales y psicológicos. Su edad de inicio es temprana, por lo que el individuo que la padece frecuentemente ve mermado su desarrollo social y personal. Requiere un diagnóstico oportuno, seguimiento psiquiátrico constante y regular, y tratamiento prolongado, que incluye múltiples estrategias farmacológicas y no farmacológicas. Si bien la medicación antipsicótica actualmente se considera indispensable para mejorar la sintomatología, los enfoques no farmacológicos tienen importancia capital en mejorar el conocimiento de la enfermedad, la aceptación del trastorno; con esto se favorece su inclusión en las actividades personales y sociales cotidianas. Lo anterior con el objetivo de disminuir la frecuencia de exacerbaciones sintomáticas y hospitalizaciones.

**Objetivo:** Realizar un estudio accesible y de corta duración que nos ayude a identificar el grado de ajuste socioemocional de los pacientes con el fin de brindar a los médicos tratantes herramientas para incidir en este con un enfoque biológico, psicológico y social que resultará en beneficio de los pacientes.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, observacional y prospectivo. Durante 6 meses, con el fin de estudiar si existe diferencia estadísticamente significativa en el grado de ajuste socioemocional en los pacientes que ingresan a hospital parcial y el grado de ajuste en los mismos pacientes tras seis meses de seguimiento. Muestreo no probabilístico por conveniencia, identificando pacientes con esquizofrenia en seguimiento en Hospital Parcial del HPFBA a los cuales se les aplicó el Inventario de Ajuste Socioemocional de Weinberger al ingreso y a los 6 meses de tratamiento.

**Resultados:** El grado de ajuste socioemocional es mayor y se modifica de manera favorable durante el seguimiento en Hospital Parcial, siendo la contención y el dominio de sí mismo, los rubros en los que se observa mayor evolución a lo largo del tratamiento en dicho servicio.

**Conclusiones:** el tratamiento multidisciplinario en Hospital parcial ha sido exitoso para los pacientes que participaron en la investigación en cuanto los rubros tomados en cuenta, esto, permite a los pacientes hacer frente de forma más adecuada frustraciones y estresores que se presentan en su vida diaria.

**Palabras clave:** ajuste socioemocional, esquizofrenia, hospital parcial.

## MARCO TEÓRICO

La esquizofrenia es un síndrome clínico con una presentación clínica variable, crónica y extremadamente problemática, que afecta la cognición, las emociones, la percepción y otros aspectos del comportamiento. El efecto del daño en estas áreas es variable de paciente a paciente, pero la mayor parte de las veces es grave y prolongado. Normalmente se concibe la esquizofrenia como un solo trastorno, aunque probablemente comprende un grupo de trastornos con etiologías heterogéneas, y esto incluye a pacientes cuyas presentaciones clínicas, respuestas al tratamiento y evolución de la enfermedad son distintos.

Históricamente se encuentran descripciones sobre los síntomas que hoy en día se suelen observar en los pacientes con esquizofrenia. Desde principios del siglo XIX, Benedict Morel utilizó el término de demencia precoz, como una forma de describir el marcado deterioro cognitivo que tiene lugar en los pacientes tras un inicio temprano de la enfermedad. Posteriormente, dos médicos que influyeron de manera importante en la descripción fueron Emil Kraepelin y Eugene Bleuler, siendo este último quien utilizó por primera vez el término esquizofrenia y describió los síntomas fundamentales específicos de este trastorno, comúnmente denominados como “las cuatro A”: Asociación laxa, afecto alterado, autismo y ambivalencia. 1, 2

Se ha considerado que la prevalencia de la esquizofrenia se ha mantenido constante a lo largo del tiempo y de áreas geográficas donde se estudia, siendo este alrededor del 1 al 1.9%; en México la prevalencia de este trastorno es del 1 al 2% tanto en hombres como en mujeres. La incidencia anual oscila entre un 0.5 a 5.0 por cada 10,000 personas, con solo algunas variaciones tales como una mayor incidencia entre las personas nacidas en las zonas urbanas de los países industrializados.

Tiene la misma prevalencia tanto en hombres como en mujeres, pero el inicio y la evolución varía entre los sexos; la edad durante la cual suele iniciarse la enfermedad es entre los 15 y los 25 años en hombres y entre los 25 y 35 años en mujeres, con más del 50% de los varones requiriendo hospitalización por este trastorno antes de los 25 años de edad. El inicio de la esquizofrenia antes de los 10 años o después de los 60 es muy poco frecuente, por lo que ante estas circunstancias el clínico deberá pensar en diagnósticos alternativos. 2, 3

En cuanto a la etiología se han considerado igualmente otros factores importantes, entre los que se incluyen complicaciones obstétricas y perinatales que conllevan hipoxia neonatal, el nacimiento durante el invierno y la primavera, la edad paterna avanzada, especialmente cuando éste es mayor de 60 años; el maltrato físico, el abuso sexual, la violencia intrafamiliar, con datos que sugieren que un patrón familiar específico podría influir en la presencia de la enfermedad; el traumatismo craneoencefálico, la orfandad, entre otros. 1, 2

Se ha documentado una heredabilidad de la esquizofrenia de hasta el 70%, lo que sugiere la importancia de los factores genéticos en la presentación de esta enfermedad. Debido a esto, el factor de riesgo más importante es la presencia de la enfermedad en la familia: si el familiar afectado es de primer grado el riesgo de que la progenie padezca el trastorno asciende al 10%, y si son dos aumenta al 48%. Esto igual ha sido demostrado por estudios de adopción, en los que se ha observado que la esquizofrenia es más frecuente en niños de madres con esquizofrenia que han sido adoptados; otros estudios también documentan que el riesgo de que niños cuya madre era esquizofrénica también desarrollen la enfermedad, no cambia independientemente si son criados por su familia biológica o adoptiva. No obstante, los estudios han fallado en encontrar un solo gen responsable, lo cual concuerda

con la mayoría de las enfermedades psiquiátricas complejas, en las que se considera que son un conjunto de genes, cada uno con un efecto pequeño, los que podrían en conjunto explicar gran parte de la enfermedad. 2, 4

Las alteraciones neurológicas que se encuentran en la esquizofrenia son múltiples y abarcan desde vías neuronales, alteraciones en la corteza y en diversos sistemas de neurotransmisores.

Una de las alteraciones más investigadas en la esquizofrenia es la relacionada con el sistema dopaminérgico. Inicialmente se hizo énfasis en el rol de la hiperdopaminergia especialmente en la vía mesolímbica como una forma de explicar los síntomas positivos de la enfermedad. No obstante, después se reconoció también que esta hiperdopaminergia coincidía igual con una hipodopaminergia en áreas prefrontales, a lo cual se atribuyó los síntomas negativos. Sin embargo, pronto se hizo evidente que estas hipótesis se enfocaban de forma muy estrecha a la dopamina, excluyéndose otros sistemas neurotransmisores como el GABA, Glutamato, así como otras influencias tales como las drogas de abuso, las alteraciones genéticas y el estrés y las modificaciones epigenéticas tales como la metilación y la acetilación. 5

Es un hecho que los pacientes con esquizofrenia presentan, comparados con controles, alteraciones consistentes en un aumento en las concentraciones de dopamina sináptica, aumento en la liberación de la misma cuando se administran anfetaminas, así como un aumento en la capacidad basal de síntesis de este neurotransmisor, lo cual está determinado por un aumento en la captación de L-DOPA. 6, 7

Desde hace algunos años se ha reconocido a la esquizofrenia como un trastorno del neurodesarrollo o, incluso, como un conjunto de fallas en el neurodesarrollo que involucra a los circuitos cerebrales. Desde un punto de vista estructural se observa una disminución del volumen cortical con una consecuente dilatación de los ventrículos laterales; se observa igual displasia en la corteza entorrinal, desorganización de neuronas hipocampales y alteraciones en la distribución de las células gliales, disminución del soma y las dendritas de las neuronas de la corteza frontal dorsolateral, células de Purkinje del cerebelo y piramidales del hipocampo. Son evidentes alteraciones en la simetría del cerebro, especialmente en los lóbulos temporales y frontales, así como alteraciones en el sistema límbico, con una disminución del tamaño de la región formada por el núcleo amigdalino, el hipocampo y la circunvolución parahipocámpica. 2, 8

Estas alteraciones empiezan desde edades tempranas. Estudios recientes han demostrado fallas en un grupo específico de neuronas inhibitorias, denominadas neuronas parvalbúmina, encargadas de regular el curso del neurodesarrollo posnatal dependiente de la plasticidad de la corteza cerebral, incluidas las áreas ya mencionadas de la corteza prefrontal. La evidencia sugiere que el estrés oxidativo, el déficit de la matriz extracelular y una inervación glutamatérgica alterada pueden contribuir a la alteración en las neuronas parvalbúmina con la consecuencia de fallas en la poda sináptica de las neuronas piramidales que ocurre en la adolescencia. Específicamente, la matriz extracelular interacciona con las células gliales y las terminales pre y postsinápticas, para regular diversos aspectos funcionales de la plasticidad sináptica. Las fallas en esta denominada “sinapsis tetrapartita” pueden derivar en una poda excesiva y de este modo contribuir al inicio de la esquizofrenia a

través de alteraciones en la integridad, estabilidad y fidelidad de las conexiones en la corteza prefrontal. 9, 10

Las regiones subcorticales tienen un rol crítico en las funciones cognitivas, afectivas y en las funciones sociales de los humanos. Las reducciones en el volumen de estas regiones pueden afectar las funciones sociales de los pacientes con esquizofrenia. Se han observado reducciones en el volumen de la amígdala y el tálamo, así como aumentos en el volumen del caudado derecho, el putamen bilateral, el globo pálido bilateral, incluso cuando se elimina el efecto de los medicamentos sobre estas estructuras cerebrales. Estas alteraciones se relacionaron con la funcionalidad cognitiva global, concluyéndose que las reducciones de las estructuras temporolímbicas (hipocampo y amígdala) afectan las funciones cognitivas en pacientes con esquizofrenia y, por lo tanto, su funcionalidad social. 11

Con lo anterior, se comprende que la esquizofrenia frecuentemente sea descrita como un trastorno de la cognición, entendiendo a las funciones cognitivas como aquellas integradas en los niveles más altos de la organización cerebral, y mediadas por centros específicos del cerebro, caracterizados por tener más aferencias que eferencias, siendo lugares en donde convergen múltiples sistemas sensoriales, motores y propioceptiva. Estos centros son el hipocampo, la ínsula, la corteza cingulada anterior, todos ellos involucrados en la integración, orquestación y secuenciación de las funciones cognitivas que permiten un adecuado comportamiento humano y dan lugar al procesamiento consciente de conductas dirigidas a objetivos. 12

Las alteraciones cognitivas que tienen lugar en la esquizofrenia se dan en múltiples dominios tales como la memoria episódica, velocidad de procesamiento, la fluencia verbal, la

atención y las funciones ejecutivas. Todo lo anterior requiere una integración adecuada de múltiples áreas cerebrales, y en esto la sustancia blanca tiene un rol capital. Al encontrarse alterada la microestructura de la misma desde fases premórbidas, se traduce en una pobre adaptabilidad social y una marcada disminución en las habilidades ocupacionales de los pacientes con esquizofrenia. 13

La cognición también se ve influenciada por factores genéticos. Entre los múltiples dominios cognitivos, la heredabilidad tiene su máxima expresión en la inteligencia y la memoria de trabajo. Las interacciones entre los genes y el medio ambiente influyen de igual manera en la cognición, de manera que los déficits en la memoria de trabajo que se observan en pacientes esquizofrénicos pueden explicarse en gran medida por factores genéticos que influyen en la neuro plasticidad, tales como el gen DISC1. 14

La memoria de trabajo es una función cognitiva fundamental que se encuentra alterada en los pacientes con esquizofrenia. Se ha observado que los déficits en la memoria de trabajo están presentes incluso antes de que los síntomas positivos se hagan evidentes, llegando a ser persistentes y pudiendo explicar en parte la presencia de otras alteraciones cognitivas en estos pacientes. De hecho, la habilidad cognitiva, entre la que se incluye la memoria de trabajo, es el mejor predictor de la funcionalidad, entre la que se incluye la laboral, la reintegración a la sociedad o el riesgo de recaídas.

La memoria de trabajo depende en gran medida de la integridad y la adecuada activación de áreas prefrontales; considerándose que un aspecto esencial es la capacidad de sincronizar la actividad neuronal en frecuencias gamma, que van de 30 a 80 Hz. Los

individuos con esquizofrenia muestran activaciones prefrontales alteradas y una disminución de las oscilaciones gamma durante tareas que requieren de la memoria de trabajo. 15

El deterioro en las funciones cognitivas y en la inteligencia son características que afectan negativamente a la funcionalidad social de los pacientes con esquizofrenia. Se ha observado, que si bien la mayor parte (hasta un 70%) de los pacientes presentan una disminución en su inteligencia durante la evolución de su enfermedad, el 30% de los pacientes tienen solo un deterioro mínimo, siendo importante identificarlos para ofrecerles estrategias específicas tales como servicios terapéuticos especiales y servicios comunitarios que les permitan reintegrarse socialmente. 16

En su evolución, la esquizofrenia atraviesa por distintas etapas: una fase prodrómica, que puede durar meses e incluso años, y se caracteriza por aislamiento social, cambios en el comportamiento y en las reacciones emocionales, con un marcado deterioro de la atención y el pensamiento. Posteriormente se presenta una fase activa, donde es característica la presencia de síntomas positivos: alucinaciones e ideas delirantes, con síntomas negativos y de desorganización, cuyo curso puede ser intermitente, con múltiples episodios de exacerbación sintomática. Finalmente, la enfermedad tiende al deterioro, con una fase residual cuando es posible que ya no se presenten episodios agudos, predominando los síntomas negativos y de deterioro cognitivo. 17

La CIE-10 fija los siguientes **criterios diagnósticos** para la **Esquizofrenia**:

- A) Al menos uno de los síndromes, signos o síntomas listados en el apartado ( I ) o bien por lo menos 2 de los síntomas y signos listados en (II )deben haber estado presentes ,



la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica por lo menos 1 mes de duración:

(I) Por lo menos uno de los siguientes:

- a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia, o pasividad, referidas claramente al cuerpo, movimientos, pensamientos, acciones, o sensaciones o percepciones delirantes.
- c) Voces alucinatorias que comentan, discuten, u otras voces que provienen de otras partes del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propios de su cultura y que son inverosímiles.

(II ) Al menos 2 de los siguientes :

- a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad con ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro o ideas sobrevaloradas, o de presentación diaria por un mes. b) Neologismos, interceptación o bloqueo del pensamiento que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.
- c) Conducta catatónica.
- d) Síntomas Negativos: Apatía, pobreza mímica, embotamiento, o incongruencia ideo afectiva.

B) Criterios de exclusión: 01) Si hay criterios que dan manía o depresión, los síntomas esquizofrénicos deben haberse presentado antes que los síntomas del humor. 02) El

cuadro psicótico no es atribuible a causa orgánica cerebral o a intoxicación, dependencia o abstinencia relacionados a alcohol u otras drogas.

C)

Una de las características clínicas que mayor importancia tiene en los déficits de interacción social y en el pronóstico funcional de los pacientes con esquizofrenia son los síntomas negativos. La noción de este conjunto de síntomas ha evolucionado a través de los años, integrándose actualmente en dos dominios principales: 1) Expresión emocional disminuida, que incluye aplanamiento afectivo y pobreza en el lenguaje; y 2) “abolición” que abarca la amotivación, disminución en la sociabilidad, y la anhedonia.

Existe una relación estrecha entre este conjunto de síntomas y una cognición social inadecuada, lo cual deriva en una marcada afeción a la funcionalidad de los pacientes cuando son sometidos a las exigencias de la vida diaria, viendo entonces limitado su desenvolvimiento en áreas laborales, académicas e interpersonales. 18, 19

Los pacientes con esquizofrenia experimentan severos déficits en la función social, los cuales están presentes incluso previo a que los síntomas psicóticos sean evidentes. Si bien los síntomas positivos y negativos son factores importantes para esas fallas sociales, también intervienen otros factores tales como la presencia de esquizotipia (conceptualizada como la manifestación subclínica de los factores biológicos que dan lugar a la esquizofrenia y a los trastornos del espectro esquizofrénico), la empatía y la cognición social.

Están bien establecido que las dificultades en el ámbito social presentes en pacientes con esquizofrenia son causadas, en gran medida, por estos déficits en la cognición social, los

cuales incluirían un conjunto de habilidades tales como la regulación emocional, la autorregulación y la teoría de la mente (la capacidad para entender el estado mental de los otros). Estas habilidades tienen su sustrato en áreas neurobiológicas específicas, entre las que se encuentran principalmente la corteza medial orbitofrontal, la cíngulada anterior, la corteza prefrontal medial.

Al existir alteraciones funcionales en estas áreas, existen fallas neurocognitivas que interfieren en el ajuste socioemocional de estos pacientes, dado que se ven afectadas precisamente las funciones cognitivas indispensables para un adecuado ajuste e integración social. 20, 21.

Es frecuente que los pacientes con esquizofrenia presenten una mayor prevalencia de consumo de sustancias, siendo la prevalencia a lo largo de la vida de alrededor del 47 al 50%. El alcohol es la sustancia que más se consume en este grupo de pacientes, con la consecuencia de aumentar el número de hospitalizaciones y los síntomas psicóticos. Es seguida por el cannabis, sustancia con la cual se ha reportado un riesgo aumentado de desarrollar esquizofrenia, cuando se compara con individuos que no la consumían. Adicionalmente, el consumo de tabaco se ha reportado con prevalencias que van del 60% hasta tan altas como el 90%. La ingesta de anfetaminas, cocaína y otras drogas con elevadas repercusiones en el sistema dopaminérgico y en los circuitos de recompensa también son factores de riesgo para exacerbar la sintomatología psicótica y, por lo tanto, el pronóstico de los pacientes. 22, 23

El tratamiento de la esquizofrenia debe basarse en un doble abordaje que incluya terapias farmacológicas y no farmacológicas.

Los fármacos antipsicóticos, que iniciaron con la clorpromacina desde 1953, marcaron un punto de partida para el manejo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. A partir de entonces se han desarrollado fármacos catalogados como de primera generación, que incluyen al haloperidol, perfenazina, trifluoperazina, levomepromazina, entre otros. Los principales efectos secundarios de estos medicamentos son los síntomas extrapiramidales, la hiperprolactinemia y, a largo plazo, el incremento en el deterioro cognitivo; así mismo, si bien se observó que eran eficaces para el control de los síntomas positivos, el beneficio sobre los síntomas negativos era escaso.

Los antipsicóticos de segunda generación incluyen a la risperidona, olanzapina, quetiapina, amisulprida, aripiprazol y clozapina, siendo esta última la que mejor representa la modificación en el mecanismo de acción de estos fármacos, al bloquear no únicamente los receptores dopaminérgicos, sino también múltiples receptores serotoninérgicos, muscarínicos e histamínicos. Estos fármacos teóricamente ofrecen un beneficio sobre los síntomas negativos, pero a expensas de un mayor daño metabólico, al incrementar marcadamente el riesgo de síndrome metabólico. 1, 2

Si bien el tratamiento farmacológico es una piedra angular en el tratamiento de la esquizofrenia, especialmente para el tratamiento de la psicosis aguda, en la actualidad se ha planteado que la recuperación de los pacientes con esquizofrenia debe considerar no solo la

remisión de los síntomas psicóticos positivos, sino también áreas funcionales, vocacionales, interpersonales, que faciliten al paciente una vida independiente.

Para esto, es necesario que se implementen otras estrategias no farmacológicas para el abordaje integral de los pacientes. Entre estas deben incluirse aspectos psicoeducativos y psicoterapéuticos para el paciente y su familia, tratamientos de rehabilitación cognitiva y estrategias de reintegración social, que permitan a los pacientes la adquisición de estrategias y habilidades sociales e interpersonales para afrontar las dificultades que enfrentan en las áreas laborales e interpersonales que surgen como consecuencia de las múltiples fallas cognitivas y emocionales que persisten aun cuando los síntomas positivos han sido controlados. 24

Los Hospitales parciales u Hospitales de día surgen como una estrategia terapéutica para enfrentar esta alta disfunción psicosocial que presentan los pacientes con esquizofrenia. Funcionan como establecimientos de servicios comunitarios formales de salud mental, cuyo objetivo esencial es evitar las hospitalizaciones innecesarias, ofrecerle al paciente una rehabilitación y reintegración a la comunidad, prestar atención de seguimiento, apoyo y psicoeducación a las familias, con la ventaja de evitar la disrupción de la vida del paciente al hospitalizarlo y llevando a cabo el tratamiento en un ambiente menos restrictivo que reduce el estigma asociado a la hospitalización psiquiátrica. 25

El servicio de hospital parcial del Hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, ofrece atención médica psiquiátrica multidisciplinaria para la rehabilitación de personas con

trastornos mentales. Su objetivo es buscar favorecer una mejor funcionalidad y reintegración a la vida laboral, social y familiar, que involucre el trabajo con familiares y pacientes.

Es una forma de tratamiento ambulatorio que incluye los principales métodos diagnósticos y terapéuticos: médico psiquiátricos y psicosociales, donde se plantea una estrategia de abordaje que incluye acciones de índole preventivas, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, orientado a pacientes que han presentado o presentan síntomas psicóticos sin importar el diagnóstico. Manteniendo siempre un trato humano y digno al paciente y su familia.

Quienes padecen algún trastorno mental han sido identificados desde hace mucho tiempo como personas cuyas capacidades adaptativas y de contender con la realidad están alteradas, lo cual les hace perder la efectividad y eficacia de sus relaciones familiares, sociales, escolares y laborales, significando para ellos su relegación en un medio de competitividad y nula funcionalidad. Dada la presencia de estas alteraciones y el sustrato neurobiológico estudiado en investigaciones recientes, se considera que es de utilidad la escala que se aplica en el presente estudio, la cual evalúa el ajuste socioemocional, ya que evalúa precisamente las áreas que se encuentra afectadas en esta población, y que son de importancia capital para un adecuado ajuste, integración y desarrollo social, tales como son la empatía, la consideración hacia los demás, el dominio de sí mismo, la experiencia subjetiva de distrés y la defensividad.

Hospitalización parcial juega un papel importante en el proceso de transición que presentan los pacientes que han sido hospitalizados de manera continua y que al regresar al

medio en donde habitan, necesitan de un espacio donde puedan prepararse para retomar su funcionalidad y desempeñarse en las responsabilidades que les corresponden (familia, escuela y/o trabajo), además de significar una opción de tratamiento para aquellos pacientes que requieren de un abordaje estrecho e intensivo, donde su tratamiento incluye a la familia.

La familia mantiene una estrecha interacción con el paciente. El ambiente y los vínculos dentro de la familia pueden ser generadores de recaídas o bien favorecer una participación activa como agentes terapéuticos. La integración de la familia a las actividades psicoeducativas y terapéuticas favorece un cambio de actitud hacia el paciente, le concientiza y sensibiliza al respecto a su relación con el mismo, logrando incidir en una mejor calidad de vida tanto para el paciente como para la familia.

Los objetivos principales de este servicio dentro de nuestra institución son: favorecer un mejor control de la sintomatología psicótica, fomentar una conciencia de enfermedad y reforzar la aceptación de medicamentos, promover la rehabilitación integral en lo biológico, psicológico y social hasta donde la posibilidad de cada paciente lo permita, e incidir en la disminución de recaídas y reingresos hospitalarios.

Este servicio cuenta con las siguientes actividades: atención terapéutica individual, grupos psicoeducativos para pacientes y familiares, terapia cognitivo conductual de emoción expresada para familiares, psicoterapia de grupo, psicodrama, cine debate, afrontamiento de problemas, talleres de literatura y teatro y actividades lúdicas.

Para ingresar a hospital parcial se debe acudir con formato de canalización elaborado por el médico tratante de su última consulta u hospitalización, o bien, hoja de referencia de otra institución de salud mental. El paciente y/o familiar acudirán a solicitar y agendar una cita

par consulta de valoración de primera vez, en la cual se decidirá su ingreso o canalización a consulta externa u otro servicio del hospital u otra institución. De ser aceptado deberá firmar la solicitud de ingreso voluntario. La asistencia a este programa es de 3 días a la semana o 2 días el fin de semana.

Una vez realizado el ingreso se diseña un cronograma de actividades terapéuticas, psicoeducativas, ocupacionales y de rehabilitación. Incluyendo la participación de la familia, que deberá acudir durante su permanencia en el servicio.

En el Hospital Parcial no se cuenta con una estadística que incluya la evolución socioemocional de los pacientes con esquizofrenia, y que considere el cambio o la mejoría que esta población presente durante el curso de su tratamiento en dicho servicio.

## **MÉTODO**

### **Justificación**

La esquizofrenia es un trastorno crónico que genera una marcada morbilidad en aquellos individuos que la padecen. La disfunción que los pacientes presentan durante el curso de esta enfermedad está condicionada por múltiples factores tales como alteraciones neurocognitivas, los síntomas positivos y en mayor medida los negativos tales como el aislamiento, la apatía y la anhedonia social; también influye el deterioro cognitivo condicionado por la enfermedad y por las múltiples recaídas que pueden presentar.

Lo anterior se ve reflejado en el pobre funcionamiento social e interpersonal que los pacientes llegan a alcanzar. Al iniciar en edades escolares o a principios de la edad adulta, este trastorno influye en un pobre rendimiento laboral, y en que los pacientes muchas veces



vean mermada su adaptación o afrontamiento ante los estresores, lo que influye negativamente en su capacidad para mantenerse en un empleo, y en la adquisición de adecuadas habilidades sociales.

Además del tratamiento farmacológico, una de las opciones más importantes para los pacientes con esquizofrenia es el Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, cuyo objetivo no es únicamente el manejo de los síntomas psicopatológicos, sino también brindar la posibilidad de que los pacientes adquieran una mejor y mayor autonomía y estrategias de adaptación al entorno a través de un proceso continuo y gradual junto con el apoyo de sus familias.

Al conocer esta información se brindará a los médicos tratantes un enfoque biológico, psicológico y social que resultará en beneficio de los pacientes, al valorar los cambios que se dan en los pacientes en estos rubros tras el seguimiento en el servicio de Hospital Parcial, que al contar con un programa de tratamiento y seguimiento durante un año, da la oportunidad de evaluar a los pacientes de forma constante y cercana.

### **Planteamiento del problema**

Dado que la esquizofrenia tiene un gran impacto negativo sobre las funciones neurocognitivas, el ajuste emocional y el funcionamiento social de los pacientes, es importante que se conozca la forma en la que éstos mejoran al ser incluidos en modelos específicos para incidir en estos aspectos de su trastorno. Así mismo, en la literatura se han reportado diversos factores que van en detrimento de los pacientes, y que pueden ser objeto de intervenciones que disminuyan su influencia.

Uno de los modelos que persigue el objetivo arriba mencionado es el Hospital Parcial o el Hospital de día.

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez cuenta con este modelo, el cual ofrece atención integral a los pacientes con trastornos psicóticos crónicos, con un seguimiento regular y constante, con la finalidad de que adquieran mayores niveles de autonomía y capacidades de ajuste a su medio social.

Al evaluar precisamente los aspectos centrales del ajuste socioemocional, que incluyen la experiencia subjetiva al estrés, la tendencia de los individuos a sentirse insatisfechos consigo mismos, la percepción de su capacidad para lograr los resultados deseados, así como otras variables socioemocionales tales como el autocontrol. Se aplicó el Inventario de Ajuste socioemocional de Weinberger a 50 pacientes que ingresaron al Hospital Parcial y se les reevaluó con la misma herramienta tras seis meses de seguimiento en dicho servicio. Este Inventario está diseñado para evaluar el ajuste socioemocional a largo plazo, y no únicamente los síntomas de forma aguda.

### **Pregunta de investigación**

¿Existe diferencia estadísticamente significativa en el grado de ajuste socioemocional en los pacientes que ingresan a hospital parcial y el grado de ajuste en los mismos pacientes tras seis meses de seguimiento?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

- Determinar los cambios en el ajuste socioemocional que presenta un grupo de pacientes con esquizofrenia tras un seguimiento durante seis meses en el servicio de Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

### **Objetivos particulares**

- Evaluar la eficacia del tratamiento en pacientes con esquizofrenia que se encuentran en seguimiento en Hospital Parcial a través de la evaluación del grado de ajuste socioemocional de estos.
- Describir los cambios en el grado de ajuste socioemocional en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en relación al tiempo de tratamiento en el servicio de Hospital Parcial.
- Describir los aspectos sociodemográficos en la población de estudio.

## **Hipótesis**

Hi: Los pacientes con esquizofrenia presentaran cambios en el grado de ajuste socioemocional tras seis meses de seguimiento en el servicio de Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Ho: Los pacientes con esquizofrenia no presentaran cambios en el grado de ajuste socioemocional tras seis meses de seguimiento en el servicio de Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

## Definición operacional de las variables

Tabla 1

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION PERACIONAL	NIVEL DE DETECCIÓN	INDICADOR
<b>Ajuste socioemocional</b>	Grado en que un individuo se adapta a los diferentes factores estresantes a los que está impuesto.	Consta de una dimensión afectiva, y otra que evalúa el grado de contención o dominio que un individuo tiene de sí mismo. Con el inventario de ajuste socioemocional de Weinberger (WAI)	Dependiente, intervalar, cualitativa.	Consta de 62 ítems agrupados en 2 partes y 3 factores (Distrés, contención y defensividad)
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Pertenece al participante	Intervalar Cuantitativa	AÑOS: - 18 – 29 - 30 – 45 - 46 – 59
<b>Escolaridad</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Pertenece al participante	Intervalar y cuantitativa	Años de estudio formal: - MÁS DE 9 AÑOS - 9 AÑOS
<b>Sexo</b>	Características fenotípicas	Pertenece al participante	Independiente Cualitativa	MASCULINO FEMENINO

## **Muestra y muestreo:**

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se seleccionaron a los pacientes que ingresaron al servicio de Hospital Parcial del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante los meses de noviembre de 2018 a mayo de 2019 y que por temporalidad nos permitió realizar un seguimiento a seis meses en dicho servicio.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes que ingresen al servicio de Hospital Parcial y que tengan diagnóstico de Esquizofrenia.
- Pacientes que acepten ingresar al estudio y firmen la carta de consentimiento informado.
- Los participantes deberán de tener una edad entre 18 y 59 años.
- Los participantes deberán tener la secundaria completa como escolaridad mínima.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes que se encuentren con psicosis agudizada al momento de aplicar el Inventario de Ajuste de Weinberger.
- Pacientes que cuenten con antecedente de enfermedad neurológica.
- Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado.
- Pacientes que no cuenten con la secundaria completa como escolaridad mínima.

## **Criterios de eliminación**

- Pacientes que interrumpan su seguimiento en el servicio de Hospital Parcial.
- Pacientes que durante el seguimiento presenten exacerbación sintomática y requieran hospitalización.

## **Tipo de estudio**

Se trata de un estudio descriptivo, longitudinal, observacional y prospectivo. El estudio contribuye al área de epidemiología psiquiátrica.

## **Instrumento de medición**

Inventario de Ajuste emocional de Weinberger (WAI)

El WAI validado en México por Romo, Enriquez et. al. evalúa la capacidad general del ajuste socioemocional, el mismo fue validado y traducido en México por Romo, Enriquez et.al. El WAI constaba de 84 reactivos y se componía de tres factores, sin embargo tras la traducción y validación del mismo, el Inventario de Ajuste, en su versión en español, se compone por 62 reactivos divididos en dos partes, en las cuales se evalúan tres factores generales que cuentan a su vez con 10 subescalas en total: Experiencia subjetiva de distrés (ansiedad, depresión, baja autoestima y bajo bienestar) , dominio de sí mismo ( supresión de la agresión, control de los impulsos, consideración hacia los demás y responsabilidad) y defensividad (actitud defensiva y negación del distrés). Ambas partes de este instrumento están evaluadas en una escala Likert, de cinco opciones de respuesta: 1. Falso, 2, Más o menos falso, 3. No estoy seguro, 4. Más o menos verdadero, 5. Verdadero.

## **Procedimiento y recolección de datos**

En primer lugar, se solicitó la aprobación del proyecto de Tesis por parte del Comité de Ética en Investigación y de Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Posteriormente se procedió a seleccionar a los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que ingresaron al servicio de Hospital Parcial durante los meses de agosto de 2018 a noviembre de 2018. Se seleccionaron aquellos que cumplían los criterios de inclusión de este estudio.

A estos pacientes se les aplicó el Inventario de Ajuste de Weinberger con el fin de evaluar su grado de ajuste socioemocional al momento de su ingreso. Posteriormente se les invitó a tener un seguimiento a seis meses para continuar con la valoración. A estos mismos pacientes se les aplicó la misma escala tras 6 meses de tratamiento y seguimiento en el servicio de Hospital parcial.

## **Consideraciones bioéticas**

Este trabajo se basó en principios éticos que no dañen a los participantes, principalmente no implicó malestar o dolor en ellos, así mismo tendrá un riesgo mínimo y ningún costo. El trato que recibirán los participantes será digno y de respeto, con ello nos comprometemos al resguardo de la información obtenida durante el estudio.

Los principios éticos que se cuidaran durante la elaboración del estudio son:

1. Beneficencia: puesto que el interés principal del trabajo es encontrar una forma de prevenir una enfermedad crónica y que genere deterioro en el paciente.
2. No maleficencia: durante la realización ningún participante será perjudicado, se respetaran sus derechos fundamentales y no serán lastimados de ninguna forma.

3. Autonomía: los participantes elegirán si ingresan al estudio o si desean no continuar en el.
4. Justicia: todos los participantes que cumplan con los criterios de selección pueden participar en el estudio si así lo desean, nadie será discriminado por ninguna condición social, de raza o género.

Según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, este estudio se considera como:

**II. Investigación con riesgo mínimo:** Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación.



La información obtenida en este estudio es utilizada únicamente para fines de investigación, los datos de los pacientes no serán de uso del dominio público.

El valor científico de este estudio radica en que permite evaluar si los pacientes en seguimiento en la consulta externa presentan mejoría en las áreas de ajuste socioemocional, y el grado en que lo hacen.

El riesgo al que los pacientes están sometidos al estar en este estudio, según el Artículo 17 de la Ley general de Salud, está catalogado como Riesgo mínimo, debido a que únicamente se aplicaron encuestas diagnósticas.

El resguardo de la información está a cargo de los médicos tratantes y del responsable del estudio, permaneciendo toda la información obtenida bajo una estricta confidencialidad.

Los pacientes que participen en este estudio son beneficiados debido a que esta información permite valorar el grado en que un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico influye en la mejoría sintomática del trastorno depresivo mayor.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Una vez recolectada la información, se procedió a la estadística descriptiva para la presentación de los datos, según fueran cualitativos o cuantitativos.

Se determinó si hubo cambios en los factores incluidos en el Inventario de ajuste socioemocional de Weinberger tras seis meses de seguimiento en Hospital Parcial.

Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos del programa Excel para posteriormente exportarlos al programa estadístico SPSS.

De la muestra total, el número de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y formaron parte del análisis estadístico que se llevó a cabo fue de N= 50.

Los resultados se analizaron a partir de medidas de tendencia central y de dispersión, frecuencias, porcentajes y como prueba de comparación estadística se utilizó  $X^2$  en la cual se consideró un nivel de significancia estadística con un valor de  $p < 0.5$ .

Se comparó la muestra en las 2 evaluaciones que se realizaron en el tiempo en cada una de las categorías en las que se dividió la variable dependiente.

El análisis de datos fue realizado usando el software SPSS versión 22.

## RESULTADOS

La población de estudio fue de 50 pacientes, de los cuales 16 (32 %) eran mujeres y 34 (68%) hombres. En grupo de edad más frecuente fue el de 18 a 29 años, representando el 58% de la población de estudio. (Cuadro 1). Así mismo en la variable sociodemográfica de escolaridad se encontraron con un mayor porcentaje los pacientes con más de 9 años de estudios (66%).

Cuadro 1. Características sociodemográficas de la población de estudio.

---

VARIABLE	N (%)
<b>Sexo</b>	
Hombre	34 (68%)
Mujer	16 (32%)
<b>Grupos de edad</b>	
18-29 años	29 (58%)
30-45 años	14 (28%)
46-60 años	7 (14%)

---

---

**Escolaridad**

9 años	17 (34%)
> de 9 años	33 (66%)

---

En el Cuadro 2, se describe el estilo de ajuste socioemocional según el momento de las observaciones.

Cuadro 2. Estilo de ajuste socioemocional al ingreso y a los 6 meses.

---

VARIABLE	N (%)
----------	-------

---

**Estilo de ajuste al ingreso**

Sensibilizado	3 (6%)
Sobresocializado	47 (94%)

**Estilo de ajuste a los 6 meses**

Sensibilizado	1 (2%)
Sobresocializado	47 (94%)
Represivo	2 (4%)

---

En el cuadro 3, se encuentran recopilados los resultados de las variables contenidas en el instrumento utilizado (WAI) aplicada a la población de estudio mostrando significancia estadística.

Cuadro 3.- Instrumento de ajuste socioemocional

VARIABLES	INGRESO	6 MESES	TOTAL	Valor de p*
<b>Experiencia</b>				
<b>subjetiva de</b>				
<b>distrés</b>				
Alto	47	0	47	.05*
Bajo	1	2	3	
<b>Defensividad-</b>				
<b>contención</b>				
Alto	1	0	1	.002*
Bajo	48	1	49	

Prueba chi cuadrada. \* Valor de p < 0.0

En las figuras 1 y 2, se muestra el porcentaje de la subescala Contención o dominio de sí mismo al ingreso: moderado 3(6%) y bajo 47 (94%), el cual, a los 6 meses este fue alto 50 (50%).

Figura 1. Contención o dominio al ingreso de Hospital parcial. Primera observación de la muestra.

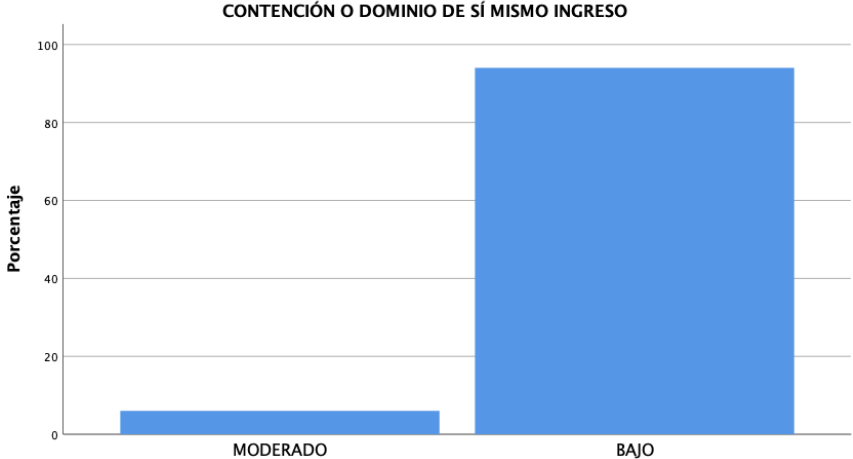


Figura 2. Contención o dominio a los 6 meses de tratamiento en hospital parcial. Segunda observación de la muestra.



## **DISCUSIÓN**

La esquizofrenia paranoide es un padecimiento que ocasiona deterioro importante y pérdida funcional condicionando dificultades en todos los aspectos que forman parte del ser humano, tales como la socialización, la vida laboral y el entorno familiar. Todo esto secundario a las principales afectaciones de este trastorno, que incide en la cognición, las emociones, la percepción y la conducta.

En la muestra se observó, coincidiendo con lo mencionado por Dodell-Feder et al. que las fallas cognitivas interfieren en el ajuste socioemocional de estos pacientes, dado que se ven afectadas precisamente las funciones indispensables para un adecuado ajuste e integración social, sin embargo, se observan cambios estadísticamente significativos tras 6 meses de seguimiento en hospital parcial.

Más de la mitad de los participantes de este estudio eran hombres, con un porcentaje del 68%; de igual manera ocurrió con el grupo de edad, con un 58% entre los 18 y 29 años.

En el estudio realizado por Chávez-León et al y la Asociación Psiquiátrica Mexicana en 2013, que se realizó en población mexicana, se muestra la misma prevalencia de la enfermedad tanto en hombres como en mujeres, sin embargo, el inicio y la evolución varía entre los sexos; comenzando entre los 15 y los 25 años en hombres y entre los 25 y 35 años en mujeres, con más del 50% de los varones requiriendo hospitalización por este trastorno antes de los 25 años de edad.

La mayor prevalencia en hombres dentro del estudio realizado puede deberse a que la presentación y agudización sintomática ocurre a menor edad en comparación con las mujeres, lo que permite su canalización a hospital parcial de forma temprana tras la hospitalización.

Respecto al estilo de ajuste socioemocional se observó una diferencia entre la medición al ingreso y la realizada a los 6 meses del tratamiento, de los cuales sobresocializado se mantuvo con el mismo porcentaje, sumándose a los 6 meses la característica de represivo.

Asimismo en la subescala de experiencia subjetiva de distrés, así como defensividad-contención resultaron estadísticamente significativas al paso de las observaciones en el tiempo per se del tratamiento llevado a cabo en el servicio de hospital parcial, resaltando esta investigación como pionera en el tema así como exitoso el tratamiento multidisciplinario del servicio en el que se realizó este estudio, cumpliendo con sus objetivos a través de la atención terapéutica individual, grupos psicoeducativos, terapia cognitivo conductual de emoción expresada para familiares, psicoterapia de grupo, psicodrama, cine debate, afrontamiento de problemas, talleres de literatura y teatro y actividades lúdicas, con lo que la implementación de dicho tratamiento integral es de gran importancia para el paciente con Esquizofrenia paranoide en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, que incluye la evolución socioemocional de los pacientes con esquizofrenia, y que considera el cambio o la mejoría que esta población presenta durante el curso de su tratamiento en dicho servicio.

## **CONCLUSIONES**

Con los resultados obtenidos en el estudio se respondió la pregunta de investigación ya que se observó una diferencia de manera positiva respecto al ajuste socioemocional entre los pacientes a su ingreso y a los 6 meses, lo cual permite concluir que el tratamiento en dicho servicio ha beneficiado a los pacientes del nosocomio en cuanto a los factores que toma en cuenta el WAI.



En el presente estudio se logró determinar que el tratamiento multidisciplinario en Hospital parcial ha sido exitoso para los pacientes que participaron en la investigación en cuanto los rubros tomados en cuenta, lo que les permite a los pacientes enfrentar y resolver de forma más adecuada frustraciones y estresores presentes en su vida cotidiana, tanto de forma individual como socialmente.

Los dominios del ajuste socioemocional que más se lograron modificar hacia la mejoría fueron la contención y el dominio de sí mismo. Los resultados reafirman la importancia de ampliar y explorar de manera adecuada y constante la evolución de los pacientes de Hospital parcial enfocados a estas áreas. Se observó que el padecimiento es más prevalente en hombres en el servicio de hospital parcial.

## **LIMITACIONES**

- Tamaño de la muestra
- No existe información o estudios en donde se haya utilizado el instrumento de ajuste socioemocional en pacientes con esquizofrenia paranoide.
- La patología persé es una limitación para dar continuidad a una muestra mayor de pacientes.
- Existe poca información sobre el uso del instrumento de ajuste socioemocional.

## **PERSPECTIVAS**

Existe una laguna de conocimiento respecto a la forma de evaluar de manera global el ajuste socioemocional para determinar de qué manera cambia o mejora a lo largo del tiempo en pacientes con esquizofrenia, incluso en poblaciones con otros trastornos o personas sanas.

Durante la investigación no se encontró un estudio específico que utilizara dicho instrumento en pacientes con esquizofrenia, por lo que sería de gran interés implementarlo ya que engloba gran parte de los aspectos que se ven afectados en estos pacientes.

Así mismo, valdría la pena conocer los cambios en los resultados del instrumento tras un año del tratamiento y seguimiento, al ser el tiempo establecido de duración del mismo en el servicio en el que se llevó a cabo la investigación.

Otras variables que podrían considerarse a futuro son el tipo de tratamiento farmacológico y su apego al mismo, pues esto llega a modificar la evolución y el grado de deterioro del paciente.

Igualmente, dentro de dicha población se llegan a presentar recaídas con agudización sintomática que requiere internamiento, tras el cual el paciente retoma las actividades de hospital parcial, tomando en cuenta que, con esta pausa en las actividades establecidas previamente, el curso y presentación de las variables estudiadas podrían verse modificadas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. 10° Edición. Editorial Wolters-Kluwer, España 2008.
- 2.- Chávez-León E. La psicopatología y su tratamiento por el especialista. 1° edición. Asociación Psiquiátrica Mexicana. México, 2013.
- 3.- Hales RE. Tratado de psiquiatría clínica. 5° edición. Editorial Masson. Barcelona, 2009.
- 4.- Henriksen MG, Nordgaard J, Jansson LB. Genetics of Schizophrenia: Overview of Methods, Findings and Limitations. *Front. Hum. Neurosci.* 2017. 11:322.
- 5.- Howes OD, Kapur S. The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III—The Final Common Pathway. *Schizophrenia Bulletin* vol. 35 no. 3 pp. 549–562, 2009.
- 6.- Howes OD, Kambeitz J, Kim E, Stahl D, Slifstein M, Abi-Dargham A, et al. The Nature of Dopamine Dysfunction in Schizophrenia and What This Means for Treatment. *Arch Gen Psychiatry.* Vol 69 (No. 8), Aug 2012.
- 7.- Kesby JP, Eyles DW, McGrath JJ, Scott JG. Dopamine, psychosis and schizophrenia: the widening gap between basic and clinical neuroscience. *Translational Psychiatry* (2018) 8:30
- 8.- Insel T. Rethinking schizophrenia. *Nature*, 11 november 2010, Vol. 468.
- 9.- Woo T-U. Neurobiology of Schizophrenia Onset. *Curr Top Behav Neurosci.* 2014 ; 16: 267–295.
- 10.- Chelini G, Pantazopoulos H, Durninga P, Berretta S. The tetrapartite synapse: a key concept in the pathophysiology of schizophrenia. *Eur Psychiatry.* 2018 April; 50: 60–69.
- 11.- Koshiyama D, Fukunaga M, Okada N, Yamashita F, Yamamori H, Yasuda Y, et al. Role of subcortical structures on cognitive and social function in schizophrenia. *Scientific Reports*, 2018. 8:1183.

- 12.- Strik W, Stegmayer K, Walther S, Dierks T. Systems Neuroscience of Psychosis: Mapping Schizophrenia Symptoms onto Brain Systems. *Neuropsychobiology* 2017;75:100–116
- 13.- Castro-de-Araujo LFS, Allin M, Picchioni MM, McDonald C, Pantelis C, Kanaan RAA. Schizophrenia moderates the relationship between whitematter integrity and cognition. *Schizophr. Res.* (2018), xxx–xxx.
- 14.- Tripathi A, Kar SK, Shukla R. Cognitive Deficits in Schizophrenia: Understanding the Biological Correlates and Remediation Strategies. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience* 2018;16(1):7-17.
- 15.- Green IW, Glausier JR. Different Paths to Core Pathology: The Equifinal Model of the Schizophrenia Syndrome. *Schizophrenia Bulletin* vol. 42 no. 3 pp. 542–549, 2016
- 16.- Ohi K, Sumiyoshi C, Fujino H, Yasuda Y, Yamamori H, Fujimoto M, et al. A Brief Assessment of intelligence Decline in Schizophrenia As Represented by the Difference between Current and Premorbid intellectual Quotient. *Frontiers in Psychiatry*. December 2017. Volume 8, Article 293.
- 17.- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª Edición. Editorial Panamericana. España 2014.
- 18.- Millan MJ, Fone K, Steckler T, Horan WP. Negative symptoms of schizophrenia: Clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment. *European Neuropsychopharmacology* (2014) 24, 645–692.
- 19.- Kaneko K. Negative Symptoms and Cognitive Impairments in Schizophrenia: Two Key Symptoms Negatively Influencing Social Functioning. *Yonago Acta Medica* 2018;61:091–102
- 20.- Aghvinian M, Sergi MJ. Social functioning impairments in schizotypy when social cognition and neurocognition are not impaired. *Schizophrenia Research: Cognition* 14 (2018) 7–13.
- 21.- Dodell-Feder D, Tully LM, Hooker CI. Social impairment in schizophrenia: New

approaches for treating a persistent problema. *Curr Opin Psychiatry*.2015 May; 28(3): 236–242.

22.- Crockford D, Addington D. Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie* 2017, Vol. 62(9) 624-634.

23.- Volkow ND, Swanson JM, Evins AE, DeLisi LE, Meier MH, González R. Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA Psychiatry*. February 2016.

24.- Lahera G, Gálvez JL, Sánchez P, Martínez-Roig M, Pérez-Fuster JV, García-Portilla P, et al. Functional recovery in patients with schizophrenia: recommendations from a panel of experts. *BMC Psychiatry* (2018) 18:176

25.- Román Zárate V, Cantillo Bermúdez Y, Salazar Murillo F. Duración del tratamiento que se brinda en el Hospital Diurno a adultos con esquizofrenia y su relación con las habilidades psicosociales. *Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica*. Edición Semestral. No 6, Abril2014-Septiembre 2014.

## ANEXOS

### Anexo A: Carta de información al jefe de servicio

México, D.F. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ 20\_\_

Jefe de Hospital Parcial

Presente

Por este medio le solicité la autorización para realizar el protocolo de estudio **“Evaluación del ajuste socioemocional de pacientes con esquizofrenia que ingresan a Hospital Parcial utilizando el Inventario de Ajuste socioemocional de Weinberger, en un seguimiento durante seis meses.”**, mismo que pretende llevarse a cabo con los pacientes que se encuentran en seguimiento en hospital parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

El estudio consistirá en la aplicación del Inventario de Ajuste de Weinberger a pacientes en seguimiento en este servicio.

Agradezco su apoyo y aprovecho para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

---

Adriana Pérez Gómez

Médico residente de cuarto año.

## **Anexo B: Consentimiento informado para los participantes**

**Evaluación del ajuste socioemocional de pacientes con esquizofrenia que ingresan a Hospital Parcial utilizando el Inventario de Ajuste socioemocional de Weinberger, en un seguimiento durante seis meses.**

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

I. Yo: \_\_\_\_\_ Declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de determinar mi grado de ajuste socioemocional durante un seguimiento de seis meses.

II. Se me ha informado que también se me aplicará un cuestionario de datos personales.

III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.

IV. Los resultados de estas mediciones ayudarán a saber las áreas socioemocionales que presentan una mayor disfunción actual.

V. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación

VI. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida.

VII. El presente estudio no tendrá ningún costo para los participantes.

VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados de mi desempeño en las pruebas son totalmente confidenciales.

Con fecha \_\_\_\_\_, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio.

Nombre y firma de Consentimiento \_\_\_\_\_

Nombre y firma de Testigo 1 \_\_\_\_\_

Nombre y firma de Testigo 2 \_\_\_\_\_

Para cualquier duda o aclaración usted puede comunicarse con:

**Dra. Adriana Pérez Gómez**

**Celular: 55 2713 1202**

**Correo electrónico: [adra1602@gmail.com](mailto:adra1602@gmail.com)**

## Anexo C: Inventario de ajuste socioemocional de Weinberger

### (WAI)

**INSTRUCCIONES:** El propósito de estas preguntas es entender cómo es usted o cómo se siente generalmente, no sólo en las semanas recientes sino durante el último año o más. Por favor lea cada enunciado cuidadosamente y seleccione el número que mejor le describa. Para cada enunciado, en la **Parte I** decida si es (1) FALSO o en su mayoría falso para usted; (2) MÁS O MENOS FALSO (i.e., más falso que verdadero); (4) MÁS O MENOS VERDADERO (i.e., más verdadero que falso); o (5) VERDADERO o en su mayoría verdadero. Si no puede decir realmente si en su mayoría verdadero o falso, escoja (3) NO ESTOY SEGURO.

Las preguntas de la **Parte II** se relacionan con la frecuencia en la que usted piensa, siente o actúa de cierta manera. Otra vez, queremos saber que es usual para usted incluso si no se ha sentido así en los dos últimos días o las semanas recientes. Después de leer cada enunciado cuidadosamente, por favor escoja que tan frecuente es verdadero: (1) CASI NUNCA o nunca, (2) POCO FRECUENTE, (3) ALGUNAS VECES, o en una cantidad promedio, (4) FRECUENTEMENTE, o (5) CASI SIEMPRE o siempre.

#### PARTE I

	1	2	3	4	5
	Falso	Más o menos falso	No estoy seguro	Más o menos verdadero	Verdadero
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Disfruto de la mayoría de las cosas que hago en la semana.	1	2	3	4	5
2. En ocasiones me propongo hacer algo pero al final realizo otra cosa.	1	2	3	4	5
3. Hay veces en las que no me siento muy orgulloso de qué tan bien he hecho las cosas.	1	2	3	4	5
4. No importa qué esté haciendo, normalmente me la paso bien.	1	2	3	4	5
5. Soy del tipo de personas que probará cualquier actividad sin importar lo insegura que sea.	1	2	3	4	5
6. Me siento inseguro de mi mismo.	1	2	3	4	5
7. Este año pasaron algunas cosas de las que me sentí desdichado en su momento.	1	2	3	4	5
8. Casi siempre hago lo que me piden.	1	2	3	4	5
9. Recuerdo alguna ocasión en la que me he sentido tan enojado con alguien que he sentido ganas de hacerle daño.	1	2	3	4	5
10. En los últimos años, ha habido muchas ocasiones en las que me he sentido insatisfecho o triste.	1	2	3	4	5
11. En general me considero una persona feliz.	1	2	3	4	5
12. He hecho cosas que son incorrectas y de las que me he arrepentido después.	1	2	3	4	5
13. Generalmente no permito que algo me moleste demasiado.	1	2	3	4	5
14. Recuerdo ocasiones en las que no me sentí bien conmigo mismo.	1	2	3	4	5



15. Hago un esfuerzo por controlar mis emociones aun cuando me estoy divirtiendo.	1	2	3	4	5
16. Hago más cosas fuera de la ley que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
17. En realidad me desagrada.	1	2	3	4	5
18. Generalmente me la paso bien cuando hago cosas en compañía de otras personas.	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	Falso	Más o menos falso	No estoy seguro	Más o menos verdadero	Verdadero
19. Cuando me pasa algo negativo nunca me entristezco.	1	2	3	4	5
20. A veces me siento tan mal conmigo mismo que me gustaría ser alguien más.	1	2	3	4	5
21. Soy del tipo de personas que sonríe y ríe mucho.	1	2	3	4	5
22. De vez en cuando me expreso mal de los demás a sus espaldas.	1	2	3	4	5
23. De vez en cuando rompo las promesas que he hecho.	1	2	3	4	5
24. De vez en cuando me he molestado por algo que más tarde pienso no era importante.	1	2	3	4	5
25. Todos cometen errores de vez en cuando.	1	2	3	4	5
26. La mayoría de las veces no me preocupo mucho por las cosas.	1	2	3	4	5
27. Soy del tipo de personas que se divierte mucho.	1	2	3	4	5
28. Hay ocasiones en las que no termino las cosas porque pierdo mucho el tiempo.	1	2	3	4	5
29. Me preocupo mucho por las cosas que no son importantes.	1	2	3	4	5
30. Hay ocasiones en las que no permito que la gente se entere de que he hecho algo malo.	1	2	3	4	5
31. Con frecuencia me siento triste o desgraciado.	1	2	3	4	5
32. Generalmente siento que soy el tipo de persona que quiero ser.	1	2	3	4	5
33. Pienso en los demás antes de hacer algo que no les guste.	1	2	3	4	5
34. Hago las cosas sin prestarles mucha atención.	1	2	3	4	5
35. Cuando se me presenta la oportunidad, tomo lo que quiero aunque no me pertenezca.	1	2	3	4	5
36. Si alguien trata de herirme, me aseguro de desquitarme.	1	2	3	4	5
37. Disfruto haciendo algo por los demás, incluso aunque no reciba nada a cambio.	1	2	3	4	5
38. Me siento de tan mal humor que sólo me detengo y no hago nada.	1	2	3	4	5
39. "Enloquezco" y hago cosas que a los demás puede no gustarles.	1	2	3	4	5
40. Hago cosas que en realidad son injustas para las personas que no me importan.	1	2	3	4	5
41. Hago trampa cuando sé que nadie se dará cuenta.	1	2	3	4	5
42. Cuando hago algo por diversión (por ejemplo, ir de fiesta, actuar tontamente), tiendo a seguirme de largo y llegar a los excesos.	1	2	3	4	5
43. Me aseguro que haciendo lo que quiero no le causaré problemas a nadie.	1	2	3	4	5
44. Rompo las leyes y las reglas con las que no estoy de acuerdo.	1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
45. Me siento un poco disgustado cuando alguien señala las cosas que he hecho mal.	1	2	3	4	5
<b>PARTE II</b>	(1) Casi Nunca o nunca	(2) Poco Frecuente	(3) Algunas Veces o en una cantidad promedio	(4) Frecuentemente	(5) Casi Siempre o siempre
46. Me gusta hacer cosas nuevas y diferentes aunque la mayoría de la gente consideraría raras o no muy seguras.	1	2	3	4	5
47. Antes de hacer algo, pienso en que no afecte a la gente de mi alrededor.	1	2	3	4	5
48. Si alguien hace algo que realmente no me gusta, le grito reclamándole.	1	2	3	4	5
49. La gente depende de mí pues sabe que puede confiar en que haré lo que debo.	1	2	3	4	5
50. Cuando estoy enojado pierdo el control y permito que la gente lo note.	1	2	3	4	5
51. Me siento tan desanimado e infeliz que nada me hace sentir mejor.	1	2	3	4	5
52. Hago cosas que sé que no están del todo bien.	1	2	3	4	5
53. Digo lo primero que se me viene a la mente sin detenerme a pensarlo.	1	2	3	4	5
54. Molesto a la gente que me cae mal.	1	2	3	4	5
55. Me da miedo que algo terrible me pase a mí o a la gente que quiero.	1	2	3	4	5
56. Si la gente hace cosas sin pedirme que los acompañe me siento rechazado.	1	2	3	4	5
57. Me esfuerzo mucho en no herir los sentimientos de los demás.	1	2	3	4	5
58. Me detengo a pensar las cosas antes de actuar.	1	2	3	4	5
59. Ofendo a las personas que me molestan.	1	2	3	4	5
60. Me aseguro de no meterme en problemas.	1	2	3	4	5
61. Me siento solo.	1	2	3	4	5
62. Cuando alguien me provoca, contesto a la provocación.	1	2	3	4	5

#### Anexo D: Declaratoria de interés

La autora declara que no existen conflictos de interés con el presente estudio.