

Abordajes y tratamientos contemporáneos para la esquizofrenia: Diagnóstico e Intervención Psiquiátrica

Nicolás Parra-Bolaños

nicolasparra@asociacioneducar.com

<https://orcid.org/0000-0002-0935-9496>

Laboratorio de Neurociencias y Educación, Asociación Educar para el Desarrollo Humano
Buenos Aires, Argentina

Pedro Carlos Martínez Suárez

pecarmas@gmail.com

Laboratorio Psicometría, Psicología Comparada y Etología (LABPPCE), Universidad Católica de Cuenca
Cuenca, Ecuador

Luís Alfonso Velásquez Pérez

luisvelasquezperez@gmail.com

CEMPED
Medellín, Colombia

RESUMEN

El objetivo de este estudio de revisión y de análisis crítico, consistió en la elaboración de una completa matriz de datos, en la que se recolectaron más de 300 artículos científicos, los cuales se fueron decantando tras varios procedimientos de rigor, a saber: que fuesen estudios evaluados por Pares, que contaran con ensayos clínicos o experimentales, que la representación de la información contenida y los métodos estadísticos fuesen sofisticados y de la más alta calidad y representatividad. Se revisaron las Bases de Datos Científicas de mayor reconocimiento a nivel mundial, además, se logró hacer un análisis comparativo entre diferentes metodologías y distintos abordajes dedicados a la esquizofrenia, permitiendo generar un manuscrito, con un nivel muy alto de profundidad en materia del impacto que la psiquiatría ha tenido históricamente en el estudio de la esquizofrenia y sobre cómo podría alcanzar mejores procedimientos e intervenciones, si es que consigue hacer trabajos transdisciplinarios con otras ciencias de la salud.

Palabras clave: esquizofrenia; psiquiatría; salud

Correspondencia: nicolasparra@asociacioneducar.com

Artículo recibido: 29 noviembre 2022. Aceptado para publicación: 29 diciembre 2022.

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están disponibles bajo

Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



Como citar: Parra-Bolaños, N., Martínez Suárez, P. C., & Velásquez Pérez, L. A. (2023). Abordajes y tratamientos contemporáneos para la esquizofrenia: Diagnóstico e Intervención Psiquiátrica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 13221-13238. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4324

Contemporary approaches and treatments for schizophrenia: Diagnosis and Psychiatric Intervention

ABSTRACT

The objective of this review and critical analysis study consisted in the elaboration of a complete data matrix, in which more than 300 scientific articles were collected, which were decanted after several rigorous procedures, namely: that they were studies evaluated by Peers, that had clinical or experimental trials, that the representation of the information contained and the statistical methods were sophisticated and of the highest quality and representativeness. The most recognized Scientific Databases worldwide were reviewed, in addition, it was possible to make a comparative analysis between different methodologies and different approaches dedicated to schizophrenia, allowing the generation of a manuscript, with a very high level of depth in terms of the impact that Psychiatry has historically had a role in the study of schizophrenia and how it could achieve better procedures and interventions, if it manages to do transdisciplinary work with other health sciences.

Keywords: schizophrenia; psychiatry; health

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia se asocia con importantes cargas sanitarias, sociales, ocupacionales y económicas como resultado de su inicio temprano y sus síntomas severos y a menudo persistentes según la American Psychiatric Association. A nivel mundial, la esquizofrenia es una de las 20 principales causas de discapacidad. Las cargas económicas asociadas con la esquizofrenia son altas, con un costo estimado de más de \$ 150 mil millones anuales en los Estados Unidos basado en datos desde el 2013. Pérdida de productividad debido al desempleo y los cuidados representan cada uno aproximadamente un tercio de los costos totales, y los costos directos de atención de la salud representan aproximadamente una cuarta parte de los costos totales. Se estima que la prevalencia de por vida de la esquizofrenia es aproximadamente 0,8%, aunque los hallazgos varían según la ubicación del estudio, las características demográficas de la muestra, el enfoque utilizado para la búsqueda de casos, el método utilizado para la confirmación del diagnóstico y el diagnóstico criterio utilizado (Nucifora, Woznica, Lee, Cascella & Sawa, 2019).

El cuadro clínico de esquizofrenia también se asocia con una mayor mortalidad, con una esperanza de vida más corta y estandarizados y con índices de mortalidad que se reportan entre dos y cuatro veces los de la población general. La comorbilidad común de otros trastornos psiquiátricos, incluidos los trastornos por consumo de sustancias, contribuye a la morbilidad y mortalidad entre las personas con esquizofrenia. Alrededor del 5% -11% de las personas con esquizofrenia mueren por suicidio, con tasas que son más altas entre los hombres en el curso temprano de la enfermedad. Las causas adicionales de muerte también incluyen otras causas no naturales, como accidentes y lesiones traumáticas, y condiciones físicas, tales como enfermedades y neoplasias malignas cardiovasculares, respiratorias e infecciosas, particularmente cáncer de pulmón. Aumentos en la morbilidad y mortalidad relacionados con la probabilidad de que la salud de las personas con esquizofrenia se asocie con factores como la obesidad, la diabetes, la hiperlipidemia, mayor uso de cigarrillos, compromiso reducido en el mantenimiento de la salud (por ejemplo, dieta, ejercicio), y las disparidades en el acceso a la atención médica preventiva y el tratamiento de las condiciones físicas (Lefebvre, Pavlidou & Walther, 2020).

El enfoque específico de la entrevista dependerá de muchos factores, incluida la capacidad del paciente para comunicarse, grado de cooperación, nivel de perspicacia,

gravedad de la enfermedad y capacidad para recordar antecedentes detalles como la alfabetización en salud del paciente y los antecedentes culturales también pueden influir en la comprensión o interpretación de las preguntas. Típicamente, una evaluación psiquiátrica involucra una entrevista entre el paciente y el médico. El uso de preguntas empáticas abiertas sobre las circunstancias de la vida actual del paciente y las razones para la evaluación puede proporcionar una imagen inicial del individuo y servir como una forma de establecer una buena relación. A estas preguntas se les puede dar seguimiento con una indagación estructurada adicional sobre la historia, los síntomas u observaciones hechas durante la evaluación (Horan & Green, 2019).

A lo largo del proceso de evaluación, es importante comprender los objetivos del paciente, su visión de su enfermedad y sus preferencias de tratamiento. Esta información servirá como punto de partida para la atención centrada en la persona y la toma de decisiones compartida con el paciente, la familia y otras personas. También proporcionará un marco para la recuperación, que ha sido definido como “un proceso de cambio a través del cual los individuos mejoran su salud y bienestar, vivir vidas autodirigidas y esforzarse por alcanzar su máximo potencial”, evidenciando que cuando hay abuso de sustancias psicoactivas, existe una alta probabilidad de aparición de problemas mentales. En consecuencia, las discusiones sobre las metas deben enfocarse más allá alivio de los síntomas y puede incluir objetivos relacionados con la educación, el empleo, la situación de vida, las relaciones, actividades de ocio y otros aspectos del funcionamiento y la calidad de vida (Keshavan, Collin, Guimond, Kelly, Prasad & Lizano, 2020).

La evolución de la psiquiatría en materia de diagnósticos para la esquizofrenia, resalta que, las preguntas sobre el paciente y sus puntos de vista pueden ayudar a determinar si el paciente es consciente de tener una enfermedad y si el paciente tiene otras explicaciones de los síntomas que les son útiles. Los pacientes pueden tener puntos de vista específicos sobre temas como medicamentos, otros enfoques de tratamiento, restricciones mecánicas o involuntaria para el tratamiento basado en experiencias previas de tratamiento. También pueden ser capaces de delinear estrategias que les han sido útiles para hacer frente o manejar sus síntomas en el pasado. Algunos pacientes habrán completado una directiva anticipada psiquiátrica, que es importante revisar con el paciente si existe (McCutcheon, Reis-Marques & Howes, 2020).

Los familiares, amigos y otras personas involucradas en la red de apoyo del paciente pueden ser una parte importante del equipo de atención del paciente y fuentes valiosas de información colateral sobre el motivo de la evaluación, la historia pasada del paciente y los síntomas y el comportamiento actuales. El alcance a familiares, amigos y otras personas en la red de apoyo típicamente ocurren con el permiso del paciente. En situaciones en las que al paciente se le da la oportunidad y no se opone, la información necesaria se puede compartir con miembros de la familia u otras personas involucrados en la atención del paciente o el pago de la atención (Faden & Citrome, 2019).

Cuando este es el caso, el paciente generalmente puede identificar a alguien en quien confía para proporcionar información adicional y, a menudo, están dispuestos a reconsiderar el contacto como tratamiento producto. También es útil discutir las razones por las que el paciente tiene preocupaciones sobre los contactos con la familia. En cuanto a los miembros u otras personas importantes en la vida del paciente, por ejemplo, un paciente puede desear evitar cargando a un ser querido, puede haberse sentido sin el apoyo de un miembro de la familia en particular en el pasado, o puede ser experimentando creencias delirantes que involucran a un familiar o amigo. Él o ella también puede querer limitar la información que los médicos reciben sobre tratamientos, síntomas o comportamientos pasados o recientes. Incluso cuando un paciente no quiere que se contacte a una persona específica, el médico puede escuchar la información proporcionada por esa persona, siempre que no se proporcione información confidencial al informante (Kronick, Sabesan, Burhan & Palaniyappan, 2021).

Dada la alta tasa de mortalidad que sigue aumentando en individuos con esquizofrenia y considerando el promedio de vida que se acorta en una década o más, existe una clara correlación con que gran parte de esta disminución esté vinculada con mayores tasas de condiciones físicas concurrentes. Los efectos adversos del tabaquismo para la salud también contribuyen a aumentar el riesgo de mortalidad entre individuos con esquizofrenia. Muchas otras condiciones son más frecuentes en individuos con enfermedad mental grave en general y esquizofrenia en particular incluyendo, pero no limitado a: mala salud oral; infección por hepatitis C; infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); apnea del sueño; obesidad; diabetes mellitus; síndrome metabólico; y enfermedad cardiovascular. Estos trastornos, si están presentes, pueden contribuir a mortalidad o reducción de la calidad de vida y algunos pueden ser

inducidos o exacerbados por medicamentos psiquiátricos. Las pruebas de laboratorio y el examen físico como parte de la evaluación inicial pueden ayudar a identificar condiciones concurrentes y puede servir como referencia para el seguimiento posterior durante el tratamiento (Patel, Huang, Wang, Paliwal & Joshi, 2022).

Aunque la mayoría de los pacientes comentar sobre medicamentos anteriores, psicoterapia u hospitalizaciones psiquiátricas si se le pregunta sobre el tratamiento antecedentes, es posible que se necesiten preguntas específicas para recopilar detalles de dichos tratamientos. La incitación puede ser necesaria para obtener información sobre las experiencias del paciente con otras intervenciones como rehabilitación psicosocial, empleo con apoyo, tratamiento comunitario asertivo, orden judicial tratamiento, tratamiento en prisión, tratamientos por uso de sustancias, terapias neuromoduladoras (p. ej., terapia electroconvulsiva (ECT), estimulación magnética transcraneal (TMS)), programas de 12 pasos, autoayuda grupos, curanderos espirituales y enfoques de tratamiento complementarios o alternativos. Bases de datos de farmacia y no es probable que las listas de medicamentos activos de los pacientes incluyan medicamentos inyectables de acción prolongada (LAI) (p. ej., antipsicóticos, naltrexona, buprenorfina) o implantes (p. ej., buprenorfina, anticonceptivos), medicamentos de venta libre, productos a base de hierbas o suplementos nutricionales. Para cada tipo específico de intervención que el paciente ha recibido, es útil saber más sobre la duración, el modo de entrega (por ejemplo, formulación, vía y dosis de medicamentos; formato, tipo y frecuencia de tratamiento para psicoterapia), respuesta (incluyendo tolerabilidad, cambios en la calidad de vida, nivel de funcionamiento y respuesta/remisión de los síntomas) y grado de adherencia (Bueno-Antequera & Munguía-Izquierdo, 2020).

La historia psicosocial repasa las etapas de la vida del paciente y puede incluir la atención al perinatal, eventos, retrasos en los hitos del desarrollo, historial académico y rendimiento (incluido el aprendizaje dificultades, intervenciones educativas especiales o medidas disciplinarias), antecedentes de relaciones e historial sexual, funcionamiento interpersonal (incluidos los roles sociales y familiares, como la crianza de los hijos), antecedentes ocupacionales (incluido el historial militar), historial legal e identificación de eventos importantes de la vida (p. ej., pérdida de los padres, divorcio, experiencias traumáticas, historial de migración) y factores estresantes psicosociales (por ejemplo, financieros, de vivienda, problemas legales, escolares/laborales o interpersonales/de

relación; falta de apoyo social; doloroso, desfiguración o enfermedad médica terminal). (Radaic & Martins-de-Souza, 2020).

La obtención de información sobre las redes familiares y de apoyo del paciente y las personas que brindan soporte servirán como base para trabajar en colaboración con el paciente y su red de apoyo. La historia cultural también enfatiza las relaciones, tanto familiares como no familiares, y el papel de importantes influencias culturales y religiosas en la vida del paciente. El examen del estado mental es una parte integral de la evaluación inicial. Sin embargo, para las personas con posible diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia, una investigación detallada de las alucinaciones y los delirios a menudo identificará experiencias psicóticas además de las preocupaciones que se presentan. Los síntomas negativos y el deterioro cognitivo son comunes e influyen fuertemente en los resultados de diagnósticos mucho más avanzados y con el uso de más tecnologías e instrumentos (Lisoway, Chen, Zai, Tiwari & Kennedy, 2021).

La evaluación de riesgos es otra parte esencial de la evaluación psiquiátrica inicial. Requiere sintetizar información recopilada en la historia y el estado mental examen e identificación de factores de riesgo modificables para conductas suicidas o agresivas que pueden servir como objetivos de intervención en la construcción de un plan de tratamiento. Las ideas suicidas son comunes en personas que han tenido una experiencia psicótica. Se estima que la muerte por suicidio ocurre en alrededor del 5% al 11% de las personas con esquizofrenia. En individuos con esquizofrenia, muchos de los factores de riesgo que contribuyen a los riesgos de suicidio o los comportamientos agresivos son los mismos factores que aumentan el riesgo en otros trastornos. por ejemplo, en personas con esquizofrenia, se ha asociado un mayor riesgo de conductas suicidas o agresivas con sexo masculino, ideación suicida expresada, antecedentes de intento de suicidio u otras conductas y la presencia de trastorno por consumo de alcohol u otro trastorno por consumo de sustancias (Correll & Howes, 2021).

Hay factores que se han identificado como un riesgo creciente de suicidio entre las personas con esquizofrenia, entre los cuales se incluyen: síntomas depresivos, desesperanza, agitación o inquietud motora, miedo a la desintegración, pérdida reciente, reciente diagnóstico u hospitalización, hospitalizaciones repetidas, alta inteligencia, edad joven y mala adherencia al tratamiento. Los delirios de persecución también pueden contribuir al riesgo de agresión, particularmente en ausencia de tratamiento o en

asociación con ira. Entre las personas con psicosis hay enfermedades asociadas, amenazas suicidas previas, afecto de ira, impulsividad, hostilidad, victimización violenta reciente, infancia el abuso sexual, la falta de adherencia a la medicación y un historial de tratamiento involuntario también se asociaron con un mayor riesgo de comportamiento agresivo. Otros factores asociados a un riesgo de agresión son similares a los hallazgos en individuos sin psicosis e incluyen sexo masculino, edad joven, acceso a armas de fuego, la presencia de uso de sustancias, lesión cerebral traumática, antecedentes de intento de suicidio u otras conductas relacionadas con el suicidio o conductas agresivas previas, incluidas las asociadas con consecuencias (Werner & Coveñas, 2021).

En un individuo con un posible trastorno psicótico, es importante una evaluación detallada para establecer un diagnóstico, reconocimiento de condiciones concurrentes (incluyendo trastornos por uso de sustancias, otros trastornos psiquiátricos) y otros trastornos de la salud física), identificando problemas psicosociales y desarrollando un plan de tratamiento que puede reducir los síntomas asociados, la morbilidad y la mortalidad. En cuanto a los daños, hay algunas personas pueden ponerse ansiosas, sospechosas o molestas si se les hacen varias preguntas durante la evaluación. Esto podría interferir con la relación terapéutica entre el paciente y el médico. Otra consecuencia potencial es que el tiempo utilizado para centrarse en una evaluación detallada, como se describe en la reducción del tiempo disponible para abordar otros temas de importancia para el paciente o de relevancia para el diagnóstico y la planificación del tratamiento. En lo relativo a las preferencias del paciente, no hay evidencia específica sobre las preferencias de los pacientes relacionados con la evaluación en individuos con posible trastorno psicótico, la experiencia clínica sugiere que la mayoría de los pacientes cooperan con y aceptando este tipo de preguntas como parte de una evaluación inicial (Torregrossa, Amedy, Roig, Prada & Park, 2022).

Para los pacientes con trastornos psicóticos, incluida la esquizofrenia, varios componentes del tratamiento inicial de la evaluación psiquiátrica tienen relevancia potencial para el desarrollo de medidas de calidad, aunque dicha calidad medidas no existen en la actualidad. Un primer paso para el desarrollo de medidas de calidad científicamente sólidas es la identificación de indicadores discretos que señalan la prestación de atención de alta calidad. Este paso puede ser difícil de lograr dada la amplitud del contenido dentro de la evaluación psiquiátrica inicial y la dificultad para

determinar los detalles de la evaluación a partir de gráficos o datos administrativos. Sin embargo, todavía puede ser posible usar la evidencia disponible y el consenso recomendado por expertos para desarrollar y especificar medidas de calidad del registro electrónico y de datos clínicos (Goh, Chen & Lane, 2021).

En la valoración de un paciente con un posible trastorno psicótico, las medidas cuantitativas también se pueden utilizar para ayudar a detectar y determinar la gravedad de la psicosis y síntomas asociados. La intención de usar una medida cuantitativa no es establecer un diagnóstico sino más bien para complementar otros aspectos del proceso de selección y evaluación. Dependiendo de medida, puede ayudar en la planificación del tratamiento al proporcionar una forma replicable estructurada para documentar los síntomas basales del paciente. También puede ayudar a determinar qué síntomas deben ser el objetivo de intervención basada en factores como la frecuencia de ocurrencia, la magnitud, el potencial de daño al paciente o a otros, y angustia asociada al paciente. A medida que avanza el tratamiento, el uso de medidas cuantitativas permite un seguimiento más preciso de si tratamientos no farmacológicos y farmacológicos están surtiendo el efecto deseado o si un cambio en el plan de tratamiento es necesario. Este registro de la respuesta de un paciente al tratamiento es de particular valor cuando el tratamiento no es estándar (p. ej., una combinación de antipsicóticos) o es costoso. También puede proporcionar información útil sobre los efectos reales de los tratamientos anteriores. Además, las calificaciones de los pacientes pueden compararse con las impresiones de los miembros de la familia sobre los efectos del tratamiento para aclarar el efecto longitudinal curso de la enfermedad del paciente (Leucht & Davis, 2022).

Gran parte de la investigación relacionada con el tratamiento en psiquiatría ha utilizado escalas calificadas por médicos para determinar resultados de los pacientes; sin embargo, las escalas calificadas por el paciente generalmente requieren menos tiempo para administrar las escalas calificadas por el médico. Además, proporcionan información importante sobre la experiencia del paciente que apoyar la atención centrada en la persona. El uso de escalas autoevaluadas ancladas con criterios para evaluar la gravedad y la frecuencia de los síntomas también puede ayudar a los pacientes a convertirse en autoobservadores más informados. Sin embargo, las correlaciones entre las escalas evaluadas por el paciente y el médico suelen ser modestas, lo que sugiere que ambos tipos de medidas cuantitativas proporcionan información útil. Si hay un desajuste notado

en la autoevaluación de los pacientes en comparación con las evaluaciones de otros observadores, esto puede proporcionar información relevante para los resultados. La precisión de las autoevaluaciones de capacidad, destrezas, rendimiento o decisiones (también denominada precisión introspectiva) es un mejor predictor de la vida cotidiana de déficits funcionales por encima de las medidas objetivas de rendimiento neurocognitivo o cognitivo social (Ding & Hu, 2021).

METODOLOGÍA

Para este estudio de reflexión científica, se han tomado un conjunto de artículos de las principales Bases de Datos del mundo, entre las que se han incluido: Web of Science, Scopus y PubMed, lo cual permitió recoger investigaciones de carácter clínico y experimental de los últimos cuatro años en lo referente al abordaje que la psiquiatría y la neuropsiquiatría le han dado a la esquizofrenia y también desde diversos campos de las neurociencias.

La metodología empleada es un análisis reflexivo de los textos científicos que se han tomado, con el objetivo de poder brindar un panorama epistemológico e historiográfico de los desarrollos que han alcanzado varios campos de las neurociencias en torno a la esquizofrenia, pues la ciencia no es solo técnica y publicación masiva de datos, sino que debe conllevar un ejercicio de repensar los límites de la ciencia en sí misma, sus alcances, sus vacíos, sus lagunas y sus potencialidades, lo que impulsa la generación de este tipo de manuscritos, pues obligan a la comunidad científica a salir de la mera técnica, para dedicarle tiempo y esfuerzos a entender por qué la ciencia es lo que es y cuál es su propósito más allá de acumular y acumular datos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las escalas de calificación siempre deben implementarse de manera que apoyen el desarrollo y mantenimiento de la relación terapéutica con el paciente. Revisar los resultados de la escala con el paciente puede ayudar a fomentar un diálogo colaborativo sobre el progreso hacia la mejora de los síntomas, las ganancias funcionales y la recuperación metas. Tal revisión puede ayudar a los médicos, pacientes, familias y otras personas de apoyo a reconocer que se está produciendo una mejora o, por el contrario, identificar los problemas que necesitan más atención. Si se utiliza más de una medida cuantitativa, es importante minimizar la duplicación de preguntas y evitar abrumar al

paciente con un número excesivo de escalas para completar (Vadukapuram, Trivedi, Shah, Mansuri & Reddy, 2022).

Además, cuando elegir entre medidas cuantitativas disponibles, objetivos de uso de la escala (por ejemplo, detección, documentación síntomas basales, monitoreo continuo) deben ser considerados. Propiedades de escala óptimas (p. ej., sensibilidad, especificidad) diferirá dependiendo del propósito deseado, sin embargo, las evaluaciones de la validez de la escala y las subescalas de confiabilidad se realizan típicamente de forma transversal en contextos de investigación. Debido a que muchas escalas le piden al paciente que califique los síntomas durante varias semanas, es posible que no sean sensibles a cambio. Esto puede ser problemático en entornos de cuidados intensivos, donde los ajustes del tratamiento y las mejoras puede ocurrir con bastante rapidez. Algunas medidas cuantitativas basadas en síntomas se centran en frecuencia de los síntomas durante el período de observación o en la gravedad de los síntomas. Aunque estas características a menudo aumentar o disminuir en paralelo, ese no es siempre el caso. Otras medidas cuantitativas piden al paciente considere tanto la frecuencia como la gravedad de los síntomas, lo que también puede dificultar la determinación de los hallazgos (Gomes & Grace, 2021).

Otros factores que pueden afectar la confiabilidad estadística y la validez de las medidas de la escala de calificación incluyen enfermedades comórbidas y edad, idioma, raza, etnia, antecedentes culturales, alfabetización y salud del paciente. Estos factores y otros pueden llevar a los pacientes a malinterpretar las preguntas o sesgar las calificaciones que registran, ya sea sin querer (p. ej., para complacer al médico con su progreso) o intencionalmente (p. ej., para obtener sustancias controladas, para respaldar reclamos de incapacidad). Así, las respuestas a las preguntas y las puntuaciones sumativas en las medidas cuantitativas deben interpretarse en el contexto de la clínica presentación. El tipo y el alcance de las medidas cuantitativas utilizadas también estarán mediados por el entorno clínico, el tiempo que está disponible para evaluación, y la urgencia de la situación. En algunos contextos clínicos, como una evaluación ambulatoria planificada, se les puede pedir a los pacientes que completen en formato electrónico o en papel medidas cuantitativas, ya sea antes de la visita o al llegar a sus lugares de trabajo (Kart, Özdel & Türkçapar, 2021).

Aunque la información disponible sugiere que los pacientes ambulatorios generalmente cooperan, algunas personas pueden no estar dispuestas a completar medidas cuantitativas. Síntomas severos, las condiciones psiquiátricas concurrentes, la baja alfabetización en salud, las dificultades de lectura o el deterioro cognitivo pueden limitar la capacidad de algunos pacientes para completar instrumentos de autoinforme. En estas circunstancias, puede ser necesario confiar más en fuentes colaterales de información, como miembros de la familia, otros profesionales de la salud tratantes o personal miembros de programas de residencia comunitaria, si corresponde. Si las fuentes colaterales de información no están disponibles de inmediato, es posible que el tratamiento también deba continuar, con ajustes en el plan, si está indicado, a medida que se adquieren conocimientos adicionales. Si hay limitaciones de tiempo, el médico puede desear centrarse en calificación de los síntomas objetivo relevantes (p. ej., en una escala de Likert). En circunstancias emergentes, la seguridad del paciente y los demás deben tener prioridad; Es posible que la evaluación inicial deba ser breve, con un enfoque más evaluación detallada e incorporación de medidas cuantitativas una vez superada la situación clínica aguda y que se haya estabilizado (Horowitz, Macaulay & Taylor, 2022).

La toma de decisiones clínicas, incluidos, entre otros, el diagnóstico y la planificación del tratamiento, requiere una evaluación cuidadosa y sistemática del tipo, frecuencia y magnitud de los síntomas psiquiátricos, así como una evaluación del impacto de esos síntomas en el funcionamiento diario del paciente y calidad de vida. Intuitivamente, y por analogía con otras especialidades médicas en las que el tratamiento se guía por medición estandarizada (por ejemplo, de signos fisiológicos o pruebas de laboratorio), el uso de una sistemática y enfoque cuantificable para la evaluación aparentemente produciría mejores resultados para los pacientes y mayor estandarización de la atención entre los pacientes. A medida que las historias clínicas electrónicas se utilizan cada vez más, la captura electrónica de medidas cuantitativas puede facilitar el uso de sistemas computarizados de apoyo a la toma de decisiones para guiar el tratamiento basado en la evidencia, catalizar mejoras adicionales en los resultados y la calidad del cuidado (Lobo, Whitehurst, Kaar & Howes, 2022).

CONCLUSIONES

El uso de una medida cuantitativa como parte de la evaluación inicial puede establecer información de referencia sobre los síntomas y el nivel de funcionamiento del paciente y puede ayudar a determinar objetivos específicos de tratamiento en el contexto de toma de decisiones compartida. Cuando se administra a través de autoinforme electrónico o en papel y en comparación con una entrevista clínica, el uso de una medida cuantitativa puede ayudar al médico a llevar a cabo una revisión más consistente y completa de la multiplicidad de síntomas que el paciente puede estar experimentando. El uso de medidas sistemáticas también puede aumentar la eficiencia de la rutina de preguntas y permitir más tiempo para que los médicos se centren en los síntomas de mayor gravedad o en los problemas más importantes y de preocupación por el paciente. Estas medidas también pueden facilitar la recopilación de información de la historia clínica del paciente, familiares u otros informantes colaterales sobre factores como los síntomas o el funcionamiento óptimo (Falkai & Schmitt, 2022).

Sin el uso de una medida cuantitativa consistente, los sesgos de recuerdo pueden confundir la capacidad de los pacientes y los médicos para comparar los niveles pasados y actuales o patrones de síntomas y funcionamiento. Cuando los pacientes han tenido mejoras sustanciales en los síntomas y funcionamiento, puede ser fácil concentrarse en las mejoras y pasar por alto los síntomas residuales o efectos del tratamiento que están contribuyendo al deterioro continuo o la calidad de vida. Por lo tanto, el uso continuo de las evaluaciones cuantitativas puede fomentar la identificación de síntomas o deficiencias residuales y la detección de la recurrencia de la enfermedad. El uso sistemático de medidas cuantitativas también puede facilitar comunicación entre los médicos tratantes y puede servir como base para una mejor gestión de poblaciones de pacientes, así como pacientes individuales. Aunque las aplicaciones móviles pueden ser capaces de ayudar con la medición cuantitativa, no hay evidencia actual sobre la cual basar las recomendaciones sobre el uso de aplicaciones móviles en el tratamiento de la esquizofrenia (Meyer-Lindenberg & Hirjak, 2022).

Las limitaciones de usar una medida cuantitativa incluyen el tiempo requerido para la administración y su posterior revisión, lo que, si no se hace, siguiendo estrictos parámetros de evaluación y seguimiento, pueden conllevar sesgos. La cantidad de tiempo disponible para una evaluación psiquiátrica inicial generalmente está limitada por la

disponibilidad de servicios médicos, costos y otros factores. En tales circunstancias, el tiempo que se utiliza para obtener resultados con medidas cuantitativas, podrían introducir daños al reducir el tiempo disponible para abordar otras cuestiones de importancia para el paciente o de relevancia para la toma de decisiones clínicas. La confianza excesiva en las medidas cuantitativas también puede hacer que se pasen por alto otros aspectos de los síntomas y la presentación clínica del paciente. Algunos pacientes pueden ver las medidas cuantitativas como impersonales o pueden sentirse molestos por tener que completar escalas detalladas, particularmente si se hace con frecuencia. Si un paciente reacciona negativamente acerca de las medidas cuantitativas, esto podría alterar la alianza terapéutica. Además, algunos pacientes pueden tener dificultad completando escalas de autoinforme o puede interpretar las preguntas incorrectamente. Los pacientes también pueden proporcionar información inexacta sobre sus síntomas y confiar en información inexacta puede tener un efecto negativo y un fuerte impacto en la toma de decisiones clínicas, incluidas las recomendaciones para el tratamiento (Leucht, Sifis & Davis, 2022).

Al tratar a personas con esquizofrenia, se debe desarrollar un plan de tratamiento centrado en la persona, documentado en la historia clínica, y actualizado con el paciente a intervalos apropiados. Un plan de tratamiento centrado en la persona se puede registrar como parte de una nota de evaluación o nota de progreso y no necesitan adherirse a un proceso de desarrollo definido (por ejemplo, reunión de equipo multidisciplinario cara a cara) o formato (por ejemplo, metas y objetivos especificados en el tiempo). Dependiendo de la urgencia de la clínica inicial presentación, la disponibilidad de resultados de laboratorio y otras fuentes de información. Es posible que sea necesario aumentar el plan de tratamiento en varias visitas a medida que se obtengan más detalles de la historia y el tratamiento presente una evolución significativa (Nour & Dolan, 2022). Finalmente, para la mayoría de las personas con esquizofrenia, es un desafío reconstruir juntos una imagen coherente del curso longitudinal del paciente a partir de los registros médicos. Por lo tanto, es importante tener en cuenta la justificación de cualquier cambio en el plan de tratamiento, así como los cambios específicos que se están realizando debido a un historial preciso de los tratamientos pasados y actuales y las respuestas a ellos es una parte clave de la planificación del tratamiento futuro.

REFERENCIAS

- Belvederi-Murri, M., & Amore, M. (2019). The Multiple Dimensions of Insight in Schizophrenia-Spectrum Disorders. *Schizophrenia bulletin*, 45(2), 277–283. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby092>
- Bueno-Antequera, J., & Munguía-Izquierdo, D. (2020). Exercise and Schizophrenia. *Advances in experimental medicine and biology*, 1228, 317–332. https://doi.org/10.1007/978-981-15-1792-1_21
- Correll, C. U., & Howes, O. D. (2021). Treatment-Resistant Schizophrenia: Definition, Predictors, and Therapy Options. *The Journal of clinical psychiatry*, 82(5), MY20096AH1C. <https://doi.org/10.4088/JCP.MY20096AH1C>
- Ding, J. B., & Hu, K. (2021). Cigarette Smoking and Schizophrenia: Etiology, Clinical, Pharmacological, and Treatment Implications. *Schizophrenia research and treatment*, 2021, 7698030. <https://doi.org/10.1155/2021/7698030>
- Faden, J., & Citrome, L. (2019). Resistance is not futile: treatment-refractory schizophrenia - overview, evaluation and treatment. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 20(1), 11–24. <https://doi.org/10.1080/14656566.2018.1543409>
- Falkai, P., & Schmitt, A. (2022). Failed regeneration and inflammation in schizophrenia: two sides of the same coin? *Journal of neural transmission (Vienna, Austria : 1996)*, 10.1007/s00702-022-02496-3. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00702-022-02496-3>
- Goh, K. K., Chen, C. H., & Lane, H. Y. (2021). Oxytocin in Schizophrenia: Pathophysiology and Implications for Future Treatment. *International journal of molecular sciences*, 22(4), 2146. <https://doi.org/10.3390/ijms22042146>
- Gomes, F. V., & Grace, A. A. (2021). Beyond Dopamine Receptor Antagonism: New Targets for Schizophrenia Treatment and Prevention. *International journal of molecular sciences*, 22(9), 4467. <https://doi.org/10.3390/ijms22094467>
- Horan, W. P., & Green, M. F. (2019). Treatment of social cognition in schizophrenia: Current status and future directions. *Schizophrenia research*, 203, 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.07.013>

- Horowitz, M. A., Macaulay, A., & Taylor, D. (2022). Limitations in Research on Maintenance Treatment for Individuals With Schizophrenia. *JAMA psychiatry*, 79(1), 83–85. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3400>
- Kart, A., Özdel, K., & Türkçapar, M. H. (2021). Cognitive Behavioral Therapy in Treatment of Schizophrenia. *Noro psikiyatri arsivi*, 58(Suppl 1), S61–S65. <https://doi.org/10.29399/npa.27418>
- Keshavan, M. S., Collin, G., Guimond, S., Kelly, S., Prasad, K. M., & Lizano, P. (2020). Neuroimaging in Schizophrenia. *Neuroimaging clinics of North America*, 30(1), 73–83. <https://doi.org/10.1016/j.nic.2019.09.007>
- Kronick, J., Sabesan, P., Burhan, A. M., & Palaniyappan, L. (2021). Assessment of treatment resistance criteria in non-invasive brain stimulation studies of schizophrenia. *Schizophrenia research*, S0920-9964(21)00221-8. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.06.009>
- Lefebvre, S., Pavlidou, A., & Walther, S. (2020). What is the potential of neurostimulation in the treatment of motor symptoms in schizophrenia?. *Expert review of neurotherapeutics*, 20(7), 697–706. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1775586>
- Leucht, S., & Davis, J. M. (2022). Which first-generation antipsychotics should be "repurposed" for the treatment of schizophrenia. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 272(1), 1–3. <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01378-1>
- Leucht, S., Sifis, S., & Davis, J. M. (2022). Limitations in Research on Maintenance Treatment for Individuals With Schizophrenia-Reply. *JAMA psychiatry*, 79(1), 86–87. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3403>
- Lisoway, A. J., Chen, C. C., Zai, C. C., Tiwari, A. K., & Kennedy, J. L. (2021). Toward personalized medicine in schizophrenia: Genetics and epigenetics of antipsychotic treatment. *Schizophrenia research*, 232, 112–124. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.05.010>
- Lobo, M. C., Whitehurst, T. S., Kaar, S. J., & Howes, O. D. (2022). New and emerging treatments for schizophrenia: a narrative review of their pharmacology, efficacy and side effect profile relative to established antipsychotics. *Neuroscience and*

- biobehavioral reviews, 132, 324–361.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.11.032>
- McCutcheon, R. A., Reis-Marques, T., & Howes, O. D. (2020). Schizophrenia-An Overview. *JAMA psychiatry*, 77(2), 201–210.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3360>
- Meyer-Lindenberg, A., & Hirjak, D. (2022). Schizophrenia as a categorical diagnosis: A view from the neural risk architecture. *Schizophrenia research*, 242, 87–90.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.01.021>
- Nour, M. M., & Dolan, R. J. (2022). Synaptic Gain Abnormalities in Schizophrenia and the Potential Relevance for Cognition. *Biological psychiatry*, 91(2), 167–169.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.10.017>
- Nucifora, F. C., Jr, Woznica, E., Lee, B. J., Cascella, N., & Sawa, A. (2019). Treatment resistant schizophrenia: Clinical, biological, and therapeutic perspectives. *Neurobiology of disease*, 131, 104257.
<https://doi.org/10.1016/j.nbd.2018.08.016>
- Patel, C., Huang, A., Wang, L., Paliwal, Y., & Joshi, K. (2022). Patient Journey of Veterans with Schizophrenia: An Analysis of Treatment Patterns, Healthcare Resource Utilization and Costs. *Advances in therapy*, 39(3), 1199–1214.
<https://doi.org/10.1007/s12325-021-01997-z>
- Radaic, A., & Martins-de-Souza, D. (2020). The state of the art of nanopsychiatry for schizophrenia diagnostics and treatment. *Nanomedicine: nanotechnology, biology, and medicine*, 28, 102222. <https://doi.org/10.1016/j.nano.2020.102222>
- Torregrossa, L. J., Amedy, A., Roig, J., Prada, A., & Park, S. (2022). Interoceptive functioning in schizophrenia and schizotypy. *Schizophrenia research*, 239, 151–159. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.11.046>
- Vadukapuram, R., Trivedi, C., Shah, K., Mansuri, Z., & Reddy, A. (2022). The Promise of Predictive Biomarkers for Antipsychotic Efficacy: A Review of Peripheral microRNAs to Evaluate Schizophrenia Treatment Response. *The primary care companion for CNS disorders*, 24(2), 21nr03048.
<https://doi.org/10.4088/PCC.21nr03048>
- Werner, F. M., & Coveñas, R. (2021). Risk Genes in Schizophrenia and Their Importance in Choosing the Appropriate Antipsychotic Treatment. *Current pharmaceutical*

design,

27(30),

3281–3292.

<https://doi.org/10.2174/1381612827666210215151333>