

White Paper

# Impacto de la Salud Mental en el Sistema de Salud Dominicano

*Entendiendo el panorama de atención de la salud mental, en República Dominicana, con enfoque en Esquizofrenia y Trastorno Depresivo Mayor.*

**JAVIER VILLACORTA**, General Manager for Central America and the Caribbean IQVIA

**CELESTE PALMA**, Consultant, Real World Analytic Solutions & Real World Insights IQVIA



# Tabla de contenidos

<b>Introducción</b>	<b>2</b>
<b>Resumen ejecutivo</b>	<b>3</b>
<b>Panorama general de la salud mental en República Dominicana</b>	<b>4</b>
<b>Esquizofrenia</b>	<b>13</b>
<b>Trastorno Depresivo Mayor</b>	<b>21</b>
<b>Conclusión</b>	<b>30</b>
<b>Reconocimientos</b>	<b>31</b>
<b>Referencias</b>	<b>32</b>
<b>Acerca de los autores</b>	<b>33</b>
<b>Acerca del estudio</b>	<b>34</b>

# Introducción

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia global, y se incrementaron considerablemente con la pandemia por COVID-19. Este creciente número de personas que padecen un trastorno mental representa un reto mundial, especialmente en los países con mayor carga de la enfermedad, como República Dominicana.

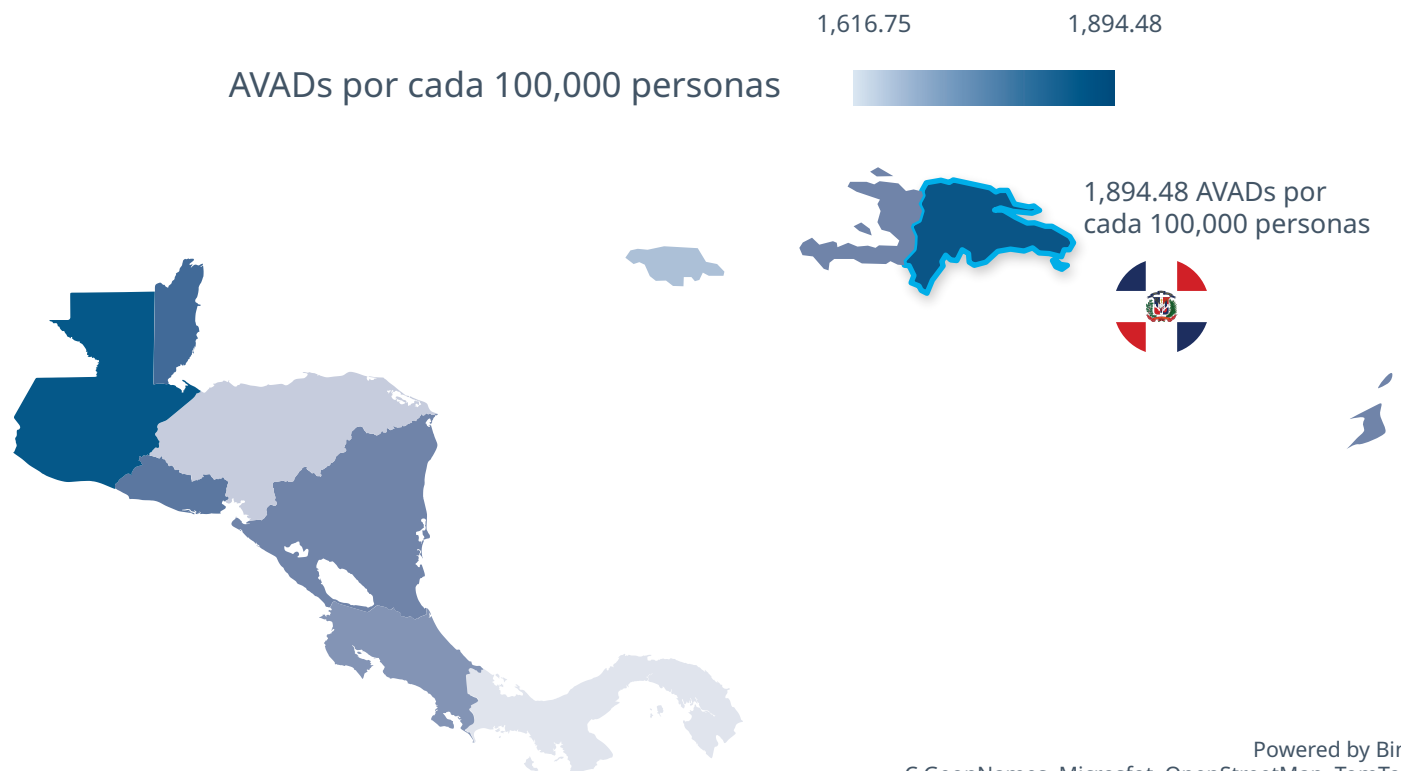
Según la Organización Mundial de la Salud, una de cada ocho personas en el mundo padecía un trastorno mental en el año 2019, dichos trastornos se caracterizan por la alteración de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de una persona, siendo la ansiedad y la depresión los más comunes.<sup>1</sup>

La salud mental tiene una alta carga en la Región de las Américas, según los años de vida ajustados a discapacidad (AVADs) causados por los trastornos mentales<sup>2</sup>.

República Dominicana se encuentra dentro de los diez países de la Región de las Américas con mayor carga de trastornos mentales; y, ocupa el primer puesto entre los países de Centroamérica y el Caribe, según la tasa de AVADs por 100,000 personas.<sup>3</sup>

Este estudio explora el panorama de la salud mental en República Dominicana y el impacto que tienen la Esquizofrenia y el Trastorno Depresivo Mayor en el sistema de salud, a través de una investigación secundaria estructurada y de entrevistas a médicos tratantes y líderes de opinión en el tema de salud mental en el país.

**Imagen 1: Carga de los trastornos mentales en países de Centroamérica y el Caribe**



Fuente: PAHO. The burden of mental disorders in the Region of the Americas, 2000-2019. Pan American Health Organization, 2021.

## Resumen ejecutivo

Una alteración significativa de la cognición, de las emociones, o del comportamiento de una persona, son características de un trastorno mental; el cual, suele estar relacionado a un grado de discapacidad funcional.<sup>1</sup> Históricamente, esto ha generado un estigma sobre los pacientes con trastornos mentales, dificultando el acceso oportuno al tratamiento.

### Propósito y metodología

El principal propósito de este estudio es entender la relevancia de la salud mental y el impacto que tienen los trastornos mentales, como la esquizofrenia y el trastorno depresivo mayor, en el sistema de salud de República Dominicana. Para lo cual, inicialmente, se realizó una investigación secundaria, para analizar datos epidemiológicos, características del sistema de salud nacional, normativas, publicaciones, entre otras variables.

Como segundo paso, se realizó una investigación primaria, con entrevistas a expertos clínicos y líderes de opinión locales, para recopilar información sobre el manejo actual de los pacientes con trastornos mentales, los retos y el impacto que tienen estas patologías en el paciente y en el sistema de salud en general, para posteriormente analizar la información y contrastarla con los datos de la investigación secundaria.

### Resultados

Desde la perspectiva de los médicos tratantes y líderes de opinión locales en salud mental, aunque la salud mental ha cobrado más relevancia en los últimos años, esto no se traduce precisamente a una mayor inversión:

- Se está hablando más sobre salud mental, hay mayor difusión, especialmente después de la pandemia por COVID-19; sin embargo, no se percibe que esto convierta a este rubro de la salud en una prioridad para el sistema de salud nacional.
- Aunque la esquizofrenia y el trastorno depresivo mayor tienen una alta carga de la enfermedad en el país, el perfil más común de pacientes con alguno de estos trastornos no suele tener una relevancia o prioridad dentro del sistema de salud.
- Se reconoce una mejora en los servicios de salud mental del país durante los últimos años; sin embargo, los médicos consideran que aún existen retos muy importantes para la atención de los trastornos mentales.

*“Ya se sabe que usted no tiene salud, si no tiene salud mental.”*

— *Psiquiatra, Líder de Opinión*



# Panorama general de la salud mental en República Dominicana

## Los trastornos mentales plantean un desafío importante en el país



Siendo el Trastorno Depresivo Mayor, la Ansiedad, el Trastorno Bipolar y la Esquizofrenia, los principales trastornos mentales que afectan a la población, según la carga de la enfermedad que cada trastorno representa.<sup>3</sup>

**Imagen 2: Distribución de los trastornos mentales según la tasa de AVADs por 100,000 habitantes**



Fuente: PAHO. The burden of mental disorders in the Region of the Americas, 2000-2019. Pan American Health Organization, 2021.

De acuerdo con esta prevalencia, los trastornos de salud mental afectarían a más de 2 millones de personas en el país. Sin embargo, el 80% de los médicos entrevistados, consideran que la prevalencia actual puede ser aún mayor, estimando que alrededor del 30% de la población podría padecer un trastorno mental.<sup>5</sup>

### POCO CONOCIMIENTO

A pesar de la alta prevalencia estimada, el 64% de los médicos entrevistados consideró que la población en el país aún tiene poco conocimiento sobre los trastornos de salud mental. Y, el otro 36%, consideró que el nivel de conocimiento es intermedio.<sup>5</sup>

Esta falta de conocimiento puede impactar en la atención de los pacientes con trastornos mentales, según los médicos entrevistados, esto genera:<sup>5</sup>

- **Estigmatización social**
- **Consulta tardía o falta de consulta al especialista**
- Mala adherencia terapéutica
- La enfermedad se complica e impacta en el sector social y laboral del paciente
- No hay presión social para demandar atención en salud mental
- Aumentan las situaciones de riesgo para la vida del paciente
- Falta de educación y concientización sobre las enfermedades mentales
- El paciente no recibe tratamiento
- El sistema de salud no priorice las áreas de atención para salud mental
- La salud mental no tenga cobertura en los planes de salud de las Aseguradoras de Riesgos de Salud (ARS)
- Acceso limitado a los servicios de salud mental
- Abuso de sustancias

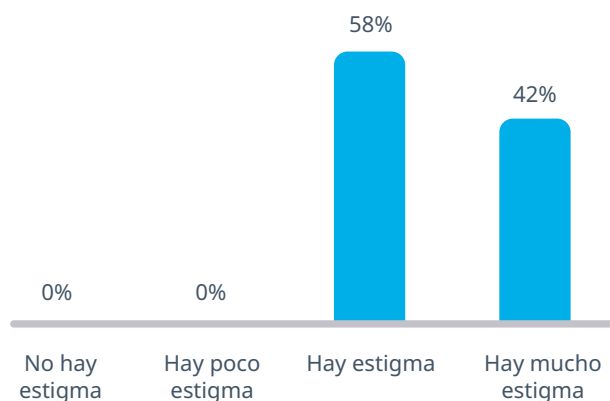
## Existe un estigma en torno a la salud mental

Los médicos entrevistados coinciden en que, aún persiste el estigma social sobre la salud mental. De hecho, el 42% de los médicos considera que hay mucho estigma en torno a las enfermedades mentales en el país. Este estigma dificulta que el paciente busque ayuda profesional por miedo a la discriminación.<sup>5</sup>

*“El problema es el estigma, el miedo del mismo paciente a ser tildado como loco y no como un paciente de psiquiatría.”*

— *Psiquiatra, Líder de Opinión*

Imagen 3: Percepción de los médicos acerca de la existencia de estigma sobre las enfermedades mentales



Fuente: Investigación Primaria (P2. Según su opinión, en el país, ¿existe un estigma sobre las enfermedades mentales?)



## El impacto de la pandemia en la salud mental

**96%**  
de los psiquiatras

considera que la pandemia tuvo un impacto en la relevancia de la salud mental.<sup>5</sup>

Este impacto se percibió en distintos aspectos, según los psiquiatras, pero principalmente<sup>5</sup>:

La pandemia generó **un boom de concientización sobre la salud mental**, dándole mayor relevancia y aumentando la difusión sobre el tema.<sup>5</sup>

*“La salud mental es muy mediática, porque se convirtió en la segunda pandemia, y todo el mundo hablaba de la salud mental, inclusive aquí, en la República Dominicana, se hizo un plan de gobierno para apoyar a las personas que estaban encerradas en su casa para que pudieran tener contacto vía telefónica con diversos psiquiatras y psicólogos para apoyarlos.”*

— Psiquiatra, Líder de Opinión



Incrementan los casos de trastornos mentales como la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático.



Hay un aumento de la concientización sobre la salud mental y más difusión del tema entre la población.



Se genera una mayor demanda de la consulta a psiquiatría.



Existe un mayor consumo de las sustancias de abuso.



# Relevancia de la salud mental para el sistema de salud del país

**Imagen 4: Relevancia de la salud mental para el sistema de salud según los médicos entrevistados**



Fuente: Investigación Primaria (P0. ¿Qué tan relevante considera que es, la salud mental, para el sistema de salud nacional en el país?).

Los médicos entrevistados consideran que la salud mental tiene una relevancia intermedia para el sistema de salud nacional, de 4.6 en promedio, en una escala de 1 a 7, donde 1 no es relevante y 7 es muy relevante.

Las opiniones acerca de la relevancia de la salud mental están polarizadas por la interpretación de los médicos.

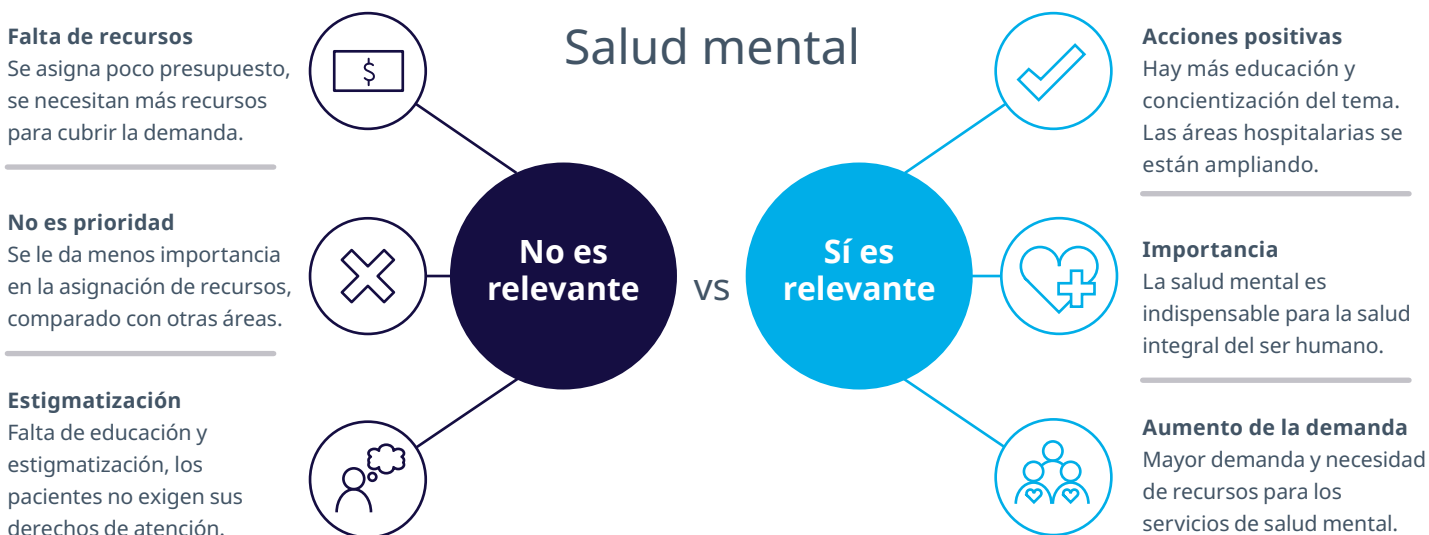
Ya que, para algunos, la relevancia está más relacionada a la importancia que tiene y a la demanda de los servicios de salud mental; mientras que otros médicos difieren y consideran que la relevancia está vinculada con la asignación de recursos a la salud mental.<sup>5</sup>

Después de la pandemia se está hablando más de salud mental, de cierta forma, aumentó la relevancia y la concientización acerca del tema. Sin embargo, relevancia no es sinónimo de prioridad.<sup>5</sup>

*“Se dice que la salud mental es una prioridad, pero hasta que los recursos no se asignen y se construyan las estructuras que son necesarias para mejorar el servicio que estamos dando, queda una brecha muy amplia entre la palabra y la acción.”*

— Psiquiatra, Líder de Opinión

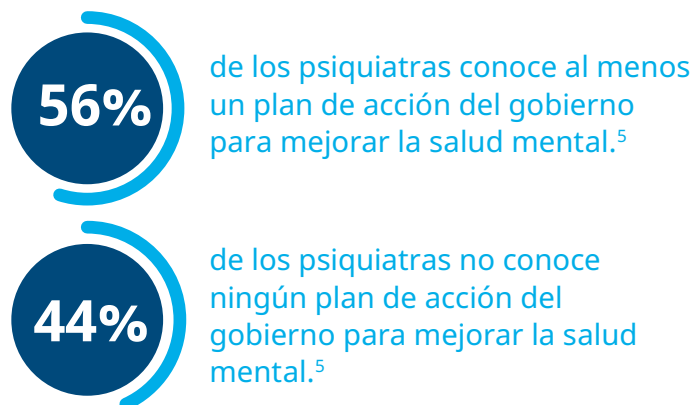
**Imagen 5: Motivos para considerar relevante vs. no relevante a la salud mental para el sistema de salud**



Fuente: Investigación Primaria (P0a. ¿Por qué razón considera que SÍ/NO es relevante?).



## Acciones del gobierno relacionadas a la atención de la salud mental



Los especialistas que refirieron conocer algún plan de acción del gobierno para mejorar la salud mental identificaron y describieron 5 planes en total, y algunas acciones sin vincular a un plan en específico.

De dichos planes, el de *Línea Vivir* fue el que obtuvo más menciones, seguido por el *Plan Nacional de Salud Mental*.



### PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL 2019 - 2022

El Ministerio de Salud Pública de República Dominicana, publicó en el año 2019 este plan, cuyo objetivo es disponer de lineamientos que permitan un abordaje integral y coordinado de la salud mental, para la reducción de la morbilidad, discapacidad y mortalidad asociada a los trastornos mentales, y la disminución de las brechas de atención integral.<sup>4</sup>

Imagen 6: Planes de acción del gobierno para mejorar la salud mental mencionados por los médicos

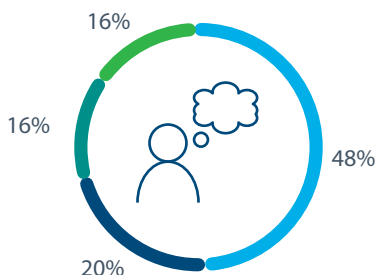
LÍNEA VIVIR	Es una línea telefónica para dar apoyo psicológico a pacientes con ideación suicida u otro trastorno de salud mental, y está disponible las 24 horas del día, según describen los médicos. <b>[Altamente mencionado por los médicos entrevistados]</b>
PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL	Este plan, según explican los médicos, busca ampliar los servicios de salud mental, eliminar el concepto de manicomio y descentralizar la atención. <b>[Medianamente mencionado por los médicos entrevistados]</b>
PAUSAM	Refieren que este programa apoya a los pacientes con trastornos mentales en el acceso a medicamentos básicos. <b>[Medianamente mencionado por los médicos entrevistados]</b>
CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL PADRE BELLINI	Los médicos que refieren este plan indican que se cerró el antiguo manicomio y se habilitó un centro de rehabilitación psicosocial, que ayuda a la reinserción en la sociedad de pacientes crónicos que no tienen apoyo familiar. <b>[Medianamente mencionado por los médicos entrevistados]</b>
PROGRAMA DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO	Indican que a través de este programa existe un plan para acceder a tratamiento para esquizofrenia. <b>[Muy poco mencionado por los médicos entrevistados]</b>

Fuente: Investigación Primaria (P7. ¿Conoce algún plan de acción, que el gobierno haya implementado, para mejorar la atención a la salud mental? P7a. ¿Me puede indicar el nombre del plan y una breve descripción del mismo? Mencione brevemente todos aquellos que conozca).

# Plan Nacional de Salud Mental

Aunque al consultar específicamente por el conocimiento del Plan Nacional de Salud, **el 80% de los médicos indicó haber escuchado del plan**, solo un 20% de ellos consideró tener un buen conocimiento del contenido.

**Imagen 7: Nivel de conocimiento del Plan Nacional de Salud Mental**



- Sí, lo he escuchado, pero no conozco el contenido del plan
- Sí, lo he escuchado, pero tengo poco conocimiento de su contenido
- Sí, lo he escuchado y tengo un buen conocimiento de su contenido
- No, no he escuchado de él

Fuente: Investigación Primaria (P8. ¿Conoce o ha escuchado hablar sobre el Plan Nacional de Salud Mental de República Dominicana?)

La principal desventaja del Plan Nacional de Salud Mental, que identifican los psiquiatras, es la percepción de que no se tiene un presupuesto para implementarlo.

El marco legal del Plan Nacional de Salud Mental incluye la **Ley No. 12-06 sobre Salud Mental**, la cual dicta en su Artículo 1 que **tiene por objeto regular el derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental de todas las personas en el ámbito de lo dispuesto en la Ley General de Salud.**<sup>4,6</sup>



**de los psiquiatras entrevistados** considera que no se está cumpliendo con este derecho a la mejor atención disponible en salud mental.<sup>5</sup>

Identifican varias razones por las que consideran que no se está cumpliendo con este derecho:<sup>5</sup>

**Imagen 8: Ventajas y desventajas identificadas en el Plan Nacional de Salud Mental**

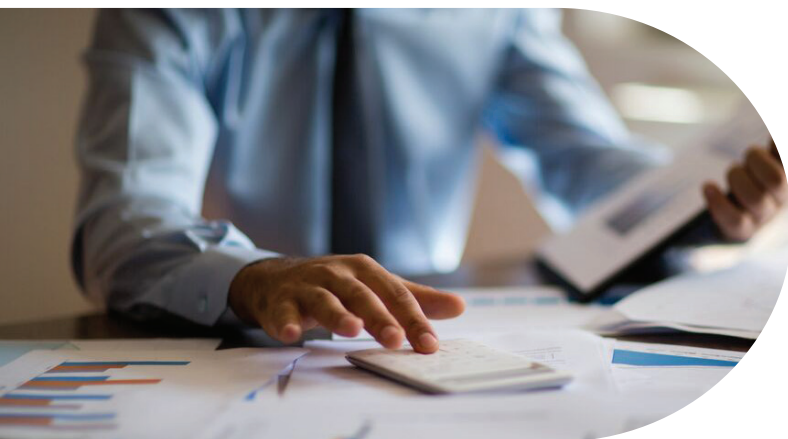
VENTAJAS	DESVENTAJAS
Busca aumentar los servicios en los hospitales.	No tiene un presupuesto asignado, o este es muy bajo para implementarse
Marca un precedente de que se le está dando más importancia a la salud mental.	Aún está en una etapa inicial.

Fuente: Investigación Primaria (P8a. ¿Cuáles son las principales ventajas que identifica de este plan? / P8b. Y, ¿cuáles son las principales desventajas que identifica de este plan?)

- **No hay suficientes médicos para cubrir la demanda, se genera un mayor tiempo de espera para las citas de consulta, especialmente para pacientes en el interior del país.**
- **No se tiene cobertura en todas las áreas del país, algunos pacientes deben hacer viajes largos para recibir atención.**
- **Falta de acceso a medicamentos.**
- Poca cobertura de las enfermedades mentales.
- Falta de infraestructura, camas e insumos para la mejor atención.

*“No tenemos, honestamente, todas las herramientas a nuestra disposición para darle la calidad y la atención que la población requiere en materia de salud mental.”*

— *Psiquiatra, Líder de Opinión*



*“Nosotros seguimos siendo, un área de muy baja inversión en el presupuesto de salud.”*

— *Psiquiatra, Líder de Opinión*

## Percepción de la inversión en salud mental

Los médicos estiman que, en promedio, se invierte un **2.4%** del presupuesto de salud a la atención de la salud mental en el país.<sup>5</sup>

Sin embargo el porcentaje de gasto público de salud destinado a la salud mental en el país, es de **0.73%**, mucho menor al **5 - 10%** que recomienda la Organización Mundial de la Salud.<sup>4,10</sup>

República Dominicana forma parte de los países de la región que asignan un presupuesto menor al 1% para salud mental.<sup>4</sup>

Aún, considerando que la inversión en salud mental es mayor al 2%, todos los médicos entrevistados opinaron que **el presupuesto asignado no es suficiente para cubrir las necesidades de los pacientes con trastornos mentales en el país.**<sup>5</sup>

Los expertos clínicos identificaron varios aspectos en los que impacta el hecho de que el presupuesto para salud mental no sea suficiente:

1

**Falta de medicamentos:** Se genera dificultad para acceder a los medicamentos porque no hay cobertura o no están disponibles. [Altamente mencionado por los médicos]

2

**Difícil acceso a la atención:** Centralización de los servicios y largos tiempos de espera para citas médicas. [Altamente mencionado por los médicos]

3

**Falta de recurso humano:** Especialmente de psiquiatras en el interior del país [Medianamente mencionado por los médicos]

4

**Falta de infraestructura y camas:** Espacios adecuados para la atención y hospitalización [Medianamente mencionado por los médicos]

# La cobertura en salud mental

Imagen 9: Calificación del nivel de cobertura de

7 "Muy bien cubierto"

Rubro evaluado	Calificación de la cobertura
Insumos no farmacológicos (jeringas, gaza, algodón, etc.)	4.40
Exámenes/Pruebas de laboratorio o diagnósticos	4.12
Personal médico (psiquiatras, psicólogos, internistas, etc.)	4.04
Gastos administrativos y de operación	3.88
Personal de apoyo (enfermería, personal de farmacia, etc.)	3.76
Medicamentos básicos	3.12
Infraestructura y equipos	2.96
Medicamentos innovadores	1.36
<b>Calificación promedio</b>	<b>3.46</b>

Fuente: Investigación Primaria (P6e. De los siguientes rubros, en términos de presupuesto, ¿qué tan bien o mal están siendo cubiertos hoy en día con los fondos que tienen asignados? En una escala de 1 a 7)

La percepción de los médicos sobre la distribución actual del presupuesto es que se usa principalmente



## LA COBERTURA PARA MEDICAMENTOS ES MUY BAJA

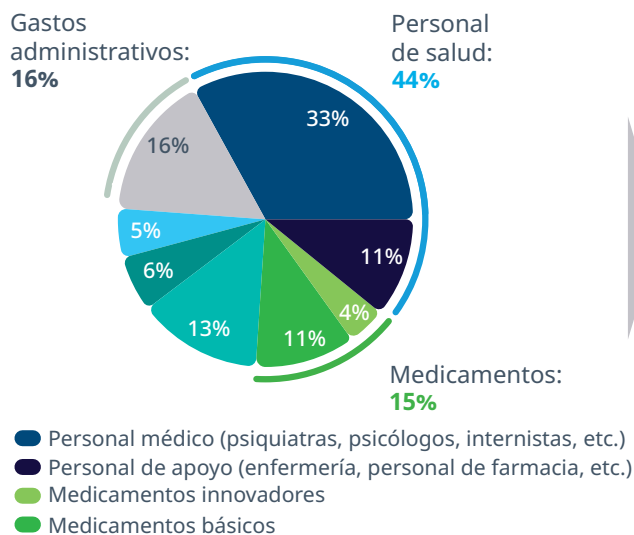
De acuerdo con la percepción de los psiquiatras entrevistados, la cobertura de medicamentos para trastornos mentales es bastante baja, tanto para medicamentos básicos como para medicamentos innovadores, en especial para estos últimos.<sup>5</sup>

La falta de cobertura dificulta que un paciente pueda acceder al tratamiento y tener una buena adherencia al mismo.<sup>4</sup>

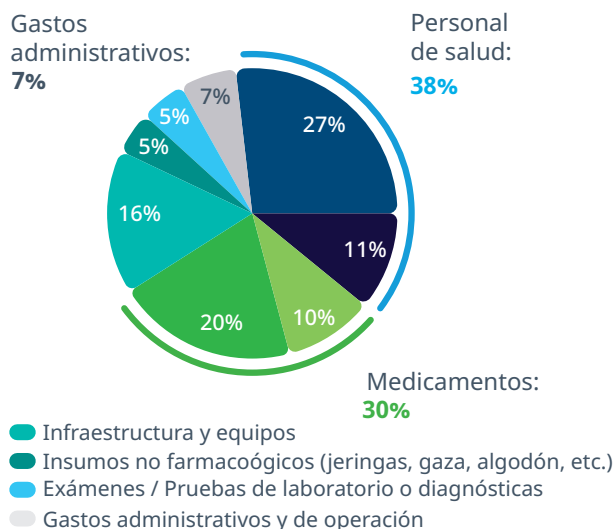
para personal de salud y gastos administrativos, pero las plazas del personal de salud se concentran en las ciudades principales, por lo que, el reto es la centralización de la atención médica. Mientras que, en la distribución ideal, los médicos aumentarían la inversión en medicamentos e infraestructura.

Imagen 10: Percepción de la distribución actual e ideal del presupuesto para la atención en salud mental

### Percepción de la distribución actual



### Percepción de la distribución ideal



Fuente: Investigación Primaria (P6a. Ese presupuesto asignado a la atención de la salud mental en el país, ¿Cómo se estaría distribuyendo, hoy en día, según los siguientes rubros? P6g. Y, continuando, si de usted dependiera el porcentaje de ese presupuesto, que se reparte a cada rubro, ¿Cómo lo distribuiría? ).

# Asociaciones de pacientes en salud mental

*“Venimos de un área que ha sido muy estigmatizada, que estigmatizan todavía en nuestra sociedad, entonces aún no se han empoderado los pacientes para crear esos grupos de presión, por la estigmatización.”*

— Psiquiatra, Líder de Opinión



Imagen 11: Identificación de la existencia de asociaciones de pacientes con trastornos mentales por los psiquiatras



Asociaciones de Pacientes



Sí existen



No sabe



No existen

Fuente: Investigación Primaria (P5b. ¿Existen asociaciones de pacientes con trastornos mentales en el país?).

Más de la mitad de los especialistas indican tener conocimiento de la existencia de asociaciones de pacientes con trastornos mentales; sin embargo, el 48% de los médicos identifica solo asociaciones que están más relacionadas a trastornos neurológicos, y realmente solo un 12% de los médicos entrevistados refiere conocer alguna asociación de pacientes con depresión o trastorno bipolar.



de los psiquiatras entrevistados considera importante la existencia de una asociación de pacientes con trastornos mentales en el país.<sup>5</sup>

## IMPORTANCIA DE ESTAS ASOCIACIONES



Redes de apoyo que aumentan la educación y promoción de la salud mental.



Le da voz al paciente para exigir sus derechos y aumentar la concientización sobre la salud mental, reduciendo el estigma.



Puede mejorar el acceso al tratamiento, porque la organización les da más visibilidad.

# Esquizofrenia

## UN TRASTORNO MENTAL GRAVE

La esquizofrenia es una enfermedad, con predisposición genética, que afecta distintas funciones neurológicas, como el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta del paciente.<sup>7,8,9</sup>

En este trastorno se presenta una deficiencia o alteración en la percepción de la realidad y constantes cambios de comportamiento.<sup>7,8</sup>

Aunque el síntoma más característico es la psicosis, estos pueden dividirse en 4 tipos: <sup>8</sup>

- **Positivos** (síntomas psicóticos).
- **Negativos** (por ejemplo, anhedonia).
- **Cognitivos** (déficit de memoria y atención).
- **Emocionales** (cambios del estado de ánimo).

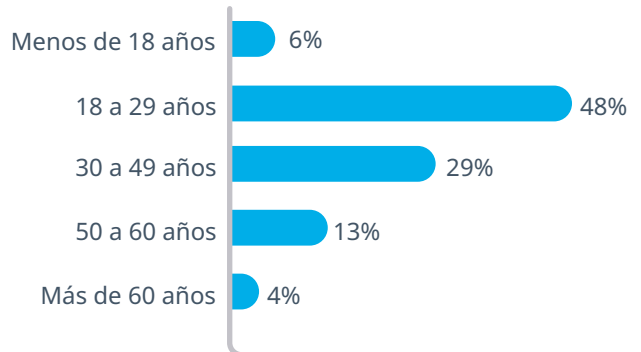
Imagen 12: Datos epidemiológicos sobre la esquizofrenia



# El paciente con esquizofrenia






Los médicos identifican a pacientes jóvenes como el perfil más común del paciente con esquizofrenia, lo que coincide con la distribución actual de sus pacientes por rango de edad. Ya que, es entre los 18 y 29 años que suelen diagnosticarse estos pacientes.<sup>5</sup>

**Imagen 13: Distribución de pacientes con esquizofrenia según el rango de edad**



Fuente: Investigación Primaria (P33. ¿Qué porcentaje de sus pacientes con Esquizofrenia se encuentra en cada uno de los siguientes rangos de edad?).

Además de la edad, se reconocen otras características comunes en el paciente con esquizofrenia:

-  Predominio del género masculino
-  Con antecedentes familiares y/o de abuso de sustancias
-  Soltero o sin un círculo de apoyo
-  Nivel socioeconómico medio-bajo, suelen tener mayor cronicidad en sectores de pobreza.
-  Generalmente con baja escolaridad

## Prioridad del perfil para el Sistema de Salud

La mayoría de los psiquiatras (84% de los entrevistados), no considera que este perfil en particular tenga alguna prioridad dentro del sistema de salud, y en general, no consideran que estos pacientes la tengan, partiendo desde el punto de vista en el que la salud mental no es una prioridad para el sistema de salud, según comentan los médicos. A esto se suma el estigma que existe en torno a estos pacientes y la percepción de que hay un mayor enfoque en otras enfermedades crónicas que son más mediáticas.<sup>5</sup>

Se menciona que suelen ser pacientes más vulnerables, que estén deambulando por las calles, y la prioridad la tendrían al alterar el orden público o agredir a terceros, según el 16% de los médicos entrevistados.<sup>5</sup>



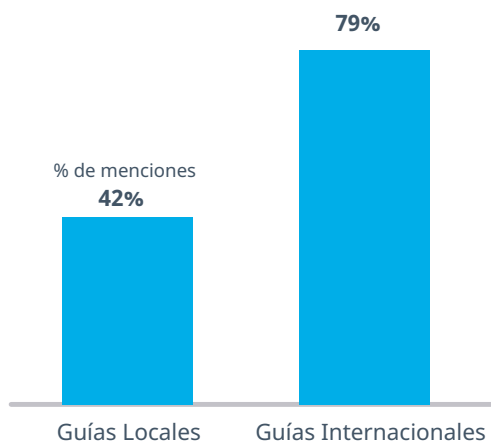
# Abordaje terapéutico

## Un trastorno mental grave

El **76%** de los psiquiatras entrevistados indica que **utiliza una guía de referencia** para el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia; de estos, la mayoría menciona una guía internacional<sup>5</sup>.

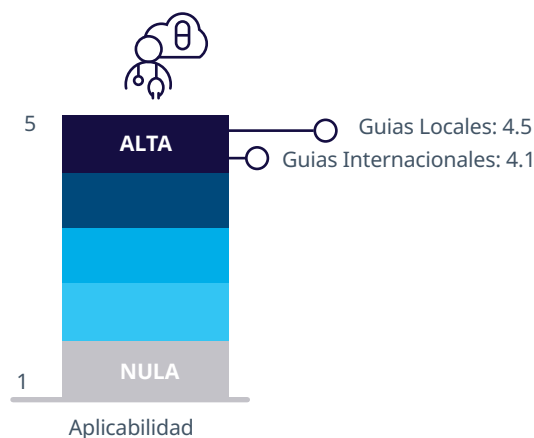
Tanto las guías locales, como las internacionales, tienen una alta aplicabilidad en la práctica pública del médico. En las guías locales se menciona a la Guía de Salud Mental del Ministerio de Salud; y, en las guías internacionales, figuran la guía americana, canadiense, chilena, y española.<sup>5</sup>

**Imagen 14: Tipos de guías de referencia utilizadas**



Fuente: Investigación Primaria (P35a. ¿Cuáles diría que son las guías referentes para el manejo del paciente con Esquizofrenia?).

**Imagen 15: Aplicabilidad de las guías de referencia**



Fuente: Investigación Primaria (P35b. En una escala del 1 al 5, donde 1 significa "nula aplicabilidad" y 5 "alta aplicabilidad", ¿qué tan aplicable es el contenido de dichas guías a su práctica médica?).

**Imagen 16: Tipos de tratamiento para esquizofrenia**

	DISPONIBILIDAD	NIVEL DE ACCESO	RELEVANCIA
ANTIPSIKÓTICOS DE PRIMERA GENERACIÓN	✓	ALTO	MEDIA
ANTIPSIKÓTICOS DE SEGUNDA GENERACIÓN	✓	ALTO	ALTA
ANTIPSIKÓTICOS INYECTABLES	✓	MEDIO	ALTA
ANTIDEPRESIVOS	✓	ALTO	MEDIA
ANSIOLÍTICOS	✓	ALTO	MEDIA

Fuente: Investigación Primaria (P38. Pensando en su práctica pública, ¿Qué opciones de tratamiento tiene disponibles en el país para el tratamiento de Esquizofrenia y cuál es el nivel de acceso que se tiene a cada una de ellas? P38\_2: ¿Está disponible en el país? P38\_3: ¿Cuál es el nivel de acceso? P38\_3: ¿Cuál es la relevancia en la práctica clínica de tener acceso a estos medicamentos?).



# Pacientes bajo tratamiento para esquizofrenia

79%

## Inician un tratamiento

De los pacientes que se diagnostican con esquizofrenia.<sup>5</sup>

47%

## Abandona el tratamiento

De los pacientes que sí inician un tratamiento farmacológico.<sup>5</sup>

## La falta de acceso al tratamiento es la principal causa de abandono

Casi la mitad de los pacientes que inician un tratamiento para esquizofrenia en el país lo abandonará, debido principalmente a las siguientes 5 razones:<sup>5</sup>



### Falta de acceso al medicamento

Cuando el tratamiento no está cubierto y no pueden costearlo [Altamente mencionado].



### Falta de un círculo de apoyo

Cuando no tienen una red de apoyo que los ayude a cumplir con el tratamiento [Medianamente mencionado].



### Falta de educación y concientización

Por desconocimiento o creencias de que el medicamento les hará daño [Medianamente mencionado].



### Rechazo al tratamiento

Cuando se sienten cansados de los medicamentos, ya sea por eventos adversos, vía de administración o duración del tratamiento. [Muy poco mencionado].



### Negación de la enfermedad

Especialmente cuando se logra un control de los síntomas, aparece la sensación de bienestar, de ya no necesitar el tratamiento, y de no tener una enfermedad. [Muy poco mencionado].



# Adherencia al tratamiento








La adherencia, según la OMS, se define como “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar su medicamento, por ejemplo), se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria”, el médico en este caso.<sup>12</sup>



**52%**  
de los pacientes con Esquizofrenia, son adherentes al tratamiento<sup>5</sup>.

Según los médicos entrevistados, solo un poco más de la mitad de los pacientes con Esquizofrenia, logra una buena adherencia al tratamiento farmacológico, identificando varias razones por las que los pacientes suelen no tener una buena adherencia<sup>5</sup>:

El acceso al medicamento y tener un círculo de apoyo, son aspectos clave para que un paciente logre una buena adherencia, y con ello, un mejor pronóstico.

-  Falta de un círculo de apoyo. **[Altamente mencionado]**
-  Acceso al medicamento. **[Altamente mencionado]**
-  Sensación de bienestar y no necesitar más el medicamento. **[Medianamente mencionado]**
-  Vía de administración del medicamento. **[Medianamente mencionado]**
-  Frecuencia de administración del medicamento. **[Medianamente mencionado]**
-  Olvido de la dosis. **[Muy poco mencionado]**
-  Eventos adversos. **[Muy poco mencionado]**

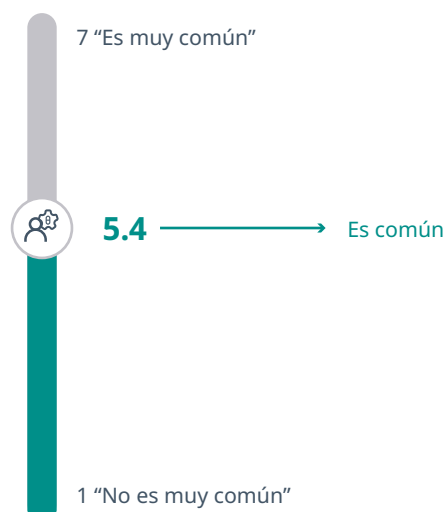
*“Un joven que, con un tratamiento bien llevado, con una buena adherencia, puede finalizar sus estudios, hacerse profesional, ser un ente que contribuye a la sociedad, que contribuye a los impuestos, que tenga una familia y una vida placentera.”*

— Psiquiatra, Líder de Opinión

## Impacto de la falta de adherencia al tratamiento

Es bastante común que los pacientes con Esquizofrenia se “salten”, u omitan una dosis del tratamiento, según indican los médicos entrevistados.<sup>5</sup>

**Imagen 17: Omisión de dosis del tratamiento por pacientes con Esquizofrenia**



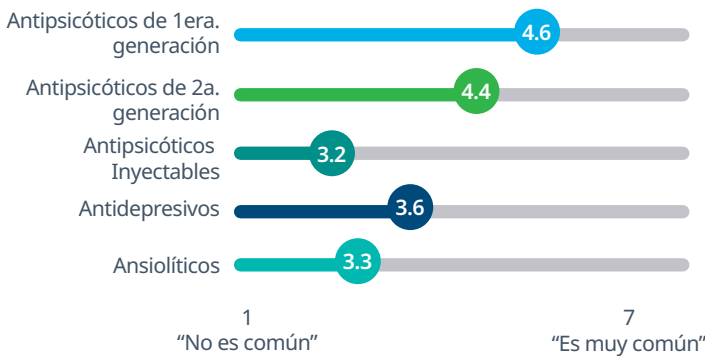
Fuente: Investigación Primaria (P37b. En una escala de 1 a 7, donde 1 es “No es común” y 7 es “Es muy común”, ¿Qué tan común es que un paciente con Esquizofrenia se salte u omite dosis de su tratamiento?)

La adherencia sub-óptima al tratamiento genera efectos negativos a nivel económico y de salud; se considera una de las causas más influyentes en el fracaso terapéutico.<sup>12</sup>

Los especialistas entrevistados mencionan que la falta de adherencia impacta en diversos aspectos clínicos, sociales y económicos del paciente; identificando las siguientes como principales consecuencias:<sup>5</sup>

- El paciente no mejora, no se logra el control de la enfermedad y la sintomatología puede empeorar.
- Aumentan y empeoran las crisis o recaídas del paciente, causando que se requiera más frecuentemente de hospitalización o que tenga más visitas a la emergencia.
- Disminuye la funcionabilidad del paciente, haciéndolo cada vez más dependiente e impactando su vida familiar y social.
- Que se abandone el tratamiento porque no se perciba una mejoría por la falta de adherencia.
- Deterioro cognitivo y peor pronóstico del paciente.

**Imagen 18: ¿Qué tan común es que se omita la dosis del tratamiento, según el tipo de medicamento utilizado?**



Fuente: Investigación primaria (P37d. ¿Qué tan común es que suceda en cada tipo de medicamento?)

Es más común que se omitan dosis del tratamiento con los antipsicóticos orales, de 1era. y 2da. generación, de acuerdo con los expertos clínicos.<sup>5</sup>



## Crisis o recaídas



Se presentan en **~78%** de los pacientes no adherentes<sup>5</sup>



**4-5** crisis al año<sup>5</sup>



**74%** de los casos requiere hospitalización<sup>5</sup>



**~14** días dura la hospitalización<sup>5</sup>

**Estimaciones, eventos en promedio, al año<sup>5</sup>**

*“Desde el punto de vista del costo, que yo interne 3 veces al año a un paciente por cuadros psicóticos, lógicamente que me sale más costoso que si yo utilizara un medicamento de depósito, que además de que me ayuda a la adherencia al tratamiento, me va a reducir la probabilidad de recaída, y que se va a traducir en una reducción del costo de atención, pero en el gasto inmediato, lo que se ve es que la inversión es costosa.”*

— *Psiquiatra, Líder de Opinión*

## Acceso a antipsicóticos inyectables

Aunque los médicos entrevistados resaltan los beneficios de los antipsicóticos inyectables en una mejor adherencia al tratamiento, indican que, el acceso a estos es limitado y se realiza a través del Programa de Alto Costo (actualmente Dirección de Acceso a Medicamentos de Alto Costo –DAMAC-).<sup>5</sup>

**37%** de los pacientes con Esquizofrenia, aproximadamente, tienen acceso a antipsicóticos inyectables de larga duración.



**~11 meses**

tardan los pacientes en ingresar al Programa de Alto Costo o DAMAC.

*“Introducir fármacos de última generación en salud mental es un proceso bastante tedioso; sin embargo, en otras especialidades, surge un medicamento biológico, y cuesta no sé cuánto, pero en 1 ó 2 años ya está incluido en el arsenal terapéutico.”*

— Psiquiatra, Líder de Opinión

Imagen 19: Ruta más común de los pacientes desde un medicamento oral hasta un inyectable.



Fuente: Investigación Primaria (P41. Y, ¿Cuántos medicamentos distintos, se suelen utilizar en el paciente con Esquizofrenia, antes de considerar un antipsicótico inyectable de larga duración? / P41a. ¿Cuánto tiempo suele pasar desde que el paciente inicia con el primer medicamento hasta que se prescribe un antipsicótico inyectable?).

# Percepción del médico sobre el abordaje terapéutico actual

## Abordaje actual

Actualmente lo más común es iniciar tratamiento con **antipsicóticos orales de segunda generación**, según indican los médicos entrevistados.

Sin embargo, el 40% de los médicos, consideró que no era el tratamiento ideal y que existían mejores opciones, pero limitadas por el acceso.



## Abordaje ideal

Si no tuvieran barreras de acceso, los médicos mencionaron que utilizarían antes los **antipsicóticos de depósito, inyectables**. Incluso, algunos médicos mencionan que podrían utilizarse como primera línea para ciertos pacientes que no tienen buena adherencia.



# Trastorno Depresivo Mayor

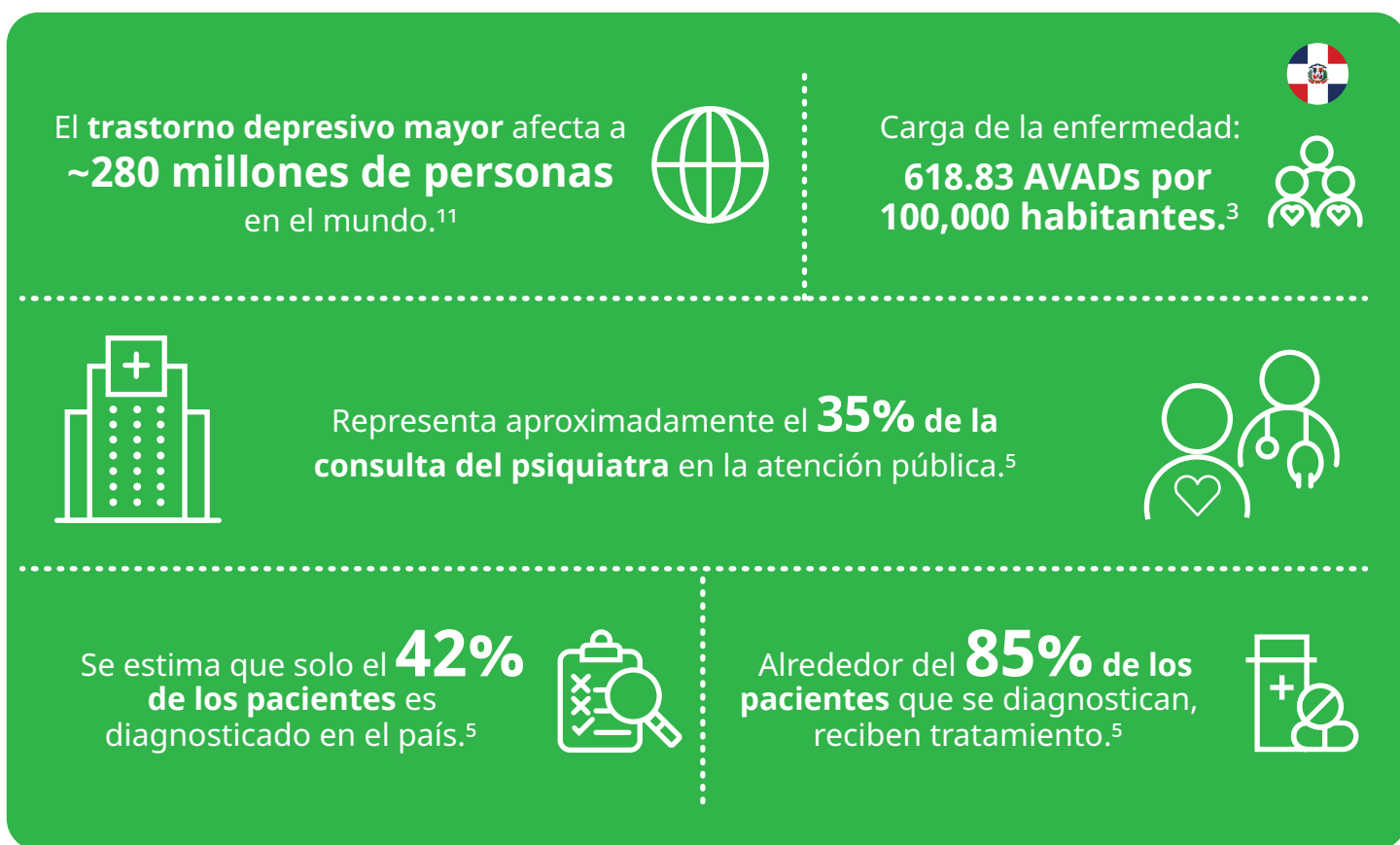
## UN TRASTORNO MENTAL MUY FRECUENTE

Es una enfermedad muy común, pero grave. Se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, y puede afectar en todas las áreas de la vida del paciente.<sup>11</sup>

Entre los principales síntomas están la tristeza, irritabilidad, sensación de vacío, o pérdida del interés/placer por las actividades (anhedonia).

Además de otros síntomas como la pérdida de concentración, sensación de cansancio, baja autoestima, ideación suicida, cambios en el Apetito y alteraciones del sueño. Los síntomas pueden clasificarse según la severidad, como leves, moderados y severos.<sup>11</sup>

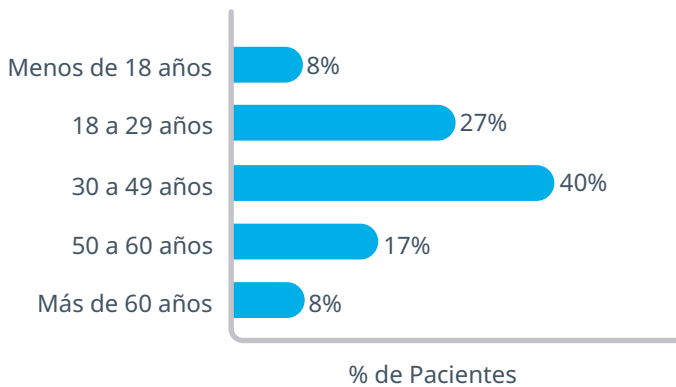
Imagen 20: Datos epidemiológicos sobre el Trastorno Depresivo Mayor



# El paciente con Trastorno Depresivo Mayor

Los médicos identifican a pacientes entre la tercera y cuarta década de edad, como el perfil más común con Trastorno Depresivo Mayor.<sup>5</sup>






**Imagen 21: Distribución de pacientes con esquizofrenia según el rango de edad**



Fuente: Investigación Primaria (P13. Doctor, ¿Qué porcentaje de sus pacientes con trastorno depresivo mayor se encuentra en cada uno de los siguientes rangos de edad?).



Además de la edad, se reconocen otras características comunes en el paciente con TDM:

-  Predominio del género femenino
-  Con antecedentes familiares y/o de problemas emocionales
-  Soltera o sin un círculo de apoyo
-  Inestabilidad económica
-  Desempleado / Con un empleo que no le gusta o es estresante.

## Prioridad del perfil para el Sistema de Salud

La mayoría de los psiquiatras (80% de los entrevistados), considera que este perfil no es prioritario dentro del sistema de salud, pues no hay atención específica para ellos, y en general, consideran que la cobertura de salud mental aún no está resuelta, no se cuenta con medicamentos innovadores para la ideación suicida, por ejemplo.<sup>5</sup>

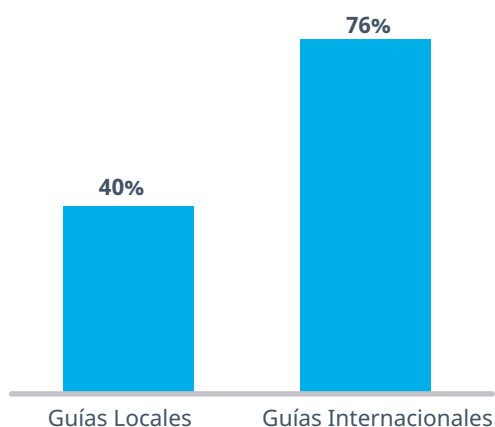
Se menciona que suelen ser pacientes en las que se reduce la productividad laboral, y que, por las tasas de intentos de suicidio en el país, se les da más atención, según un 20% de los médicos entrevistados.<sup>5</sup>

## Abordaje terapéutico

Según el 92% de los médicos entrevistados, existen guías que utilizan como referencia para el tratamiento de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor, en su mayoría, son guías internacionales.<sup>5</sup>

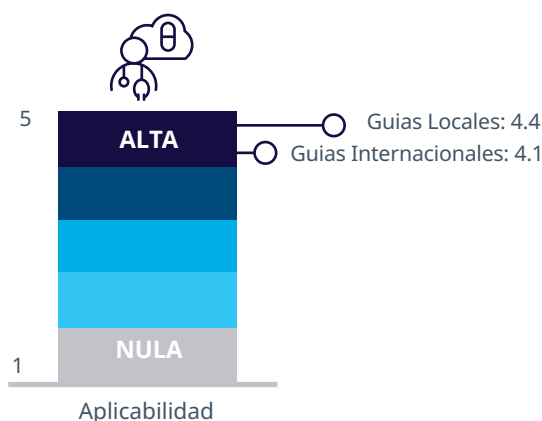
En las guías locales se menciona principalmente a la Guía del Ministerio de Salud Pública, y como guías internacionales, comentan que se utilizan las guías americanas, europeas, canadienses e inglesas. Tanto las guías locales, como las internacionales, tienen un alto grado de aplicación en la práctica pública del médico.<sup>5</sup>

**Imagen 22: Tipos de guías de referencia utilizadas en Trastorno Depresivo Mayor**



Fuente: Investigación Primaria (P17. ¿Cuáles diría que son las guías referentes para el manejo del paciente con Trastorno Depresivo Mayor?).

**Imagen 23: Aplicabilidad de las guías de referencia para TDM**



Fuente: Investigación Primaria (P18. En una escala del 1 al 5, donde 1 significa "nula aplicabilidad" y 5 "alta aplicabilidad", ¿qué tan aplicable es el contenido de dichas guías a su práctica médica?).

**Imagen 24: Tipos de tratamiento para Trastorno Depresivo Mayor**

	DISPONIBILIDAD	NIVEL DE ACCESO	RELEVANCIA
<b>ANTIDEPRESIVOS DE PRIMERA GENERACIÓN (TRICÍCLICOS, INHIBIDORES DE LA MAO)</b>	✓	ALTO	BAJA
<b>ANTIDEPRESIVOS DE SEGUNDA GENERACIÓN (INHIBIDORES SELECTIVOS: ISRS, ISRSN, IRDN, ANTAGONISTAS ALFA-2)</b>	✓	ALTO	ALTA
<b>ANTIDEPRESIVOS INNOVADORES (ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE NMDA)</b>	✓	BAJO	ALTA

Fuente: Investigación Primaria (P22\_1. Pensando en su práctica pública, ¿Qué opciones de tratamiento tiene disponibles en el país para el tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor y cuál es el nivel de acceso que se tiene a cada una de ellas? P22\_2: ¿Está disponible en el país? P22\_3: ¿Cuál es la relevancia en la práctica clínica de tener acceso a estos medicamentos?).

MAO: Monoamino oxidasa; ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; ISRSN: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina; IRDN: inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina



# Pacientes con Trastorno Depresivo Mayor en tratamiento



## Inician un tratamiento farmacológico

De los pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor.<sup>5</sup>



## Rechaza o abandona el tratamiento

De los pacientes a los que se les prescribe un tratamiento farmacológico.<sup>5</sup>

## El estigma y el acceso al tratamiento son las principales razones de abandono

Según los médicos entrevistados, más del 20% de los pacientes con TDM que inician tratamiento, luego lo rechazan o abandonan, debido a las siguientes razones:<sup>5</sup>



### Estigma y creencia sociales

Creencia que el medicamento les causará dependencia, y que por sí solos podrán sanar y estar mejor. **[Altamente mencionado].**



### Acceso al tratamiento

La falta de cobertura de las ARSs para medicamentos psiquiátricos y el alto costo de estos, dificultan el acceso al tratamiento para los pacientes **[Medianamente mencionado].**



### Falta de información y educación

La desinformación y falta de educación en la enfermedad genera que algunos pacientes no tengan tanta conciencia de la importancia y la necesidad de continuar con el tratamiento farmacológico- **[Muy poco mencionado].**



### Sensación de bienestar

Cuando tienen una mejoría al inicio y se sienten bien, algunos pacientes pueden abandonarlo por creer que ya no lo necesitan. **[Muy poco mencionado].**



### Efectos secundarios

Los efectos secundarios del medicamento causan temor en los pacientes, aunque esta es la razón de abandono menos mencionada. **[Muy poco mencionado].**



## Adherencia al tratamiento








La adherencia al tratamiento farmacológico es un comportamiento complejo, que está influenciado por diversos factores, como el sistema de salud, el tratamiento, la patología, el paciente y su entorno socioeconómico.<sup>13</sup>



**58%**

de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor son adherentes al tratamiento<sup>5</sup>.

Cerca del 60% de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) son adherentes al tratamiento farmacológico, según los expertos entrevistados; sin embargo, más del 40% de los pacientes, no lo consiguen debido, principalmente, a las siguientes razones:<sup>5</sup>

-  Acceso al medicamento. **[Altamente mencionado]**
-  Sensación de bienestar y no necesitar más el medicamento. **[Altamente mencionado]**
-  Falta de un círculo de apoyo. **[Altamente mencionado]**
-  Olvido de la dosis. **[Medianamente mencionado]**
-  Frecuencia de administración del medicamento. **[Muy poco mencionado]**
-  Vía de administración del medicamento. **[Muy poco mencionado]**
-  Eventos adversos. **[Muy poco mencionado]**

El acceso al medicamento es la principal razón por la que un paciente con Trastorno Depresivo Mayor no logra la adherencia terapéutica, según los especialistas entrevistados.<sup>5</sup>

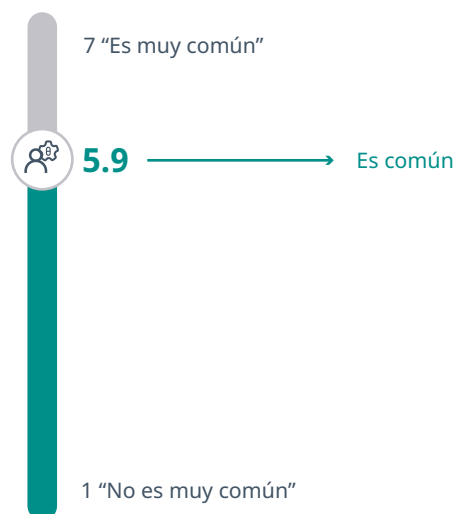
*“Un paciente tratado puede volver a la sociedad, puede ser una persona productiva, tener familia, casarse, estudiar y vivir normal, si está medicado.”*

— Psiquiatra, Líder de Opinión

## Impacto de la falta de adherencia al tratamiento

Los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor suelen comúnmente omitir la dosis de su tratamiento, de acuerdo con los médicos entrevistados, lo que tendrá un impacto negativo en la efectividad del tratamiento, y podría influir en la resistencia al tratamiento.<sup>5</sup>

### Imagen 25: Omisión de la dosis de tratamiento en Trastorno Depresivo Mayor



Fuente: Investigación Primaria (P21. En una escala de 1 a 7, donde 1 es "No es común" y 7 es "Es muy común", ¿Qué tan común es que un paciente con Trastorno Depresivo Mayor se salte u omita dosis de su tratamiento?).

# Trastorno Depresivo Mayor resistente al tratamiento

## 25%

de los pacientes con TDM, presentarán **resistencia al tratamiento**. Lo cual, según los médicos entrevistados, aumenta la carga económica para el sistema de salud porque se demandan consultas médicas más frecuentes y más licencias médicas en el trabajo, por ejemplo. Además, hay un mayor deterioro cognitivo del paciente y su calidad de vida se reduce.<sup>5</sup>

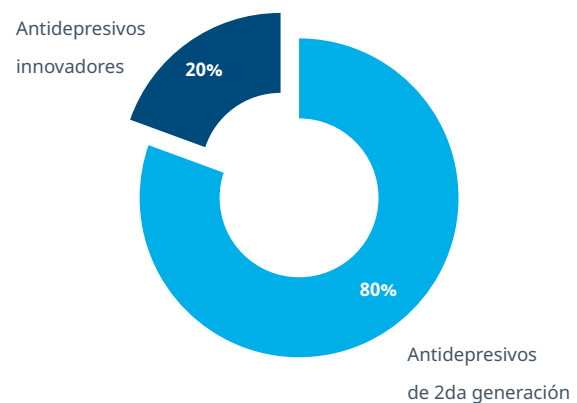


*“Aunque no hay un consenso al 100%, diferentes guías dan parámetros, pero el más aceptado es, que una vez se han utilizado dos tratamientos con antidepresivos, con mecanismos de acción diferentes, por tiempo suficiente y en dosis suficiente, y no logramos la respuesta, ahí ya empezamos a pensar en que tenemos una depresión resistente.”*

— *Psiquiatra, Líder de Opinión*

El abordaje actual de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor resistente al tratamiento, incluye la combinación de medicamentos, el aumento de la dosis y la terapia electroconvulsiva. La utilización de medicamentos innovadores depende de la capacidad económica del paciente, según indican los psiquiatras entrevistados.<sup>5</sup>

Imagen 26: Tipo de medicamentos utilizados en el TDM resistente al tratamiento



Fuente: Investigación Primaria (P24a. Normalmente, ¿Con qué tipo de medicamentos suele tratar a estos pacientes con trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento?).

Sin embargo, el **60% de los especialistas entrevistados, considera que el abordaje actual de los pacientes resistentes al tratamiento no es el ideal**, y que hay mejores opciones para el manejo de estos pacientes, entre las que se menciona el uso de medicamentos innovadores, como los inhibidores de NMDA, combinados con la terapia electroconvulsiva y el seguimiento con psicoterapeuta.<sup>5</sup>

A pesar de que, los médicos indican que cuando no se ha logrado el control del paciente con dos medicamentos diferentes, ya se debe pensar en resistencia al tratamiento, se suelen utilizar alrededor de 4 medicamentos hasta llegar al tratamiento ideal que consigue una respuesta del paciente. Y, dado, que el tratamiento ideal, incluye un antidepresivo innovador, que no tiene cobertura, pueden pasar hasta 3 años sin control; en los cuales, el paciente con TDM resistente demandará más servicios de salud y aumentará el impacto para el sistema de salud y para el paciente, ya que, con cada episodio depresivo también hay mayor deterioro cognitivo.<sup>5</sup>

*“Hay depresiones que son resistentes, que necesitan ya medicamentos de última generación, porque no hay “pastillita” que los saque de allí, son totalmente discapacitantes porque no avanza el paciente.”*

— *Psiquiatra, Líder de Opinión*

**Imagen 27: Ruta más común de los pacientes con TDM resistente desde que inician tratamiento hasta que llegan al tratamiento ideal, que controla los síntomas**

~ 4 medicamentos antidepresivos se utilizan hasta que se llega a uno que cumpla con los objetivos terapéuticos



Fuente: Investigación Primaria (P25. Ahora doctor, en promedio, ¿Cuántos medicamentos distintos suele utilizar un paciente, con Trastorno Depresivo Mayor resistente al tratamiento, hasta que se llega a uno que cumpla con los objetivos terapéuticos?; P25a. Y, ¿Cuánto tiempo suele pasar desde que el paciente inicia con el primer medicamento hasta que llega a un medicamento que cumpla con los objetivos terapéuticos o esté controlado?).

# Ideación suicida en el Trastorno Depresivo Mayor

Más de la mitad de los pacientes que presentan síntomas de ideación suicida, tendrán visitas a urgencias médicas por intentos suicidas, alrededor de 3 veces al año, de acuerdo con la estimación de los médicos tratantes entrevistados.<sup>5</sup>

**Imagen 28: Pacientes con TDM que presentan ideación suicida y requieren atención médica**

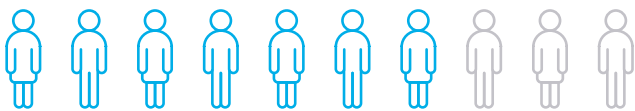
**28%** de los pacientes con TDM, suelen presentar ideación suicida<sup>5</sup>



**52%** de ellos, requerirán atención médica de urgencia por intento de suicidio<sup>5</sup>



**74%** de estos pacientes atendidos en urgencias, se quedan hospitalizados<sup>5</sup>



## Hospitalización

La hospitalización de los pacientes que la requieren por intento suicida, tiene una duración promedio de **11 días**.<sup>5</sup>



## Suicidios

Se estima que, aproximadamente, **el 61% de los suicidios** en el país están relacionados al Trastorno Depresivo Mayor.<sup>5</sup>

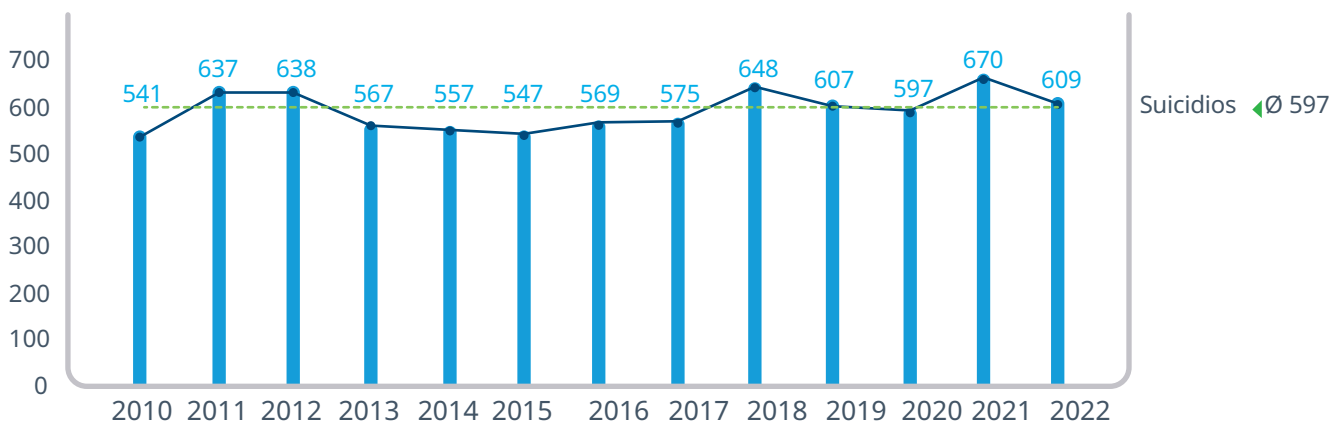


## El Trastorno Depresivo Mayor como principal causa de suicidio en el país

República Dominicana ha mantenido una cifra de más de 500 suicidios al año desde hace más de 10 años.<sup>14</sup> Y, según estiman los psiquiatras entrevistados, más del 60% de los suicidios están relacionados con el Trastorno Depresivo Mayor.<sup>5</sup>

Fuente: Investigación Primaria (P28a. Y, ¿Qué porcentaje de los pacientes con trastorno depresivo mayor presenta ideación suicida persistente?; P28b. Del 100% de los pacientes con trastorno depresivo mayor con ideación suicida, ¿Qué porcentaje estima, según su experiencia clínica, que llega a necesitar atención médica de urgencia por haber tenido un intento suicida?; P28c. Doctor, estos pacientes que requieren atención médica por intentos de suicidio, ¿Con qué frecuencia lo requieren? Indique porcentaje de pacientes, duración y frecuencia de la hospitalización).

**Imagen 29: Suicidios registrados en República Dominicana por año**



Fuente: ONE. Suicidios registrados por año, 2010 – 2022 (datos del 2022 son parciales). Oficina Nacional de Estadísticas, Rep. Dominicana, 2023.

# Ausentismo laboral y Trastorno Depresivo Mayor

Según los expertos clínicos entrevistados, los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor también se ven afectados a nivel laboral, y, por ende, a nivel económico. Ya que, según comentan los médicos, los pacientes van perdiendo funcionalidad, desciende la productividad y aumenta la ausencia laboral; por lo que, tendrán mayor probabilidad de perder su empleo y de depender económicamente de alguien más, afectando la economía familiar. Además, teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes diagnosticados con TDM están entre los 30 y 49 años, es aún más grave, pues sería la etapa más productiva a nivel laboral.<sup>5</sup>

*“Para mí, el Trastorno Depresivo Mayor es la principal causa de falta al trabajo, lo que se llama ausentismo laboral, también es la principal causa de suicidio, sin dudar.”*

— *Psiquiatra, Líder de Opinión*



## Impacto laboral



**El ~46% de los pacientes han reportado ausencias laborales a causa de la enfermedad.<sup>5</sup>**



**Aproximadamente el 20% de los pacientes con TDM llegan a una incapacidad laboral.<sup>5</sup>**

**Estimaciones, pacientes en promedio<sup>5</sup>**

## Acceso a antidepresivos innovadores

A pesar de la alta carga que representan los pacientes con TDM para el sistema de salud y para la sociedad, **no existe cobertura pública para antidepresivos de última generación**, ni por medio de las Aseguradoras de Riesgo de Salud (ARSS), donde hay una gran limitación para salud mental, ni por medio del Programa de Alto Costo. Así que, los médicos comentan que, aunque se tiene disponible en el país un antidepresivo innovador, muy pocos pacientes pueden acceder a este por el costo del tratamiento, así que tienen aún menos acceso que otras enfermedades mentales a tratamientos innovadores.<sup>5</sup>

*“El acceso a medicamentos en la parte pública es a medicamentos de segunda opción, no son medicamentos de última generación.”*

— *Psiquiatra, Líder de Opinión*

# Conclusión

República Dominicana es uno de los países con mayor carga de la enfermedad en la región de Centroamérica y el Caribe. Sin embargo, también está dentro del grupo de países que asignan menos del 1% del presupuesto de salud a la salud mental.

En este estudio se presenta una recopilación de la valiosa perspectiva de los expertos clínicos sobre el impacto de la salud mental en el sistema de salud dominicano, abarcando aspectos de conocimiento, recursos, cobertura y necesidades insatisfechas. Los resultados muestran que, se han dado pasos importantes en el tema de salud mental en el país, como la creación del Plan Nacional de Salud Mental y que hay una mayor difusión del tema, pero aún se identifican áreas de oportunidad muy importantes, que generan los siguientes llamados a la acción:

1

Educar y concientizar sobre salud mental a la población para generar una consulta más temprana del paciente al especialista y para reducir la estigmatización social.

2

Priorizar la atención de los trastornos mentales a nivel de presupuesto, de manera que represente la relevancia que tiene para el sistema de salud del país y que permita ejecutar las acciones propuestas en el Plan Nacional de Salud Mental, para brindar la mejor atención disponible en salud mental.

3

Aumentar la cobertura en medicamentos para salud mental, tanto básicos como innovadores; así como aumentar la inversión en infraestructura, equipo, y personal de salud, que permita descentralizar la atención especializada y un acceso oportuno al tratamiento para las enfermedades mentales.

4

Incentivar y generar redes de apoyo y educación para los pacientes con trastornos mentales, para darles voz y visibilidad ante la sociedad.

5

Preferir estrategias de tratamiento que mantengan la adherencia de los pacientes con Esquizofrenia por períodos de tiempo más prolongados, para reducir las crisis y las visitas a urgencias, porque, según los expertos, mientras más tiempo asegure un medicamento que el paciente estará controlado, menor será su impacto a nivel social y de salud.

6

Promover el acceso a medicamentos innovadores que permitan una estabilización más rápida del paciente con TDM, especialmente en casos de pacientes resistentes al tratamiento y/o con ideaciones suicidas.

## Agradecimientos

Agradecemos la valiosa participación de los 25 médicos psiquiatras entrevistados durante la fase cuantitativa del estudio y de los 5 líderes de opinión en psiquiatría que se entrevistaron en la fase cualitativa del estudio, y compartieron su visión, conocimiento y experiencia, que fueron de gran ayuda para este estudio.

Especialmente reconocemos la participación de los siguientes líderes de opinión (se enlistan en orden alfabético):

**Dra. Biaris Rodríguez**, psiquiatra – *Directora del Centro de Rehabilitación Psicosocial y Desarrollo Humano RESIDE*

**Dr. Julio Chestaro**, psiquiatra – *Presidente de la Sociedad Dominicana de Psiquiatría (2023)*

**Dr. Luis Ortega**, psiquiatra – *Jefe del Servicio de Salud Mental del Hospital Infantil Santo Socorro*

**Dr. Mirlan de los Santos**, psiquiatra – *Docente de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra y Director Médico del Hospital Metropolitano de Santiago HOMS*

Este informe acerca del panorama e impacto de la salud mental en República Dominicana contó con el apoyo y patrocinio del equipo de Neurociencias de Janssen para Centroamérica y el Caribe.





# Referencias

1. OMS - Organización Mundial de la Salud. (2022, junio 8). Trastornos Mentales. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. OMS - Organización Mundial de la Salud. (2023, junio 9). Ficha Informativa: Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la OPS. República Dominicana.
3. PAHO - Pan American Health Organization. (Recuperado en diciembre de 2023). The Burden of Mental Disorders. Recuperado de: <https://www.paho.org/en/enlace/burden-mental-disorders>
4. Ministerio de Salud Pública. (2019). Plan Nacional de Salud Mental: República Dominicana 2019 - 2022.
5. IQVIA CENCA. (2023). White Paper: Impacto de la Salud Mental en el Sistema de Salud Dominicano.
6. Gobierno de la República Dominicana. (2023). Repositorio Institucional: Ley sobre salud mental No. 12-06 del 03/02/2006. Recuperado de: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/820>
7. WHO - World Health Organization. (2022, junio 10). Schizophrenia. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
8. Medscape. (2021, julio 26). Schizophrenia. Recuperado de: <https://emedicine.medscape.com/article/288259-overview?form=fpfe>.
9. SEMI - Sociedad Española de Medicina Interna. (2023). Esquizofrenia. Recuperado de: <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/esquizofrenia>
10. Rodelo Valle, C. &. (2020). Representaciones sociales de la salud mental y de los trastornos mentales en estudiantes universitarios de enfermería. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores. doi. org/10.46377/dilemas.v8i.2483
11. WHO - World Health Organization. (2023, marzo 31). Depressive disorder (depression). Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
12. SEFH - Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. (2023). Adherencia al tratamiento. Recuperado de: [https://formasefh.sefh.es/tecnifarmh/curso-atencion-paciente-externo/tema02\\_pagina01.php](https://formasefh.sefh.es/tecnifarmh/curso-atencion-paciente-externo/tema02_pagina01.php)
13. Ortega Cerda, J. J. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta médica Grupo Ángeles, Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&tlng=es.php](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&tlng=es.php)
13. ONE - Oficina Nacional de Estadística. (2023, julio 10). Datos y Estadísticas: Suicidios registrados por sexo, según año, 2007 - 2022. Recuperado de: <https://www.one.gob.do/datos-y-estadisticas/temas/estadisticas-sociales/seguridad-publica-y-justicia/accidentales-y-violentas/>

## Acerca de los autores



**JAVIER VILLACORTA.**  
Gerente General,  
Centroamérica y el Caribe  
IQVIA

Javier tiene a cargo la gerencia general para la región de

Centroamérica y el Caribe. Previo a su rol actual, lideró por más de cinco años el equipo de Consultoría en la misma región, participando en más de cien proyectos de consultoría para la industria farmacéutica y de la salud, ganando experiencia en diversas áreas, entre ellas, acceso al mercado, medicamentos de alto costo y salud mental.

Tiene un título de Ingeniería Comercial de la Universidad Francisco Marroquín de Guatemala, y una especialización en Gestión Empresarial de ISEBA Business School de España.



**CELESTE PALMA**  
Consultora, Centroamérica  
y el Caribe RWAS & RWI  
IQVIA

Celeste es consultora para la región de Centroamérica y el Caribe. En su

rol actual, lidera proyectos de consultoría estratégica, investigación de mercado, entre otros, para la industria farmacéutica. Tiene experiencia en el mercado de medicamentos de alta especialidad, farmacoeconomía y acceso al mercado, especializándose en los sistemas de salud de la región.

Es licenciada en Química Farmacéutica de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y posee un eMBA en Dirección y Gestión de Marketing de Escuela de Negocios Formato Educativo de España.

# Acerca del estudio

## Metodología

Para este estudio se entrevistaron 25 psiquiatras de los hospitales nacionales y 5 líderes de opinión en salud mental del país. Dichas entrevistas se dividieron en entrevistas cuantitativas para los médicos tratantes, y en entrevistas cualitativas para los líderes de opinión. Dichas entrevistas se realizaron del 23 de octubre al 24 de noviembre de 2023.

### ENTREVISTAS CUALITATIVAS

Estas entrevistas se realizaron siguiendo una guía de discusión estructurada para respuestas abiertas, tuvieron una duración de alrededor de 60 minutos, y se realizaron de forma virtual. Los 5 médicos entrevistados son psiquiatras con un perfil relevante y que son reconocidos como referentes y líderes de opinión en el área de salud mental del país.

### ENTREVISTAS CUANTITATIVAS

La fase cuantitativa se realizó también de forma virtual, con entrevistas de 60 minutos, en un cuestionario en línea, con respuestas cerradas y abiertas, a 25 médicos psiquiatras del sistema nacional de salud, que debían cumplir con los siguientes filtros:

- Médico psiquiatra con 5 o más años de experiencia clínica

- Trabajar en una institución de la red pública de salud
- Dedicar al menos el 50% de su tiempo a la práctica clínica
- Tener 25 pacientes o más en su práctica pública
- Estar tratando a pacientes con Esquizofrenia y Trastorno Depresivo Mayor

Especificaciones de la muestra para entrevistas cuantitativas:

VARIABLE	DATO
Universo de médicos <sup>1</sup>	150
Muestra de médicos	25
Intervalo de confianza	95%
Margen de error	17.9%

<sup>1</sup>Para el universo de médicos psiquiatras se tomó como referencia el dato indicado en el Plan Nacional de Salud, de los psiquiatras nombrados en el sistema nacional de salud.

### INVESTIGACIÓN SECUNDARIA

- Además de las entrevistas, se realizó en paralelo una investigación secundaria para recopilar información local relacionada a la salud mental en el país, como normas, procedimientos y guías.



---

**CONTACT US**  
[www.iqvia.com](http://www.iqvia.com)