

**CARACTERIZACIÓN DEL AMBIENTE SOCIOFAMILIAR DEL PACIENTE CON
DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA**

**ANDREA LORENA POLANIA MACIAS
CAMILO CABRERA BAHAMON
FABIO ENRIQUE SUAREZ BURGOS**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
2008**

**CARACTERIZACIÓN DEL AMBIENTE SOCIOFAMILIAR DEL PACIENTE CON
DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA.**

**ANDREA LORENA POLANIA MACIAS
CAMILO CABRERA BAHAMON
FABIO ENRIQUE SUAREZ BURGOS**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al titulo de MEDICO
CIRUJANO**

**Asesor
Dr. JAVIER GÓMEZ CERON
Medico Psiquiatra**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
2008**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Mayo de 2008

DEDICATORIA

A todos los pacientes que padecen el mal de la esquizofrenia y sufren la incomprensión de un mundo no adecuado para ellos.

A nuestros padres, porque por ellos estamos realizando el sueño de nuestra vida, Hilda y Fabio; Fanny y Arcesio; Fannita y Farid.

ANDREA

CAMILO

FABIO

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan un enorme agradecimiento a:

A cada uno de los pacientes que con mucha amabilidad y disposición favorable aceptaron ser entrevistados para la realización de este proyecto. Sin ellos no hubiera sido posible realizar las conclusiones de este trabajo.

A los doctores Javier Gómez y Lina Sánchez, médicos psiquiatras por su colaboración en la organización, ejecución, asesoría y recolección de la información necesaria para el desarrollo del proyecto.

Al doctor Gilberto Astaiza por su proceso continuo de asesoría y coordinación en la elaboración y ejecución del proyecto.

A todas las personas que de una u otra forma nos colaboraron para que este trabajo llegara a su fin. Para todas muchas gracias.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1. ANTECEDENTES	16
2. PROBLEMA	20
3. JUSTIFICACION	25
4. OBJETIVOS	27
4.1 OBJETIVOS GENERALES	27
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
5. MARCO TEÓRICO	28
5.1 HISTORIA	28
5.2 EPIDEMIOLOGIA	31
2.1 DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA	33
5.3 ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO	33
5.4 CONSUMO Y ABUSO DE SUSTANCIAS ASOCIADO	33
5.5 ETIOLOGÍA	34
5.5.1 Modelo del estrés- diátesis	35
5.5.2 Factores genéticos	35
5.5.3 Alteraciones neuroquímicas	37
5.5.4 La hipótesis del neurodesarrollo	38
5.5.5. Anomalías estructurales	39
5.6 REDES SOCIALES	39
5.7 DESARROLLO HISTÓRICO DEL CONCEPTO DE «CARGA»	44
5.7.1 PRINCIPALES AREAS DE LA CARGA FAMILIAR	46

	Pág.
5.7.2 Tareas de la casa	46
5.7.3 Relaciones familiares	46
5.7.4 Relaciones sociales	47
5.7.5 Tiempo libre y desarrollo personal	47
5.7.6 Economía	47
5.7.7 Hijos y hermanos	47
5.7.8 Salud	47
5.7.9 Malestar subjetivo	48
5.8 CARGA OBJETIVA Y SUBJETIVA	48
5.9 BASES TEÓRICAS DE LA CARGA FAMILIAR	49
5.9.1 Teoría sistémica	50
5.9.2 Teoría de los roles	50
5.9.3 Teoría del estrés	52
5.10 VARIABLES RELACIONADAS CON LAS DIMENSIONES SUBJETIVAS Y OBJETIVAS DE LA CARGA	51
5.10.1 Carga individual objetiva	51
5.10.2 Carga individual subjetiva	52
5.10.3 Carga familiar objetiva	53
5.10.4 Carga familiar subjetiva	54
5.10.5 Carga de la red social objetiva	54
5.10.6 Carga de la red social subjetiva	54
5.10.7 Carga social/cultural objetiva	55

	Pág.
5.10.8 Carga social/cultural subjetiva	55
5.11 COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS EN LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS	55
5.12 TRATAMIENTO	56
5.12.1 Medicación antipsicótica	56
5.12.2 Rehabilitación Psicosocial	58
5.12.3 Psicoeducación del paciente y de la familia	59
5.12.4 Habilidades sociales	59
5.12.5 Educación para la salud	59
5.12.6 Actividades de la vida diaria	59
5.12.7 Desenvolvimiento personal	59
5.12.8 Actividades deportivas	60
5.12.9 Otras áreas	60
6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	61
7. DISEÑO METODOLÓGICO	63
7.1 TIPO DE ESTUDIO	63
7.2 UBICACIÓN DEL ESTUDIO	63
7.3 POBLACIÓN	63
7.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	64
7.5 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	64
7. 6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	64
7. 7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	66
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS	67

	Pág.
9. DISCUSIÓN	77
10 CONCLUSIONES	80
BIBLIOGRAFÍA	83
ANEXOS	84

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Distribución según género y edad de los pacientes con dx de esquizofrenia del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante el periodo comprendido entre los meses de marzo, abril y mayo del año 2008, entre los 30 y 50 años.	77
Gráfica 2. Nivel socioeconómico de los pacientes con dx de Esquizofrenia del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante el periodo comprendido entre los meses de marzo, abril y mayo del año 2008, entre los 30 y 50 años.	68
Gráfica 3. Convivencia actual de los pacientes con dx de esquizofrenia del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante el periodo comprendido entre los meses de marzo, abril y mayo del año 2008, entre los 30 y 50 años.	68
Gráfica 4. Estado civil de los pacientes con dx de esquizofrenia Del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante el periodo comprendido entre los meses de marzo, abril y mayo del año 2008, entre los 30 y 50 años.	69
Gráfica 5. Numero de hijos de los pacientes con dx de esquizofrenia del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante el periodo comprendido entre los meses de marzo, abril y mayo del año 2008, entre los 30 y 50 años.	69
Gráfica 6. Convivencia de los hijos con los pacientes con dx de esquizofrenia del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante el periodo comprendido entre los meses de marzo, abril y mayo del año 2008, entre los 30 y 50 años.	70
Gráfica 7. Conocimiento del diagnostico por parte de los hijos del paciente con dx de esquizofrenia del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo,durante el periodo comprendido entre los meses de marzo, abril y mayo del año 2008,entre los 30 y 50 años.	71
Gráfica 8. Acompañamiento por parte de los hijos del paciente con dx de esquizofrenia del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante el periodo comprendido entre los meses de marzo, abril y mayo del año 2008, entre los 30 y 50 años.	71
Gráfica 9. Rechazo por parte de los hijos hacia los pacientes con dx de esquizofrenia del Hospital Universitario Hernando	

	Pág.
Moncaleano Perdomo, durante el periodo comprendido entre Los meses de marzo, abril y mayo del año 2008, entre los 30 y 50 años.	72
Gráfica 10. Responsabilidad económica para con sus hijos por parte de los pacientes con dx de esquizofrenia del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante el periodo comprendido entre los meses de marzo, abril y mayo del año 2008, entre los 30 y 50 años.	72
Gráfica 11. Abandono de su pareja debido a comportamientos violentos de los pacientes con dx de esquizofrenia del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante el periodo comprendido entre los meses de marzo, abril y mayo del año 2008, entre los 30 y 50 años.	73
Gráfica 12. Respaldo económico por parte de su pareja sentimental para los pacientes con dx de esquizofrenia del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo durante el periodo comprendido entre los meses de marzo, abril y mayo del año 2008 entre los 30 y 50 años.	74
Gráfica 13. Situación laboral actual de los pacientes con dx de Esquizofrenia del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo durante el periodo comprendido entre los meses de marzo, abril y mayo del año 2008, entre los 30 y 50 años.	74
Gráfica 14. Despido de su lugar de trabajo de los pacientes con Dx de esquizofrenia del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo durante el periodo comprendido entre los meses de marzo, abril y mayo del año 2008, entre los 30 y 50 años.	75
Gráfica 15. Detenciones por comportamientos violentos de los pacientes con dx de esquizofrenia del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante el periodo comprendido Entre los meses de marzo, abril y mayo del año 2008, entre los 30 y 50 años.	76

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Instrumento para la recolección de la información	85
Anexo B. Constancia de consentimiento informado	87
Anexo C. Presupuesto	88
Anexo D. Cronograma de actividades	90

RESUMEN

La esquizofrenia es la principal patología psiquiátrica con repercusiones económicas y sociales marcadas que influyen de forma proporcional en el pronóstico de la enfermedad. Dentro de la fisiopatología de esta entidad se incluye la alteración en el ambiente sociofamiliar, constituido por la relación del paciente con sus familiares, con su compañía sentimental, con sus hijos, el medio laboral en el que se desempeña y las repercusiones jurídicas por los comportamientos agresivos o discordantes con las normas sociales.

Este trabajo se fundamentó en la importancia de determinar la situación sociofamiliar del paciente con diagnóstico de esquizofrenia que fueron atendidos en la unidad mental del HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, entre los meses de marzo, abril y mayo del año 2008 y cuyas edades se encuentran entre los 30 y 50 años y que tuvieron una hospitalización previa.

Se realizó una encuesta previamente estructurada, que permitió identificar las relaciones del paciente con sus hijos, con sus padres y hermanos. La relación del paciente con sus compañeros de trabajo, su dependencia económica, la facilidad para lograr un empleo y mantenerse en este, su responsabilidad financiera frente a sus hijos, el tipo de relación sentimental existente, y los comportamientos agresivos que afectan la relación con su pareja, con sus compañeros de trabajo y que tienen repercusiones legales representados en las detenciones por la fuerza pública.

Luego de la recolección de los datos, se encontró que la mayoría de pacientes entrevistados son mujeres. Son pacientes de estrato socioeconómico bajo, de estrato 1. El 57.5% viven con los padres, el 47.5% son casados y el 45% no tienen hijos. 25.6 pacientes refieren no ser rechazados por sus hijos a pesar que el 77.2% de los pacientes que tienen hijos no responden económicamente por ellos. Solo 10 pacientes tienen una pareja estable y 8 de estos es apoyado económicamente por su cónyuge. El 37% de los pacientes han sido abandonados por sus compañeros sentimentales. El 67% de los encuestados refiere tener dificultad para encontrar empleo y 14 pacientes refieren haber sido despedidos de su lugar de trabajo.

Palabras Claves: Esquizofrenia, ambiente sociofamiliar, relación sentimental, situación laboral, conductas agresivas.

SUMMARY

Schizophrenia is the main psychiatric pathology with economic and social impact that marked influence on a proportional basis in the prognosis of the disease. Within the pathophysiology of this entity include the alteration in the environment sociofamiliar, consisting of the patient's relationship with their family, with their company sentimental with their children, the working environment in which it plays and the legal implications for conduct aggressive or discordant with societal norms.

This work is realized basing us on the importance of determining the sociofamiliar situation of the patient with diagnosis of schizophrenia of the Mental Unit of HOSPITAL HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, was carried out taking a population from 40 patients between the months of March to May of 2008.

The methodology implemented for the compilation of the data was a survey previously structured; this allowed us to identify the relations of the patient with his family being considered the same like relation with parents, children, sentimental companion and brother. We also investigate the situation with the social surroundings, presence of aggressive conducts, labor situation, haltings by the public force.

After the collection of the data, we found that the majority of patients interviewed are women and represents 55% of all the survey population. They are patient of low socioeconomic level, level 1 the 52,5% of all the survey population. The 57, 5% of the patients live with the parents, the 47, and 5% are married and 45% do not have children. The 25, 6% of the patients even though refer not to be rejected by their children who the 77, 2% of the patients whom they have children are not responsible economically for them. 10 patients only have a stable pair and 8 of these are supported economically by their spouse. 37% of the patients have been left by their sentimental companions. 67% of the survey ones refer to have difficulty to find job and 14 patients refer to be dismissed of their place of work.

Key Words: Schizophrenia, sociofamiliar situation, labor situation, aggressive comportaments, company sentimental.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia, es una enfermedad mental multifactorial, únicamente humana, muy seria, que afecta al 1% de la población mundial ocasionando una gran perturbación en las relaciones sociales, familiares, sociales, presentando también problemas de aprendizaje en la persona que la padece.

Es una enfermedad que se inicia generalmente en la adolescencia tardía, y tiende a evolucionar hacia la cronicidad. En la actualidad no existen tratamientos curativos, pero se han desarrollado nuevos medicamentos antipsicóticos para su tratamiento, gracias a los nuevos avances y a los estudios, que gracias a la tecnología actual se han podido llevar a cabo, entre estos esta la biología molecular, que ha permitido un estudio mas profundo sobre las características genéticas de esta enfermedad.

Los primeros indicios de esquizofrenia probablemente pasan desapercibidos por la familia y los amigos. Las personas que sufren de esquizofrenia muchas veces exhiben uno o más de los siguientes síntomas, durante las primeras etapas de la enfermedad: prolongada sensación de tensión; falta de sueño; mala concentración; aislamiento social y/o cambio en la personalidad. A medida que la enfermedad avanza, los síntomas pasan a ser más intensos. La persona se comporta de forma diferente, habla de cosas sin sentido y tiene percepciones inusuales. Se identifican síntomas que se pueden clasificar como positivos o negativos Estos síntomas más graves son motivo para solicitar tratamiento.

El deterioro de las funciones mentales de la persona produce un cambio significativo en su entorno iniciando por su familia que en ocasiones desconoce la enfermedad y la importancia de su colaboración en el tratamiento. La persona que padece esta enfermedad por lo general es rechazada o discriminada y esto limita sus posibilidades de encontrar nuevos empleos o mantener uno estable si su tratamiento no es adecuado; Igualmente el paciente puede presentar comportamientos agresivos o violentos que en un medio no adecuado podrían poner en peligro su vida o el de las personas que lo rodean.

La disfunción social de estos pacientes, se debe en parte a la fisiopatología de la enfermedad, que consiste en una ruptura entre lo alucinado y la realidad, que enfrenta al paciente con su medio, y consigo mismo; con la incapacidad para diferenciar su verdad de un estado psicótico y finalmente es el estado alterado el que rige la vida de los pacientes dificultando su convivencia con las personas que lo rodean.

La alteración de las relaciones personales y de convivencia de estos pacientes es de gran importancia para la instauración y la adherencia al tratamiento. Los pacientes que reciben apoyo tanto económico como afectivo por parte de sus familiares o de su grupo social presentan mejor adherencia al tratamiento farmacológico y responden mejor a terapias conductuales, que los pacientes aislados socialmente.

Por esta razón es importante el apoyo de su medio social bien establecida, sea por su familia o por cualquier persona relacionada directamente con el paciente ya que esta enfermedad no afecta solo a la persona que la padece sino que tiene un gran impacto a su alrededor, produciendo cambios visibles en las personas que están en estrecho contacto con ellos.

El grupo social es definido como el conjunto de personas que se relacionan con un individuo, que forman vínculos, utilizan espacio y tiempo conjuntamente, se gustan o se disgustan, y se prestan ayudas recíprocas, así un paciente con diagnóstico de esquizofrenia con un tratamiento farmacológico adecuado y continuo acompañado de una red adecuada mejora significativamente la calidad de vida de la persona y mejora su pronóstico.

Adicionalmente a todos los cambios y alteraciones que padece el enfermo su grupo social se ve afectado debido al marcado deterioro en el desempeño laboral de estas personas obligándolos en su gran mayoría a depender económicamente de terceros. Esto produce cambios en el núcleo familiar, que muchas veces decide abandonar a los pacientes o en su defecto el aislamiento social ya sea por miedo hacia el paciente o por evitar tener una carga emocional y económica.

1. ANTECEDENTES

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más serias que ocasionan una gran perturbación en las relaciones sociales, familiares y labores de las personas que la sufren, modificando sustancialmente la relación entre los pacientes con su entorno, llegando incluso a crear dependencia total desde el punto de vista afectivo, económico y físico. Se inicia generalmente en la adolescencia, tiene tendencia a evolucionar hacia la cronicidad y no existe un tratamiento curativo en la actualidad, lográndose únicamente una remisión de los síntomas con el uso de antipsicóticos.

La incidencia de esta enfermedad tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo varía entre 0.3 a 1.2 casos por mil habitantes, por año. A nivel mundial se estima que de 1 al 2% de las personas sufren actualmente esta enfermedad.¹

Las personas con esquizofrenia viven sin realizar ningún tipo de actividad productiva en un 62% de los casos, según datos de una encuesta realizada por la asociación AMAFE (Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Enfermos con Esquizofrenia) teniendo en cuenta que el 50% de los afectados son jóvenes menores de 35 años, que ven truncada su vida laboral o estudiantil. Además, el 80% de los pacientes conviven con sus familias sin generar ingresos, por lo que el coste social de la enfermedad es muy elevado.²

El desconocimiento y los prejuicios sobre las causas, manifestaciones, tratamiento y evolución de la esquizofrenia son responsables del estigma y la discriminación que sufren las personas que padecen o han padecido esta enfermedad y sus familiares. Esta circunstancia condiciona la integración de los pacientes en el desarrollo social, educativo, laboral, sanitario y legal hasta el punto de provocar su marginación.

Según el psicólogo clínico B. TEJEDOR quien relata una experiencia de trabajo con familiares de enfermos mentales crónicos, teniendo en cuenta el papel de la familia dentro del proceso de enfermar, la crisis familiar que se genera a partir del surgimiento de la enfermedad mental en uno de sus miembros y el papel de la familia dentro del proceso de rehabilitación, se llega a la conclusión de que el desorden mental no es solamente la angustia personal del individuo, sino que tal sentimiento proviene también del creciente colapso o choque con el sistema social

¹ CHUAQUI Jorge. El estigma en la esquizofrenia. viña Del Mar Chile: Ciencias Sociales Online, 2005. 47-48 p.

² TELEZ J. LOPEZ: Aspectos Neurocognitivos de La Esquizofrenia. Nuevo Milênio Editores. Bogotá 2005

donde se inserta, por su familia, escuela o trabajo, sus creencias religiosas o sus amistades, quienes son su principal punto de apoyo, respaldo y comprensión. Por tal motivo, la rehabilitación de la persona enferma mental sólo puede ser posible si se toman en cuenta los distintos ámbitos o sistemas con los que interactúa. En otras palabras, menciona el psicólogo, “así como una persona puede enfermar, como portavoz de la angustia de una red social que lo excluye y margina, sólo podrá intentar rehabilitarse socialmente dentro de una red de apoyo que lo estimule y acompañe en este proceso”.

Esta tarea se desarrolló dentro de la Asociación Pro-Salud Mental “La Frontera”, en 1990 formada por familiares, allegados, enfermos mentales, técnicos y voluntarios.

Al evaluar la carga familiar que produce un paciente con esquizofrenia se ha demostrado que la edad media del cuidador es de 55 años, con un 30% mayor de 65 años. De ellos el 48% son progenitores; 34% hermanos y 12% cónyuges. El 89,6% necesitan intervención familiar en actividades de la vida cotidiana. El 49,3% presentaron alteraciones de conducta que la familia tuvo que controlar. Estas tareas generaron malestar al 88,1% de los cuidadores. El 44,7% viven siempre o frecuentemente preocupados por el paciente. El 35,8% de los cuidadores consideran la enfermedad una carga económica constante. Sin embargo, para el 43,3% el cuidado del enfermo no ha supuesto un aumento de los gastos.³

El 44,8% de los cuidadores ven alterada su rutina diaria por atender a los pacientes. El 43,3% de los cuidadores han sufrido pérdidas significativas de oportunidades socio laborales a lo largo de la vida por la enfermedad de su familiar.⁴

El 12,1% de los cuidadores presentan patologías relacionadas con las tareas de atención al paciente. Los cuidadores dedican una media de 11 horas a la semana al cuidado del paciente. El 40% de los cuidadores no reciben ayuda de otros cuidadores en su tarea.⁵

En relación al estigma que se tiene frente al comportamiento violento del paciente con esquizofrenia, un estudio en el que se realizó un seguimiento sobre un grupo de 80 pacientes que habían salido del Hospital Psiquiátrico para ver cómo se adaptaban a la vida en la comunidad. «A lo largo de cinco años, de esos 80 pacientes sólo dos habían tenido contacto con la Policía. Uno, como víctima. El otro recibió una advertencia oral por un comportamiento desordenado en un

³ CHUAQUI Jorge. El estigma en la esquizofrenia. viña Del Mar Chile: Ciencias Sociales Online, 2005. 45-46 p.

⁴ TELEZ J. LOPEZ: Aspectos Neurocognitivos de La Esquizofrenia. Nuevo Milênio Editores. Bogotá 2005

⁵ GARZON A, RIVIERA L PROYECTO ECFOS: EVALUACIÓN DE CARGA FAMILIAR OBJETIVA Y SUBJETIVA. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Navarra 1997

parque». Los resultados, eran muy similares a los que alcanzó otro estudio elaborado en Londres (Reino Unido) con 4.000 pacientes controlados durante diez años tras abandonar su hospitalización.⁶

«Hay más investigaciones que dicen que disminuye el riesgo de violencia que lo contrario» afirma el doctor Torres. En general, el enfermo esquizofrénico de larga evolución tiende a aislarse socialmente, por lo tanto disminuye la probabilidad de entrar en colisión con otras personas». «La mayoría de los estudios coinciden en que el riesgo de comportamiento violento en la persona con esquizofrenia no es mayor, y tal vez sea menor, que el de la población general. Lo que ocurre es que cuando el esquizofrénico se muestra violento -sobre todo si la violencia tiene que ver con su delirio- el acto es extraordinariamente violento. Y eso es lo que le da la mala prensa».

Los índices de prevalencia de depresión en la esquizofrenia oscilan entre un 7-54%. Observaciones clínicas han mostrado que las ideas suicidas son más prominentes en los pacientes con alucinaciones auditivas y que presentan dificultades en sus relaciones interpersonales y familiares. Las ideas de autoeliminación están relacionadas con la disminución de la calidad de vida, disminución que se asocia con una mayor frecuencia de cuadros depresivos. La disminución de la calidad de vida no es solamente el resultado del proceso esquizofrénico, sino que también está originada por la presencia de insatisfacciones vitales severas y los síntomas extrapiramidales desencadenados por la medicación antipsicótica.⁷

La depresión se presenta en cualquiera de las etapas del curso clínico de la esquizofrenia.

Como podemos observar, la familia es un factor indispensable durante el curso de la enfermedad y la rehabilitación del paciente, ya que puede facilitar o intervenir en las relaciones del individuo enfermo con el resto de la sociedad, y permitirle una mejor adaptación y desarrollo de sus habilidades, para evitar el indeseable rechazo y una mayor dependencia. Tradicionalmente, la mayor parte de los estudios sobre la familia de los pacientes esquizofrénicos se centraban en el efecto de la familia sobre la enfermedad del paciente. Los clínicos se dirigían a los familiares como meras fuentes de información o como responsables de la mala evolución de la enfermedad. Se mostraba poco interés por el efecto que la enfermedad ejercía sobre los familiares y las medidas que adoptaban para enfrentarse a ella.

⁶ FRANCISCO TORRES. Readaptación a la vida en la comunidad. Granada, año 2003

⁷ TELEZ J. LOPEZ: Aspectos Neurocognitivos de La Esquizofrenia. Nuevo Milênio Editores. Bogotá 2005

La eficacia de un tratamiento para la esquizofrenia se evaluaba casi exclusivamente en función de su capacidad para controlar determinados síntomas específicos. Posteriormente se introdujeron como medidas de efectividad la capacidad de los tratamientos para disminuir los reingresos y/o acortar las hospitalizaciones. Sin embargo, tras la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos, la evaluación de los programas de tratamiento comunitario requiere prestar atención al funcionamiento global, estado general de salud, calidad de vida e impacto de los comportamientos de los enfermos en la familia y la sociedad. Si se traduce la «carga familiar» a «costes indirectos» de la enfermedad podremos empezar a entender la importancia de ésta y su peso específico en el coste total de la atención a los enfermos mentales graves. El papel de los llamados «cuidados informales», la atención prestada a los enfermos por personal no especializado, fundamentalmente por su familia, en la atención comunitaria de los enfermos mentales graves está empezando a reconocerse. Su importancia cada vez será mayor en el desarrollo y evaluación de los programas de tratamiento y de las políticas socio sanitarias.⁸

Tras revisar la bibliografía psicoanalítica en torno a la concepción de la psicosis se observa una tendencia en ella a conceder cada vez mayor importancia a los factores ambientales en relación con los primitivos objetos de identificación (progenitores). Se plantea la hipótesis de que si la psicosis es el fracaso del yo en su organización los progenitores, primeros objetos de identificación, han de tener alguna relación con dicho fracaso yoico o alguna característica que los haga diferentes de aquellos otros cuyos hijos no presentan un episodio psicótico. Se estudia una muestra de 50 sujetos diagnosticados de esquizofrenia, según los criterios del DSM-III R, junto con sus progenitores frente a un grupo control de similares características socio-culturales y de edad compuesto por 40 sujetos y sus progenitores. Se concluye que la estructura de identificación de los progenitores del grupo control y que esta diferencia puede guardar relación con la estructura de identificación de los sujetos que fueron diagnosticados de esquizofrenia.⁹

⁸ Martínez L Jesús A, Sobrecarga de los familiares en el tratamiento de los pacientes con trastornos esquizofrénicos. *Informaciones Psiquiátricas* - Segundo trimestre 2002. Número 168. Madrid 2002

⁹ CHUAQUI Jorge. El estigma en la esquizofrenia. *viña Del Mar Chile: Ciencias Sociales Online*, 2005. 45-46 p.

2. PROBLEMA

La esquizofrenia se encuentra entre las enfermedades mentales que causa mas preocupación dentro de el ambiente sociofamiliar del paciente debido a los significativos cambios en el comportamiento, relación con las demás personas y cambios importantes en el estilo de vida que se producen por esta patología y que son progresivos, por lo cual la persona que la padece debe permanecer en un estricto control médico.

La esquizofrenia, es la novena causa de discapacidad en el mundo y se incrementará en 22 a 45 millones en las próximas décadas. En nuestro departamento tenemos una incidencia del 0.5%. La incidencia de esta enfermedad tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo como el nuestro varía entre 0.3 a 1.2 casos por mil habitantes, por año. A nivel mundial se estima que de 1 al 2% de las personas sufren actualmente esta enfermedad. Como esta afección es altamente incapacitante genera esfuerzo adicional para los familiares y las comunidades. De igual forma las personas con estas afecciones son victimas potenciales de estigmatización y violación de derechos. Se considera que afecta entre el 0,5 y el 1,5 % de la población mundial, presenta cifras internacionales como que entre el 10 y el 15 % de los esquizofrénicos mueren por suicidio, el 50 % de ellos intentan al menos una vez en la vida suicidarse con la misma probabilidad para hombres que para mujeres.

Haciendo referencia al consumo de sustancias tóxicas, los estudios realizados indican que el 75 % esquizofrénicos fuman, entre el 30 y el 50 % de ellos cumplen criterios para el abuso o dependencia del alcohol, del 25 al 47 % para el cannabis, así como del 5 al 10 % para la cocaína, todo lo que asegura una tórpida evolución y un empeoramiento del pronóstico; no debe entonces extrañar que a partir de 1996 la esquizofrenia se encuentre incluida en el listado de las 10 causas más importantes de enfermedad y muerte en el mundo y ocupe la posición 9 entre ellas

La esquizofrenia, caracterizada clínicamente por trastornos del contenido del pensamiento, sensoperceptuales, de la afectividad y la expresión desorganizada de la conducta, acompañados de la ruptura con la realidad, tiene en el consenso internacional en los criterios de su evolución las estadísticas de recaída siguientes: del 1,5 al 3 % de los pacientes recaen al mes, el 50 % al año y el 85 % en los 5 años.

En nuestro país la prevalencia es de 1% según el último censo realizado por el Ministerio de Protección Social. Estos datos son preocupantes, ya que es necesario un manejo interdisciplinario adecuado y continuo de estos pacientes para lograr una mejor calidad de vida y mejorar el pronóstico.

En el ámbito laboral esta enfermedad igualmente tiene un gran impacto. Según un REPORTE de la OMS 2001 el tiempo vivido con discapacidad en el paciente con

esquizofrenia sean hombres o mujeres es de 2.7 a 3 años. Esta discapacidad se presenta en ambos sexos en un 4.8 a 5 % entre pacientes de 15 a 44 años.¹⁰

Según las estadísticas más recientes aportadas por el Instituto Nacional de la Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH), parte de los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health, NIH): en todo el mundo, los trastornos de la salud mental representan cuatro de las 10 causas principales de discapacidad en las economías de mercado establecidas, como la de Estados Unidos, y son las siguientes: la depresión grave (también llamada depresión clínica), el trastorno maníaco depresivo (también llamado trastorno bipolar), la esquizofrenia y el trastorno obsesivo compulsivo¹¹.

Algunos de los trastornos cognitivos más significativos presentes en los pacientes que sufren de esquizofrenia y que ocasionan inestabilidad laboral y discapacidad encontramos alteraciones en la memoria declarativa, las funciones ejecutivas y la atención sostenida. Una manera de dimensionar la severidad de estas alteraciones cognitivas es cuantificando el rendimiento de los pacientes con esquizofrenia en términos de las desviaciones estándar (DS) por debajo del promedio para individuos normales, considerando edad y educación. Desde este punto de vista, las habilidades perceptivas básicas, la memoria de reconocimiento y la capacidad para nombrar figuras están levemente afectadas (0,5 a 1,0 DS bajo el promedio normal). La capacidad para concentrarse, la memoria de recuperación, las habilidades visuo-motoras, y la memoria de trabajo están moderadamente afectadas (1 a 2 DS bajo el promedio normal). Finalmente, la memoria declarativa verbal, las funciones ejecutivas, la función de vigilancia, la velocidad motora, y la fluidez verbal están todas severamente alteradas (más de 2 DS bajo el promedio normal).

Esta enfermedad hace que el paciente no pueda mantener trabajos estables, buen rendimiento académico, una buena relación con su pareja o familia y en ocasiones lo lleva a que sus comportamientos violentos lo involucren en serios problemas legales.

Según la prevalencia de la enfermedad, la mayor parte de los hombres (69%) y de las mujeres (58%) se encuentran en las edades más productivas, es decir, de 26 a 45 años. Las diferencias por sexo no son muy marcadas, mostrándose más mujeres en las edades más tempranas y mayores.

¹⁰ GONZÁLEZ CARO César. Impacto Psicosocial de la Esquizofrenia asociación colombiana para la salud mental. Cali, Colombia: Salud Colombia.2004.8-15 p. <http://www.acsam.com.co>

¹¹ CÉSAR HERNANDO GONZÁLEZ CARO. impacto psicosocial de la esquizofrenia. asociación colombiana para la salud mental.

En Japón se hizo una evaluación global del problema para ese país y se concluye que el 16% de los pacientes tiene trabajo completo, un 8% jornada parcial, 12% asistían a un centro de atención diurna, 4% van a talleres cerrados y sólo un 1% a talleres de rehabilitación. En otro estudio realizado en Alemania, 502 pacientes fueron estudiados, llegándose a concluir que un 12,8% vivía de lo que ganaba y la Satisfacción con el trabajo era alta. Según un estudio realizado en Polonia, después de dos años de declarada la enfermedad un 40% estaba trabajando, pero la mayor parte en trabajos para discapacitados; los pacientes que trabajaban profesionalmente tenían mejor estado mental, disminuyendo los síntomas psicopatológicos en ellos.

Una encuesta de 72 pacientes en Alemania reveló que sólo un 16% mantenía un empleo, y sólo 15% ganaba su propio salario; cerca de 25 pacientes dependía de la seguridad social para mantenerse y se manifestaban situaciones de pobreza en muchos pacientes.

Respecto al nivel educacional por sexo, observamos que un 38% de los hombres tienen algún tipo de educación superior, contra sólo un 14% de las mujeres.

La familia pasa por diversas etapas negativas desde el inicio de la enfermedad, hasta que llega a aceptarla de manera madura y esperar sólo cambios razonables en el paciente. La esquizofrenia causa un serio problema no sólo al paciente, sino también a la familia, por lo que esta frecuentemente se ve aliviada cuando el paciente es hospitalizado, lo que en ciertos casos lleva a que la familia deje abandonado al paciente en el asilo. La falta de manejo adecuado de la familia respecto a la enfermedad, influida por la formación de imágenes negativas de la familia respecto al paciente puede llevar a situaciones como las descritas.

En lo referente al estado civil en estos pacientes, encontramos que la mayoría de los pacientes no tienen pareja estable (unión libre, matrimonio) como lo demuestra un estudio realizado en Chile donde la inmensa mayoría tanto de hombres como de mujeres son solteros, lo que coincide con los conocimientos que existen respecto a la enfermedad. Lo único que llama la atención, es el hallazgo de un mayor porcentaje de mujeres separadas respecto a los hombres.

Otro aspecto importante a considerar de la enfermedad es la presencia de comportamientos agresivos que en ocasiones los implican en asuntos legales o debe intervenir la autoridad para controlarlos. Se encontraron los siguientes hallazgos, los pacientes demuestran agresividad física contra personas: 45,1%; demuestran agresividad verbal: 51,0%; ejercen violencia contra objetos, habitación o casa: 37,2%; se pierden de la casa: 27,4%; tienen problemas con vecinos o desconocidos fuera de la casa: 24,5%; problemas con carabineros o la justicia cuando salen: 24,2%; intentan dañarse a si mismo: 30,4%; es difícil de controlar: 46,1%.

Cuando el paciente se encuentra estable y controlado se encuentra que conversa poco con la familia y amigos: 49,0%; no es capaz de vivir solo aunque tenga ayuda económica de la familia: 79,4%; no es capaz de vivir solo y mantenerse económicamente: 84,3%; es bueno para mentir o manipular: 27,5%; es desaseado

con su persona o con su ropa: 22,5%; ayuda poco en la casa: 48,0%; manifiesta conductas extrañas o inesperadas: 26,7%; manifiesta agresividad verbal: 16,7%; se comporta como un niño: 46,0%; no es capaz de tener una pareja estable: 72,5%; se cierra en si mismo, habla poco: 52,9%; se encierra en la casa o habitación sin salir: 37,3%.¹²

La familia es un factor indispensable durante el curso de la enfermedad y la rehabilitación del paciente, ya que puede facilitar e intervenir en las relaciones del individuo enfermo con el resto de la sociedad y permitirle una mejor adaptación y desarrollo de sus habilidades para evitar el indeseable rechazo y una mayor dependencia.

Esquizofrenia es una enfermedad costosa debido a:

- Su comienzo temprano en la vida, en el pico de su productividad, cursa de forma crónica restringiendo su estilo de vida y habilidad para trabajar.
- Presenta mortalidad baja
- Los tratamientos son parcialmente efectivos y costosos
- El impacto financiero sobre la familia y los cuidadores es substancial
- Los pacientes y las familias experimentan desventajas por el estigma social de la enfermedad

Los costos de la esquizofrenia:

DIRECTOS:

- Costos para proveer servicios a los enfermos
- Costos incurridos por la familia y los cuidadores

INDIRECTOS:

- Pérdidas de recursos que podrían ser invertidos en otras áreas
- Pérdida de productividad por pacientes y cuidadores

INTANGIBLES:

- Dolor y sufrimiento por pacientes y cuidadores reflejados en reducida calidad de vida, intangibles en términos financieros

¹² "Ibid", p. 18

Problemas sociales relativos a la Esquizofrenia

- Efecto del trastorno sobre los pacientes
- Efecto del trastorno sobre las familias de los pacientes
- Consecuencias de la desinstitucionalización
- Abuso de sustancias
- Crimen y violencia
- Costo económico de la esquizofrenia

Efectos sobre las familias

- Culpa por haber sido factor casual en la enfermedad
- Culpa por ser incapaz de responder a las necesidades del paciente
- Falta de comprensión acerca del trastorno y sus implicaciones
- Cansancio emocional por enfrentar comportamientos
- Miedo de que otros miembros de la familia puedan desarrollar la enfermedad.
- Miedo y preocupación acerca de la seguridad del paciente y de otros con quien el paciente tiene contacto
- Preocupación acerca de los costos del cuidado
- Pérdida o disminución en el ingreso familiar

Por tanto nos planteamos el siguiente interrogante:

¿Cuáles son las características del ambiente sociofamiliar de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que han estado hospitalizados y asistieron a consulta externa en el servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, durante el periodo de tiempo comprendido entre los meses de Marzo, Abril y Mayo del año 2008, y cuyas edades oscilen entre los 30 y 50 años?

3. JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales de difícil control médico que se presenta con mayor frecuencia, y produce altos costos por ser altamente incapacitante.

Este trastorno de la conducta se encuentra ampliamente asociado con estilos de vida poco saludables en el campo psicológico, como adicción a drogas, intentos suicidas y conductas violentas.

La sociedad a lo largo de la historia ha marginado los pacientes con este problema por ser de difícil control, y por las complicaciones tanto emocionales como legales a las que se asocia por la semiología de la patología.

La gran mayoría de los estudios se centran en la etiología, la clínica, y el tratamiento de la esquizofrenia. Es la alteración mental más estudiada, y en todas las investigaciones y en la bibliografía general se registra un deterioro social como componente de su sintomatología.

Pero son muy pocos los estudios hechos sobre la magnitud y las implicaciones sociales de dicho deterioro.

En nuestro hospital, lugar de referencia para todo el sur colombiano se recibe diariamente muchos pacientes esquizofrénicos con alteraciones y conductas antisociales muy características como la delincuencia, drogadicción, agresividad y solo se les presta la atención básica de su trastorno, es decir los medicamentos antipsicóticos, ya que son personas que generan temor a la sociedad, y en nuestro medio son tratados con desprecio. Este trabajo busca contribuir con la eliminación de estigmas sociales frente a este tipo de enfermedad.

Una adecuada comprensión de la sintomatología de esta enfermedad y un manejo adecuado de la misma, puede reducir los costos por incapacidad.

Los desencadenantes que nos han alentado a decidirnos por este trabajo han sido el estigma social asociado a la enfermedad mental (este tipo de paciente es considerado, en muchas ocasiones, como peligroso por el mero hecho de su padecimiento) y, por otro lado, que hemos observado la falta de referencias y estudios en la comunidad científica con respecto al tema en cuestión.

Por esta razón y con la intención de realizar nuestro trabajo de grado novedoso y con beneficio para toda la población, queremos abordar estas implicaciones desde el paciente mismo, pues será él la fuente de información y el objetivo de estudio.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las características del ambiente sociofamiliar de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que asistieron a consulta externa en el periodo comprendido entre los meses de Marzo, Abril y Mayo del año 2008 en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y cuyas edades oscilan entre 30 y 50 años.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los aspectos sociodemográficos del paciente con esquizofrenia.
- Determinar el tipo de relación del paciente con su núcleo familiar.
- Determinar la presencia de conductas violentas.
- Describir la existencia de detenciones legales por infracciones a la ley.
- Describir la relación del paciente con su medio social.

5. MARCO TEÓRICO

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más serias que ocasionan una gran perturbación en las relaciones sociales, familiares y labores de las personas que la sufren, que se inicia generalmente en la adolescencia, que tiene tendencia a evolucionar hacia la cronicidad y para la cual, no existe un tratamiento curativo en la actualidad, lográndose únicamente una remisión de los síntomas con el uso de antipsicóticos.

5.1 HISTORIA

Es difícil encontrar en los libros de historia de la psiquiatría los inicios de la esquizofrenia como una enfermedad diferente de las otras en las épocas remotas, ya que la nomenclatura y descripción empleadas, solo nos permiten encontrar síntomas que en la actualidad podrían corresponder a esta enfermedad. Sin embargo, ha sido objeto de estudio por numerosos médicos, psicólogos, filósofos, sacerdotes y artistas a través del tiempo.

Ya en el año de 1400 A.C. en el Ayur-Veda de la antigua india se describe una condición que podría corresponder a la actual esquizofrenia y para la que recomendaba "meditación" y "técnicas de encantamiento" para su tratamiento¹³.

Durante la Edad Antigua y hasta el siglo XIX, no ocurre nada sobresaliente en el campo de la esquizofrenología.

En el año de 1856, Morel que fue un contemporáneo de Krepelin, introduce el término demencia precoz, para catalogar a un adolescente que era brillante activo y que luego se volvió aislado, apático y callado.

En el año 1868, se introduce el término catatonia para designar un cuadro clínico en el que predomina la tensión motora (muscular) y que posee dos fases: una estuporosa o inhibida (estupor catatónico) y otra excitada (agitación catatónica). Es este mismo año que Sander introduce el término paranoia para catalogar a un grupo de personas en las que sobresalen sentimientos de ser perjudicados, maltratados, perseguidos o humillados.

En 1870, Hecker introduce el término hebefrenia para describir un cuadro de inicio en la adolescencia, en donde hay una perturbación mental y que irremisiblemente conduce al deterioro del individuo.

¹³ HEATH RG. Hipótesis bioquímica acerca de La etiología de La Esquizofrenia. Jackson t. Amorrotu editores. Londres 2003

En 1896, Krepelin utiliza nuevamente el término demencia precoz y hace una descripción de esta condición mental cuya descripción aún tiene vigencia en la actualidad. Pone de manifiesto su inicio temprano, su evolución hacia el deterioro y su oposición a la psicosis maniaco-depresiva en donde éste no existe: Identifica tres subgrupos: paranoide, catatónica y hebefrénica.

En 1900 Sigmund Freud introdujo el método psicoanalítico.

En 1911, Bleuler introduce el término esquizofrenia para sustituir al de demencia precoz ya que éste se consideró inexacto porque no siempre conduce al deterioro y el mismo Krepelin aceptaba que un 13% se recuperaban. Esquizofrenia significa mente dividida (mente escindida), poniendo un énfasis mayor en la fragmentación de la personalidad que en la evolución. Para Bleuler la esquizofrenia era la enfermedad de cuatro Aes: autismo, ambivalencia, asociaciones laxas y efecto incongruente¹⁴.

En 1933, Kasanin introduce el término esquizoafectivo para designar un grupo de esquizofrenias en las que además del trastorno formal de pensamiento, presentan alteraciones afectivas importantes tanto en el sentido de la manía como en el de la depresión.

En 1939, Langfeldt hace distinción entre proceso esquizofrénico que significa para él inicio temprano, una gran desorganización mental y un curso irremisible hacia el deterioro y la reacción esquizofrénica que consiste en un cuadro menos severo, con una personalidad pre mórbida más adecuada, mejor ajuste social y laboral y capaz de remitir parcial o totalmente sin conducir a un deterioro progresivo.

En 1949., Polatín introduce el término pseudoneurótica para designar un tipo de esquizofrenia en las que el trastorno del pensamiento no era tan sobresaliente, pero se mostraban con un frente de síntomas ansiosos que podían hacer pensar en una neurosis de ansiedad pero que no evolucionaban como ella.

En 1952 en la primera edición del "Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders de la Asociación Psiquiátrica Americana se clasifica a la esquizofrenia como "reacciones esquizofrénicas" y se incluyen los tipos: simple, tipo hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, tipo esquizo-afectivo, tipo infantil y tipo residual.¹⁵

En Crow la clasifica en dos categorías:

¹⁴ ANDREASSON S, ALLERBEG P, ENGSTROM A, RYBERG U. Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of Swedish conscripts. Lancet 1997

¹⁵ KAPLAN H, SADOCK B: Sinopsis de psiquiatría, Esquizofrenia. Editorial Médica Panamericana. Octava Edición 2001.

TIPO I

- Síntomas transitorios
- Delirios-alucinaciones
- Trastornos de las formas del pensamiento
- Alteraciones de conducta
- Alteraciones de los neurotransmisores
- Hiperactividad dopaminérgica

TIPO II

- Es permanente
- Pobreza del pensamiento
- Afecto plano
- Disminución de la actividad voluntaria
- Alta relación genética
- Daño orgánico

La esquizofrenia se acompaña de un grado significativo de estigma y discriminación que viene a incrementar la propia carga, que la enfermedad supone para los pacientes y sus familiares.

A menudo las personas con esquizofrenia deben enfrentarse a un aislamiento social, la discriminación que sufren en materias como la vivienda, la educación y las oportunidades de empleo y a otra clase de prejuicios. La estimación suele extenderse, además al resto de la familia, y a quienes prestan servicios sanitarios, para los pacientes con esquizofrenia. Por otra parte los tratamientos que reciben los pacientes también pueden contribuir a magnificar el problema. Especialmente si se presentan los efectos secundarios motores, debilitantes que se derivan de la administración de determinados antipsicóticos. Sin embargo existen hoy en día nuevas esperanzas para quienes padecen esquizofrenia. Recientemente se han desarrollado nuevos antipsicóticos e intervenciones psicosociales que están ayudando a muchos de los que padecen esquizofrenia a reintegrarse a su comunidad, a mejorar su calidad de vida y a conseguir sus objetivos vitales. No obstante la estigmatización y la discriminación que acompañan a una enfermedad mental grave reduce las posibilidades de que estos enfermos se beneficien enteramente de los nuevos tratamientos médicos, y pueden retrasar, por tanto, su recuperación.¹⁶

¹⁶ WARNER R. Esquizofrenia. Epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales. Organización Mundial de La Salud. Meditor 1995. Madrid.

El desconocimiento de la mente aun es muy grande, especialmente a lo que se refiere a la esquizofrenia, una enfermedad que afecta al 1 % de toda la población mundial, de todos estos solo el 5% son tratados.

Algunas hipótesis acerca de la esquizofrenia establecen una relación del rol sexual y los lazos afectivos en su etiología, a si mismo dan importancia a las relaciones parentales (firme autoridad materna, débil autoridad paterna).

Estas dificultades no proporcionan modelos de roles, adecuados a sus hijos ya que mantienen una dependencia en el núcleo primario, esto hace que las pautas de vida familiar observadas impidan que el niño alcance una identidad digna así como la capacidad para discriminar comunicaciones de naturaleza emocional; estas personas tienden a retraerse mediante la alteración de sus representaciones internas de la realidad, debido a que se criaron en medio de la irracionalidad y de sistemas intrafamiliares de comunicación que distorsionan o niegan interpretaciones instrumentalmente validas del medio. Además se dan alteraciones en las relaciones interpersonales de los esquizofrénicos que nos permiten suponer que puede existir una forma especial de vivenciar la sexualidad en estos pacientes.

5.2 EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia esta entre 0.9-3.8 por 1000 habitantes y la incidencia entre 0.16-0.28 por cien habitantes, siendo similar en todo el mundo sin afectar la variabilidad cultural, étnica, social y económica.¹⁷

En los Estados Unidos la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida oscila según las fuentes entre el 1 y el 1.5%; de acuerdo con estos datos el NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH patrocinador del estudio EPIDEMIOLOGIC CATCHMENT AREA (ECA) encontró una prevalencia a lo largo de la vida entre el 0.6 y el 1.9%. Cada uno entre un 0.024y un 0.0028 % de toda la población general sigue el tratamiento para la esquizofrenia.

Aunque dos tercios de los pacientes tratados necesitan ser hospitalizados y a pesar de la gravedad del trastorno, solo alrededor de la mitad de los pacientes esquizofrénicos reciben tratamiento.¹⁸

¹⁷ "Ibid", p. 2.

¹⁸ TELEZ J. LOPEZ: Aspectos Neurocognitivos de La Esquizofrenia. Nuevo Milênio Editores. Bogotá 2005.p 2

En Colombia la prevalencia es de 1% según el último censo realizado por el Ministerio de Protección Social.

Según las estadísticas más recientes aportadas por el Instituto Nacional de la Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH), parte de los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health, NIH): En todo el mundo, los trastornos de la salud mental representan cuatro de las 10 causas principales de discapacidad en las economías de mercado establecidas, como la de Estados Unidos, y son las siguientes: la depresión grave (también llamada depresión clínica), el trastorno maníaco depresivo (también llamado trastorno bipolar), la esquizofrenia y el trastorno obsesivo compulsivo.¹⁹

La prevalencia de la esquizofrenia es la misma en hombres y mujeres. Sin embargo ambos sexos difieren en el inicio y curso de la enfermedad. La edad de inicio es menor en los hombres que en las mujeres. Más de la mitad de los varones esquizofrénicos pero solo un tercio de las mujeres, son ingresados por primera vez en un hospital psiquiátrico antes de los 25 años de edad.

La edad de inicio mas frecuente en los hombres esta entre los 15 y 25 años y las mujeres entre los 25 y los 35. El inicio de la esquizofrenia antes de los diez años o después de los 50 es extremadamente raro. Cerca del 90% de los pacientes en tratamiento se encuentran entre los 15 y 55 años. Algunos estudios han indicado que es más probable que los hombres presenten deterioro debido a los síntomas negativos que las mujeres y que las mujeres es más probable que tengan un mejor funcionamiento social. En general la evolución de la esquizofrenia es más favorable en las mujeres que en los varones.

Un hallazgo frecuente en la investigación sobre la esquizofrenia es que las personas que desarrollan este trastorno es más probable que hallan nacido en inviernos y en principios de primavera que a finales de primavera y verano.

En el hemisferio norte incluyendo Estados Unidos, Cuba los pacientes esquizofrénicos han nacido con mayor frecuencia en los meses comprendidos entre Enero y Abril. En el hemisferio sur los pacientes esquizofrénicos han nacido en mayor proporción en los meses de julio a septiembre. Varias hipótesis han sido formuladas para explicar estas observaciones. Una de ellas aboga por la existencia de algún factor de riesgo estacional específico, como un virus o un cambio en la dieta. Otras hipótesis sostienen que las personas con predisposición genética para la esquizofrenia tienen más ventajas biológicas para sobrevivir a los riesgos estacionales específicos.

¹⁹ CHUAQUI, op.cit. p. 79-103

5.2.1 Distribución Geográfica. La esquizofrenia no se distribuye geográficamente de una forma equitativa. Históricamente la prevalencia en el nordeste de Estados Unidos era mayor que en otras áreas, aunque esta distribución desigual se ha ido nivelando. Algunas áreas geográficas en el mundo tienen una prevalencia de este trastorno inusualmente elevada y los investigadores han interpretado estas bolsas geográficas de esquizofrenia como debidas a una causa infecciosa (p.ej. vírica) de la esquizofrenia²⁰.

5.3 ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO

El suicidio es una causa frecuente de muerte entre los pacientes con esquizofrenia, alrededor de el 50% de los pacientes con esquizofrenia intentan el suicidio por lo menos una vez en su vida y entre un 10 y un 15 %de ellos muere por suicidio durante un periodo de seguimiento de 20 años. Los principales factores de riesgo de suicidio en estos pacientes son los síntomas depresivos, la menor edad y un alto nivel de funcionamiento pre mórbido, especialmente universitarios; es así como el abordaje terapéutico para este tipo de pacientes puede consistir en tratamiento farmacológico de la depresión tratamiento con psicoterapia para la situación de perdida y el uso de grupos de apoyo para ayudar a dirigir las ambiciones de los pacientes hacia los objetos realistas.

5.4 CONSUMO Y ABUSO DE SUSTANCIAS ASOCIADO

Consumo de cigarrillos

La mayoría de los estudios revelan que más de tres cuartas partes del total de los pacientes con esquizofrenia fuman cigarrillos, algunos estudios han señalado que fumar cigarrillos se asocia con el consumo de altas dosis de fármacos antipsicóticos, posiblemente porque aumente la tasa de metabolismo de estos. Por otra parte, fumar cigarrillos se asocia con una disminución del parkinsonismo causado por los anti psicóticos, posiblemente debido a activación de neuronas dopaminérgicas dependiente de nicotina²¹.

Estudios recientes han demostrado que la nicotina puede disminuir los síntomas positivos, como las alucinaciones, en pacientes esquizofrénicos, por su efecto

²⁰ IGARTUA, JUANJO, PAEZ, DARIO, CELORIO, MARIA JOSE: factores psico-sociales e integración social del enfermo mental (psicótico) en la comunidad. revista de psicología social aplicada. VOL. 4, N. 2, P. 89-108.1994

²¹ ANDREASSON S, ALLERBEG P, ENGSTROM A, RYBERG U. Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of Swedish conscripts. Lancet 1997

sobre los receptores nicotínicos, cerebrales que reducen la percepción de estímulos externos, especialmente el ruido.

Abuso de otras sustancias.

Las implicaciones del abuso de sustancias en los pacientes esquizofrénicos están poco claras; entre un 30 y un 50% de los esquizofrénicos podrían cumplir criterios diagnósticos de abuso o de dependencia del alcohol; las sustancias que consumen más frecuentes son el cannabis (entre un 15 y un 25%) y la cocaína (entre un 5-10 %). Los pacientes refieren que consumen estas sustancias para obtener placer y para reducir su depresión y ansiedad.²²

La esquizofrenia ha sido descrita en todas las culturas y grupos socioeconómicos. En los países industrializados un número desproporcionado de pacientes esquizofrénicos se encuentran en grupos de bajo nivel socioeconómico, además de la industrialización como causa de la esquizofrenia, el estrés de la inmigración puede llevar a un estado del tipo de la esquizofrenia. La esquizofrenia suele tener mejor pronóstico en países en vía de desarrollo, donde los pacientes son reintegrados en sus comunidades y familias más completamente que en las sociedades occidentales altamente desarrolladas.

5.5 ETIOLOGÍA

Se plantea la esquizofrenia como si fuera una enfermedad única, aunque la categoría diagnóstica abarca un grupo de trastornos, probablemente con causas heterogéneas, pero con síntomas conductuales de alguna forma parecidos. Los pacientes con esquizofrenia exhiben diferentes presentaciones clínicas, respuestas al tratamiento y curso de la enfermedad.

5.5.1 Modelo del estrés- diátesis. Según este modelo para la integración de factores biológicos, psicosociales y ambientales, una persona pueda tener una vulnerabilidad específica que pueden ser moldeadas por influencias epigenéticas, como el abuso de sustancias, el estrés psicosocial y los traumas. Dichas injurias podrían sugerir una alteración en el neurodesarrollo como posible etiología de la enfermedad.

El 30% de los genes se expresan en el cerebro y ellos junto con los factores ambientales son los que determinan el buen funcionamiento cerebral. Las alteraciones en la primera mitad del embarazo darán como resultado un aborto, o

²² ANDREASSON S, ALLERBEG P, ENGSTROM A, RYBERG U. Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of Swedish conscripts. Lancet 1997

malformaciones congénitas e el feto, y como consecuencia una discapacidad severa a nivel intelectual, en cambio las alteraciones en la segunda mitad del embarazo que causen hipoxia o isquemia cerebral podrían producir grandes cambios en la organización y en la formación de redes neuronales que influirían en la asimetría cerebral, el aumento del tamaño la migración y la diferenciación neuronal necesaria para el buen funcionamiento adulto. Según Stefanis, las células piramidales del hipocampo son particularmente sensibles a la hipoxia.

Dentro de los factores ambientales que aumentan el riesgo de hipoxia fetal son:

Complicaciones obstétricas

Bajo peso al nacer.

Pre eclampsia.

Trabajo de parto prolongado.

Distres fetal.

5.5.2 Factores genéticos. Los familiares de personas con esquizofrenia tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.

El riesgo es progresivamente mayor en los familiares genéticamente más parecidos a los que padecen esquizofrenia.

Partiendo de la información de unos 40 estudios europeos realizados entre 1920 y 1987, el genetista Irving Gottesman hizo una comparación del riesgo medio de padecer esquizofrenia que presentaban a lo largo de su vida personas con diferentes grados de parentesco con el enfermo.

Sus resultados indican que cuanto mayor es la semejanza, mayor es el riesgo siendo los hermanos monocigotos los que tienen más riesgo de padecer la enfermedad con un 48 %.²³

Estudios realizados con sujetos adoptados en su infancia indican que el riesgo de padecer esquizofrenia aumenta en los familiares de los casos identificados y que se debe más a razones de herencia que ambientales. En los hijos de enfermos con esquizofrenia se observa un aumento de la prevalencia similar, tanto si han sido criados por sus padres biológicos como por sus padres adoptivos.

²³ HEATH RG. Hipótesis bioquímica acerca de la etiología de la Esquizofrenia. Jackson T. Amorrotu editores. Londres 2003

Así mismo, los antecedentes familiares de sujetos con esquizofrenia que han sido criados por padres adoptivos revelan un incremento de la prevalencia entre los parientes biológicos pero no en las personas relacionadas con el paciente como consecuencia de la adopción.

Aunque los factores genéticos parecen ser importantes para el desarrollo de la esquizofrenia, no implican por si solos su modo de presentación.

Si las causas de la esquizofrenia fuesen enteramente genéticas aun en el caso de que se necesitase un número de genes anormales actuando conjuntamente para provocar el trastorno, los gemelos idénticos deberían compartir el mismo riesgo, de forma que si uno enfermase el otro también debería hacerlo.

Sin embargo, en la mayoría de los estudios realizados con gemelos idénticos en los que uno esta enfermo es raro encontrar afectación en más de la mitad del resto de los miembros (50%). Estos datos sugieren que en el riesgo de padecer esquizofrenia participan también factores genéticos. En el caso de los gemelos no idénticos, la frecuencia con la que el 2 gemelo se ve afectado, es considerablemente mas baja que en el caso de los gemelos idénticos (17%). Los gemelos no idénticos comparten un entorno común pero como termino medio, solo comparten la mitad de los genes; en cambio los gemelos idénticos comparten el mismo ambiente familiar y todos sus genes. la comparación entre ambos tipos de gemelos demuestra que es probable que la preponderancia del riesgo de esquizofrenia se determine genéticamente, aunque también se vean involucrados otro tipo de factores.²⁴

No se trata, por tanto de una simple enfermedad hereditaria, con el tipo de segregación mendeliana que implica un solo gen sino más bien de lo que se denomina enfermedad genética compleja con una herencia oligogenetica en donde intervienen pocos genes con efecto moderado o una herencia poli génica en donde son varios genes con poco efecto. Varios estudios han tratado de identificar los genes que pueden asociarse con la vulnerabilidad a padecer esquizofrenia, pero todavía no se ha obtenido una respuesta definitiva. Los estudios en gemelos y los estudios epidemiológicos en las familias han demostrado que no solo la esquizofrenia sino también las psicosis atípicas y los trastornos de espectro no psicótico pertenecen al mismo genotipo.

Estudios recientes de asociación y ligamiento molecular han descubierto una serie de presuntas localizaciones de genes que están asociados con una mínima

²⁴ Mahaluf, Jorge y otros: "Expectativas de la familia en torno a la mejoría del paciente esquizofrénico". revista de psiquiatria clinica. Nº 1, vol. XXVI, 2005, p. 47-51.

proporción de riesgo. Sin embargo todavía no se ha encontrado el locus del gen fundamental.

Las regiones que cuentan con mas probabilidad de contener por lo menos un gen de predisposición han sido detectadas mediante análisis de ligamentos en cromosomas 5q, 6p, 13q, 18p, 22q, siendo las regiones 22q, 6p-22 y 8p22-21 posiblemente las mas frecuentemente implicadas. Los estudios de asociación actuales muestran fuertes evidencias de asociación de dos genes. El responsable de la producción del receptor de dopamina DR D3, localizado en el cromosoma 3q 13-3, y el del receptor de serotonina 5HT2A localizado en el cromosoma 13q14-q21.

5.5.3 Alteraciones neuroquímicas. La hipótesis de que en la esquizofrenia intervienen alteraciones neuroquímicas no es nueva. Sin embargo, sólo aparecieron pruebas empíricas cuando se demostró que el mecanismo de acción de los antipsicóticos estaba relacionado con el metabolismo de las catecolaminas en el cerebro y, más específicamente, con el efecto bloqueador de estos medicamentos en los receptores postsinápticos de las catecolaminas.

Investigaciones posteriores indican que la eficacia clínica de los antipsicóticos reside en su capacidad de bloquear los receptores D2 de la dopamina. La dopamina aumenta la sensibilidad de las células cerebrales a los estímulos. Normalmente, esto es útil para aumentar la toma de conciencia de la persona en momentos de estrés y de peligro. Pero para una persona con esquizofrenia la suma del efecto de la dopamina a un estado cerebral ya hiperactivo puede inducir una psicosis.

El incremento de la actividad de la actividad dopaminérgica en el sistema nervioso central se produce a través de dos mecanismos:

- Mayor disponibilidad de dopamina en la sinapsis e
- Hipersensibilidad de los receptores postsinápticos.

Ambos mecanismos han sido investigados ampliamente en la esquizofrenia, pero aún faltan pruebas concluyentes a favor de cualquiera de los dos.

Recientemente, aplicado técnicas de neuroimagen se ha demostrado con claridad el efecto bloqueador de los receptores dopaminérgicos por los antipsicóticos clásicos, pero los hallazgos relacionados con la densidad de receptores de dopamina al comparar pacientes no tratados con controles varían considerablemente de un investigador a otro.

5.5.4 La hipótesis del neurodesarrollo. Últimamente ha surgido una teoría que sostiene que la esquizofrenia es un trastorno del neurodesarrollo "en el que la lesión primaria cerebral o el proceso patológico tienen lugar durante el desarrollo del cerebro, mucho antes de que la enfermedad se manifieste clínicamente" (Weinberger, 1995)²⁵.

Según este punto de vista, las personas que padecen esquizofrenia pueden haber sufrido algún tipo de alteración del desarrollo cerebral durante la gestación. Por diversas razones, el trastorno se manifestaría solamente al principio de la edad adulta, cuando algunos sistemas neuronales concretos que maduran mucho después del nacimiento, se revelan incapaces de afrontar diferentes tipos de estrés psicosocial y vicisitudes propias de la vida.

Aunque este punto de vista es todavía hipotético, hay distintos tipos de evidencia que tienden a apoyarlo. En concreto se ha demostrado que complicaciones en el embarazo y el parto multiplican entre dos y tres veces, el riesgo de padecer esquizofrenia, probablemente por el daño originado en el cerebro en desarrollo. La hipoxia perinatal (falta de oxígeno en el feto), que acaece en el 20%-30% de las personas que padecen esquizofrenia, parece ser un factor importante, si se comparan estos datos con la tasa del 5% al 10% en la población general.

Recientes investigaciones indican que durante la segunda mitad del embarazo hay un pequeño aumento en el número de neuronas pero hay grandes cambios en la organización y conexiones neuronales y aspectos macroscópicos como la formación de torsiones y giros encefálicos que dan como resultado la asimetría hemisférica. Al parecer estas circunstancias no se producen adecuadamente en el individuo con esquizofrenia.

1.5.5 Anomalías estructurales. En algunos pacientes con esquizofrenia se han identificado alteraciones cerebrales. Estas modificaciones en la estructura y función del cerebro han sido detectadas mediante el análisis del tejido cerebral tras la muerte, así como por medio de las nuevas técnicas de neuroimagen que se utilizan para examinar el cerebro en vida. Estas anomalías reflejan fenómenos que tuvieron lugar durante el desarrollo precoz del cerebro.

Los primeros estudios de Tomografía axial computarizada mostraban anomalías en muchos pacientes con esquizofrenia sobre todo anomalías del cerebro y del sistema ventricular que afectan especialmente el hemisferio izquierdo y el lóbulo frontal. Esta asimetría no está relacionada con la duración o evolución de la enfermedad ni con el tratamiento y no aumenta durante la enfermedad. Por lo

²⁵ HEATH RG. Hipótesis bioquímica acerca de La etiología de La Esquizofrenia. Jackson t. Amorrotu editores. Londres 2003

tanto se considera que las anomalías reflejan fenómenos que tuvieron lugar durante el desarrollo precoz del cerebro²⁶.

La mayoría de las personas con esquizofrenia parece responder en exceso a estímulos ambientales repetidos y tienen una capacidad limitada a la hora de suprimir material irrelevante.

En la esquizofrenia se produce un déficit en la regulación de la actividad cerebral, de forma que el cerebro se excede en su respuesta a las muchas señales ambientales que recibe y que carece de la capacidad de descartar los estímulos no deseados.

Este trastorno primario de la atención conduciría a:

- una primitivización del proceso perceptual
- una progresiva difusión de los canales sensoriales
- alteraciones en el control y dirección de la motilidad o acción voluntaria
- una disminución de la concentración y un progresivo trastorno del pensamiento.

Al mismo tiempo, se produce una disminución del tamaño de los lóbulos temporales que procesan la información sensorial y que permiten que un ser humano desarrolle un comportamiento innovador y adecuado

5.6 REDES SOCIALES

El concepto de red social fue definido inicialmente por la antropología (Barnes, 1954) que consideró la red social como "el conjunto de personas que se relacionan con un individuo, que forman vínculos sociales, utiliza espacio y tiempo conjuntamente, se gustan o se disgustan, y se prestan ayudas recíprocas"

Walker, Mac Bride y Vachon (1967) definen la red social como «un juego de contactos personales, a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social, recibe apoyo emocional, ayuda material y servicio, información y nuevos contactos sociales» -

Múltiples investigaciones han evidenciado asociaciones entre la pobreza de la red social y la enfermedad. En 1964 Hammer estudia que los pacientes esquizofrénicos con una red protectora e interconectada evolucionan mejor que los pacientes sin vínculos que tenían un mayor índice de reingresos.²⁷

²⁶ WARNER R. Esquizofrenia. Epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales. Organización Mundial de La Salud. Meditor 1995. Madrid.

²⁷ VILLALBA QUESADA, OVALLE CRISTINA. Intervencion en redes. Documentación social. revista de estudios sociales y de Sociología Aplicada. Vol. 98, 2003.p 104-119.

Estudios más recientes establecen asociaciones con una red de apoyo poco favorable y la recaída de esquizofrenia (Doziar Hnrrris y Bergman).

También se ha encontrado relación en otros ámbitos de la salud como en infarto de miocardio (Red y colaboradores,1983), y en relación con el incremento de la mortalidad (Rerkmann, 1984; House y colaboradores, 1986).Se ha postulado que “la red social actuaría por tanto, como monitora de salud y favorecedora de las actividades personales que se asocian con mejoramiento de la sobrevivencia: rutina de dieta, ejercicio, sueño, adhesión a régimen medicamentoso, y en general, cuidados de salud; la relación social contribuye a dar sentido a la vida de sus miembros, favorece la organización de la identidad, otorga sentido a las prácticas de cuidados de salud’. (Sluzki, 1996).

Otros autores incorporan al espacio estructural los aspectos relacionales (Moxley, 1989) que diferencia entre características estructurales, interaccionales y características de apoyo social de las redes sociales. Villalba, C. (1993) dice que las redes sociales constituyen el principal apoyo natural de la persona al que acuden en primer lugar en caso de necesidad de ayuda, mientras que los servicios y programas, tanto públicos como privados, constituyen el apoyo formal, complementario y especializado con relación al apoyo natural.» Las redes personales, familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc. cumplen una función importante en momentos de crisis y en los ciclos vitales (adolescencia, jubilación, enfermedad, muerte), momentos significativos que generan experiencia de apoyo, de pertenencia y de identidad.

Diversos estudios han demostrado que las personas con problemas psíquicos tienen redes sociales escasas, compuestas mayoritariamente por familiares (Mosher y Keith, 1980; Guimón, 1985-86). Investigaciones sobre la red típica de un individuo, en la población general, incluyen de 6 a 10 personas íntimas y que se conocen entre sí y aproximadamente 30 a los que se ve con regularidad.²⁸

Otros obtienen cifras de 22 a 25 personas distribuidas entre familia, otros familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo. La cifra de personas íntimas en otros estudios es de 9,1 y en nuestro entorno más cercano cifras de 10,8.

En un estudio comparativo de redes sociales se obtiene un tamaño de 19,7 en el grupo control frente a 10,83 en pacientes esquizofrénicos y 13,6 en pacientes

²⁸ FRANCISCO MARTÍNEZ, SUSANA OCHOA. Redes sociales de personas con esquizofrenia. Cuadernos de trabajo social, Vol. Nº 13, 2000: p. 299-322

depresivos. La diversidad en las cifras se puede deber a las diferencias culturales para establecer la línea de división entre el concepto de conocido y el de amigo.²⁹

El concepto de red social no siempre es considerado sinónimo del concepto de apoyo social. Algunos autores consideran que la existencia de relaciones no implica necesariamente la provisión de apoyo. Apoyo social que según Lin y colaboradores, son «provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos, que según muchos autores tiene gran efecto protector y una implicación terapéutica potencial.

La percepción de ayuda potencial provoca un aumento general del estado de ánimo positivo, de la autoestima, de la estabilidad de la propia situación vital, sensación de control sobre el ambiente y reconocimiento de la valoración personal. Orientándonos hacia la influencia del nivel económico en la evolución del paciente con esquizofrenia, un gran número de estudios ha mostrado diferencias en los países desarrollados y sobre todo en las ciudades, donde la esquizofrenia y otros trastornos mentales son más frecuentes en los grupos socioeconómicos más bajos. En el estudio de Eaton se llegó a la conclusión de que empleando tres categorías básicas de clase social se encuentra una diferencia de tres a uno entre la clase alta y la clase media o baja.³⁰

Estas teorías intentan explicar la relación entre índices socioeconómicos y la esquizofrenia.

La teoría del rechazo social o desplazamiento, que dice que como resultado de su problemática son impulsados hacia la clase social más desfavorecida.

La teoría del estrés social que propone que dicho estrés que genera la pobreza incrementa el riesgo de padecer esquizofrenia. Y la teoría de la alteración del sistema nervioso que dice que las clases desfavorecidas tienen más riesgos de padecer problemas de desarrollo por complicaciones obstétricas, infecciones u otros factores.

Háfner (1990) llegó a la conclusión de que después de casi un siglo de investigaciones sobre la esquizofrenia, todavía permanecen sin resolver gran

²⁹ IGARTUA, JUANJO, PAEZ, DARIO, CELORIO, MARIA JOSE: factores psico-sociales e-integración social del enfermo mental (psicótico) en la comunidad. revista de psicología social aplicada. VOL. 4, N. 2, 2000: p 89-108.

³⁰ LUCIANO, M.C., GÓMEZ, I. & VALDIVIA, S. Consideraciones sobre el desarrollo de la personalidad desde un marco funcional-contextual. International Journal of Psychology and Psychological Therapy Vol 2. 2002: p 173-197.

número de cuestiones referentes a factores de riesgo específicos de la situación premórbida así como a los factores que determinan la presentación, curso y déficits sociales que presenta la enfermedad.

Los modelos causales, que relacionan un único agente con una enfermedad, no son aplicables actualmente en Psiquiatría. La colaboración de otras disciplinas ofrece la posibilidad de incorporar, desde una perspectiva integradora, una etiología multifactorial que incluya aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En el campo de la intervención se ha demostrado su eficacia en el tratamiento y rehabilitación de las personas con esquizofrenia cuando se trabaja con ópticas multifactoriales, sobre la prevención de recaídas con medicación e intervención familiar, sobre el tratamiento asertivo comunitario e integración de tratamientos.

Igualmente existe una gran preocupación por el incremento en la incidencia y prevalencia de esta enfermedad en diferentes grupos sociales y las repercusiones económicas que esto genera; según la OMS los problemas mentales por sí solos constituyen el 8,1% de la Carga Mundial de enfermedad (CME), y concluyen que debido a los cambios demográficos, el número total de casos de esquizofrenia en las sociedades de bajos ingresos pasaría de 16,7 millones en 1996 a 24,4 millones en el año 2006, lo que representaría un aumento del 45%.

La mayoría de estudios sobre redes sociales realizados con personas que padecen esquizofrenia son estudios de redes egocéntricas de relaciones a partir del individuo estudiado.

Inicialmente se mitificó el beneficio terapéutico de las redes sociales, por ser el espacio en el que tienen lugar las transacciones que generan el acceso a los recursos. Posteriormente se descubrió que las redes sociales ofrecen apoyo, pero al mismo tiempo hacen demanda y engendran estrés: «hay una considerable presión impuesta por las conexiones que tenemos y sus opiniones, actitudes y en general el estilo de vida».

Un gran número de estudios determina que las personas con esquizofrenia tienden a redes personales que son más pequeñas que otros no esquizofrénicos (Pattison et al., 1975; Sokolovsky et al., 1978) y estén caracterizadas por menor simetría de las relaciones (Tolsdorg, 1976; Sokolovsky et al. 1978). Las características básicas de la red social de la persona con esquizofrenia (Hammer, 1978) son los contactos restrictivos, la relativa inestabilidad de la red y el bajo nivel de conexiones con otras redes. La limitación para acceder a nuevas conexiones disminuye geométricamente el potencial de crecimiento de una red, ya que los puntos de contacto con otras redes generan el efecto multiplicador.

Existen también diferencias en el tipo de relación y el rol que desarrollan (Cohen; Sokolovsky; 1971) y encuentran que las personas con esquizofrenia tienden a relaciones «uniplex». Los vínculos representan solo un tipo de contenido, frente a los no esquizofrénicos con relaciones “multiplex», relaciones que contienen más de un contenido ejerciendo diferentes roles y funciones.

Se han descrito diferencias en la densidad de la red, que es el grado de interconexión entre los integrantes de la red y su conocimiento mutuo, aunque no eran muy significativas. Sugieren que las redes densas reducen la frecuencia de hospitalización, aunque es dependiente de otros factores como la sicopatología o el número de integrantes de la red.

En un estudio sobre densidad de red y rehospitalización en pacientes adultos y jóvenes, llegan a la conclusión de que «moderados niveles de densidad de red social están asociados con menos días en el hospital». Hipotetizan que la red moderada es óptima para individuos psicológicamente vulnerables porque pueden mantener su red con bajo nivel de estrés. Muchos estudios han relacionado alta densidad de la red con grado de patología, pero algunos estudios relacionan baja densidad con el más alto grado de patología. Ellos consideran que ambas, «alta y baja densidad es problemática en pacientes jóvenes con repetidas rehospitalizaciones».³¹

No relacionan el número de personas de la red con días de hospitalización.

En estudios de redes de familiares que conviven con personas con esquizofrenia se ha descrito que si sus familiares tienen más contactos sociales se mejoran los resultados de los tratamientos.

Dentro de toda la alteración fisiológica que padecen los pacientes a causa de la esquizofrenia, se encuentra la disfunción social y de su núcleo familiar, que termina por ser un marcador directo en la adherencia del paciente al tratamiento y en el aprovechamiento de las terapias conductuales.

El paciente se convierte en una especie de carga y en una responsabilidad que nadie quiere asumir ni enfrentar, tanto su núcleo familiar como su grupo de amigos le huyen a este tipo de compromisos. Tradicionalmente, la mayor parte de los estudios sobre la familia de los pacientes esquizofrénicos se centraban en el efecto de la familia sobre la enfermedad del paciente. Los clínicos se dirigían a los familiares como meras fuentes de información o como responsables de la mala evolución de la enfermedad. Se mostraba poco interés por el efecto que la

³¹ VILLALBA QUESADA, OVALLE CRISTINA. intervención en redes. documentación social. revista de estudios sociales y de Sociología Aplicada. Vol. 98. 2003: p 58.

enfermedad ejercía sobre los familiares y las medidas que adoptaban para enfrentarse a ella.

La eficacia de un tratamiento para la esquizofrenia se evaluaba casi exclusivamente en función de su capacidad para controlar determinados síntomas específicos. Posteriormente se introdujeron como medidas de efectividad la capacidad de los tratamientos para disminuir los reingresos y/o acortar las hospitalizaciones. Sin embargo, tras la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos, la evaluación de los programas de tratamiento comunitario requiere prestar atención al funcionamiento global, estado general de salud, calidad de vida e impacto de los comportamientos de los enfermos en la familia y la sociedad¹.

Si se traduce la «carga familiar» a «costos indirectos» de la enfermedad podremos empezar a entender la importancia de ésta y su peso específico en el coste total de la atención a los enfermos mentales graves. El papel de los llamados «cuidados informales», —la atención prestada a los enfermos por personal no especializado, fundamentalmente por su familia—, en la atención comunitaria de los enfermos mentales graves está empezando a reconocerse. Su importancia cada vez será mayor en el desarrollo y evaluación de los programas de tratamiento y de las políticas sociosanitarias³².

5.7 DESARROLLO HISTÓRICO DEL CONCEPTO DE «CARGA»

Desde el comienzo del siglo XIX, hasta la segunda mitad del siglo XX la única oferta de la sociedad y de los especialistas en psiquiatría a los enfermos mentales graves era la posibilidad de ingresar en centros hospitalarios monográficos por períodos de tiempo indefinido. El conocimiento de los efectos adversos de las hospitalizaciones prolongadas, junto con la aparición de tratamientos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos y psico-sociales efectivos dieron paso a los movimientos de desinstitucionalización y al desarrollo de lo que hoy conocemos como psiquiatría comunitaria. La responsabilidad de la asistencia cotidiana a estos pacientes pasó de las instituciones a las familias. Esto puso de moda los conceptos de funcionamiento y adaptación social junto al de carga de la familia o del cuidador³³.

El objetivo de los estudios sobre la carga familiar era en un principio determinar la viabilidad de la desinstitucionalización. Posteriormente se produjo el desarrollo del concepto de «cuidado» o «cuidador», su contenido y estructura subyacente. Más recientemente el concepto de carga del cuidador se ha utilizado para evaluar los programas y ensayos clínicos controlados. La evaluación de la carga en la rutina clínica para la detección e identificación de situaciones de riesgo para los

³² BLEULER E. Demencia Precoz. El Grupo de las Esquizofrenias. Buenos Aires: Hormé. 2004: p 28.

³³ MORCHEN Paul. Poverty in the psychiatric unit a central problem in mental health Problem. Psychiatr Prax. Alemania, 1999: 207-211 p.

miembros de la familia de los pacientes y monitorización de los cambios a lo largo del tiempo se encuentra en sus inicios.

El Diccionario de la lengua española define «carga» como «obligación aneja a un estado, empleo u oficio» y también como «cuidados y aflicciones del ánimo». La relación de cuidado con los enfermos mentales graves se establece generalmente entre dos personas adultas que suelen estar unidos por vínculos de parentesco. El cuidador asume una obligación no retribuida ni esperada respecto a la persona cuidada el paciente que padece una enfermedad por su propia naturaleza incapacitante y crónica, sin que exista tratamiento curativo de la misma. Esto impide al paciente cumplir plenamente las obligaciones recíprocas asociadas con las relaciones normales entre adultos, y además sus problemas requieren una ayuda superior a la normal. La sobrecarga se produce al añadirse el papel de cuidador a los roles familiares habituales. El concepto de «carga» se encuentra estrechamente relacionado con el de «funcionamiento social», y el de «expectativas sociales». Una persona con un pobre funcionamiento social supone una carga para otra porque implica la ruptura del equilibrio en las relaciones, de tal forma que una persona se ve obligada a hacer más de lo que justamente le corresponde. Diferenciar las «cargas» específicamente atribuibles a la enfermedad del paciente de aquellas preexistentes o debidas a otras causas es hoy en día un problema sin resolver.

En la literatura científica «Carga familiar» define los efectos y consecuencias de vivir con una persona afectada de una enfermedad mental grave (Treadley 1946). Los primeros estudios los desarrolla Claussen et al en 1957.

Mills⁸ fue el primero en diseccionar la carga en las diversas facetas de la vida del familiar del paciente afectadas por la enfermedad. La carga puede reflejarse en un simple aumento de las tareas que asume la persona sana, pero también puede restringir sus actividades fuera de la relación. El cambio de los patrones de relación se valoraba según las alteraciones de las categorías normativas socialmente aceptadas. Grad y Sainsbury⁹ utilizaron por primera vez una valoración dimensional de la carga mediante una escala de 3 puntos en lugar de las viñetas descriptivas utilizadas por sus predecesores. Hoenig y Hamilton¹⁰ establecieron la distinción entre carga «objetiva» y «subjetiva». Los cambios objetivos de los patrones de relación se asocian con diversos grados de insatisfacción subjetiva. Para un mismo nivel objetivo de carga, los niveles subjetivos de insatisfacción son muy variables.

Platt ³⁴aporta la primera definición elaborada del concepto de carga y de los criterios para la evaluación del mismo. Inicialmente los estudios hacen referencia solamente a la presencia de problemas, dificultades o acontecimientos adversos que afectaban a la vida de las personas próximas a los pacientes psiquiátricos. Ultimamente comienzan a incluirse aspectos positivos vivenciados por los familiares de estos enfermos.

³⁴ "Ibid" p 18-40.

5.7.1 PRINCIPALES ÁREAS DE LA CARGA FAMILIAR. Schene³⁵, tras revisar diversos autores describe los siguientes aspectos diferenciables en la «carga» familiar desde un punto de vista teórico: tareas de la casa, relaciones familiares, relaciones sociales, tiempo libre y desarrollo personal, economía, hijos y hermanos, salud mental y malestar subjetivo. Considera objetivos los seis primeros y subjetivos los dos últimos. La carga objetiva la define como los síntomas y el comportamiento de los enfermos mentales en su ambiente sociofamiliar y las consecuencias del mismo. La carga subjetiva por el contrario se refiere a las consecuencias psicológicas para los familiares.

5.7.2 Tareas de la casa. Normalmente las tareas de la casa se reparten de forma recíproca y equitativa. Cuando un miembro de la familia se ve imposibilitado para cumplir sus tareas, otro tiene que asumirlas. Si además del enfermo, otro miembro de la familia asume las tareas adicionales de cuidado, supervisión y control del paciente, se ve obligado a abandonar o delegar en otro sus funciones habituales en el hogar.

5.7.3 Relaciones familiares. Las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia de los enfermos mentales suelen volverse tensas debido a la aparición de nuevas obligaciones hacia el familiar enfermo y la necesidad de asumir más tareas de la casa. Pero también el malestar subjetivo originado por la alteración del medio social de cada miembro de la familia (amigos, trabajo, vecinos, etc.) o por la búsqueda de causas (o de «culpables») de la enfermedad mental entorpece las relaciones.

5.7.4 Relaciones sociales. La tensión de las relaciones interpersonales no se limita a los familiares próximos. Afecta a todos los familiares, vecinos, amigos y conocidos. La estigmatización puede inducir a mantener el secreto e incluso ocultar y negar la enfermedad a todo el mundo. En ocasiones para conseguirlo se rompe el contacto con los familiares y amigos hasta perder todo contacto social y toda posibilidad de ayuda por su parte. Esta falta de apoyo social hace a los familiares del enfermo más vulnerables a padecer problemas de ansiedad, depresión, etc.³⁶.

5.7.5 Tiempo libre y desarrollo personal. La sobrecarga de tareas no sólo limita las relaciones sociales sino también cualquier posibilidad de desarrollo personal o vocacional. El tiempo libre desaparece y con él las oportunidades para desarrollar las aficiones, deportes, vacaciones, etc.

5.7.6 Economía. Los ingresos económicos de la familia se reducen en primer lugar por la pérdida de capacidad de trabajo del enfermo. Pero, no es infrecuente,

³⁵ "Ibid" p 18-40.

³⁶ VILLALBA QUESADA, OVALLE CRISTINA. intervención en redes. documentación social. revista de estudios sociales y de Sociología Aplicada. Vol. 98, P. 104-119. 2003

que la necesidad de cuidar al enfermo disminuya también la capacidad de trabajar de otros miembros de la familia. Por otra parte, los gastos aumentan, tanto por las necesidades especiales de cuidado de los pacientes como por las conductas destructivas de los mismos.

5.7.7 Hijos y hermanos. Los hijos de enfermos mentales tienen un mayor riesgo de padecer ellos mismos enfermedades mentales por factores hereditarios y psicosociales. Los hermanos de los enfermos mentales reciben menos atención de sus padres al verse éstos obligados a volcarse en el hijo enfermo y al mismo tiempo se ven forzados a realizar más tareas de la casa al ayudar a los padres en el cuidado del hermano enfermo.

5.7.8 Salud. Tanto la salud física como mental de los familiares puede verse afectada por la presencia de un enfermo mental grave en el entorno familiar. La salud física puede alterarse por agresiones del enfermo o por alteraciones psicosomáticas: pérdida de apetito, ahogo, dolor de cabeza, de estómago, etc. La salud mental se altera y aparecen síntomas de tensión, ansiedad, irritabilidad, insatisfacción o depresión.

5.7.9 Malestar subjetivo. Incluye una gran variedad de sentimientos negativos y emociones: culpa, incertidumbre, ambivalencia, odio, angustia, compasión y sentimientos de pérdida. Todos estos sentimientos se entremezclan, originados unas veces por la propia enfermedad y otras por los cambios que ésta produce en la vida de los cuidadores.

En un reciente estudio, Schene³⁷ ha realizado un análisis de componentes principales de su escala (Involvement Evaluation Questionnaire, IEQ) obteniendo cuatro factores diferenciados:

- Tensión: relacionado con la atmósfera extraña que rodea las relaciones interpersonales entre el paciente y los familiares.
- Supervisión: hace referencia a los esfuerzos de los familiares por asegurar que el paciente toma la medicación, duerme y por evitar las alteraciones de conducta.
- Preocupación: formado por las cogniciones interpersonales dolorosas sobre el paciente, como son la inquietud por su seguridad física, su salud o el tipo de tratamiento que recibe.
- Estimulación: incluye todo lo relacionado con la motivación del paciente para que se ocupe de su propio autocuidado, de su alimentación y de la realización de sus actividades.

Las dos dimensiones interpersonales están altamente correlacionadas así como las de supervisión y estimulación.

³⁷ "Ibid" p 18-40.

5.8 CARGA OBJETIVA Y SUBJETIVA

Existen familiares que desempeñan una gran labor como cuidadores sin manifestar especiales problemas de adaptación a las mismas. Sin embargo, otros no proporcionan ningún cuidado al paciente y sin embargo refieren elevados niveles de angustia y malestar por la enfermedad. Por este motivo, el concepto de «carga» aplicado al cuidado de los enfermos mentales distinguió desde sus orígenes entre la carga objetiva y la carga subjetiva.³⁸

La carga objetiva se define por la descripción de todo lo que la familia está soportando como consecuencia de la enfermedad de uno de sus miembros. Cualquier alteración de la vida familiar debida a la enfermedad del paciente, potencialmente verificable y observable. Operativamente, la carga objetiva hace referencia a alteraciones en el trabajo, la vida social, el tiempo libre, las tareas de la casa, las finanzas y las interacciones dentro y fuera de la familia. Su estimación tiene dos componentes:

-La vida normal de la familia se ha alterado de alguna forma.

-Esa alteración se debe a la enfermedad del paciente.

Las dificultades para evaluar este concepto son evidentes. No es fácil predecir cual hubiera sido la vida de los miembros de la familia si no hubiera surgido la enfermedad. Unas personas llevan vidas sociales muy activas y otras ninguna vida social sin que haya de por medio un familiar enfermo mental. Además, estas enfermedades son crónicas y al evaluar el cambio debido a la enfermedad se toma como referencia la vida antes de que apareciese la enfermedad, hace muchos años, sin que sea ésta una comparación válida por el propio cambio temporal. La actividad de las personas y las familias evoluciona de forma natural con el ciclo vital. La atribución de los cambios a la enfermedad del paciente no deja de estar en muchos casos influenciada por factores subjetivos.

La carga subjetiva hace referencia a la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva. Hace referencia a la reacción subjetiva del cuidador ante las tareas que asume por el hecho de cuidar del paciente. Para unas personas asumir gran cantidad de tareas puede no suponer ninguna carga mientras que otros, con muy pocos cambios en su estilo de vida pueden sentir una gran carga por el hecho de tener un familiar enfermo.

Pero también se produce una carga por factores subjetivos no relacionados con tareas asumidas por el cuidador ni con comportamientos del paciente, por ejemplo, la angustia por el hecho de que el paciente nunca llegará a ser lo que hubiera podido ser. La carga subjetiva se superpone en muchas ocasiones al

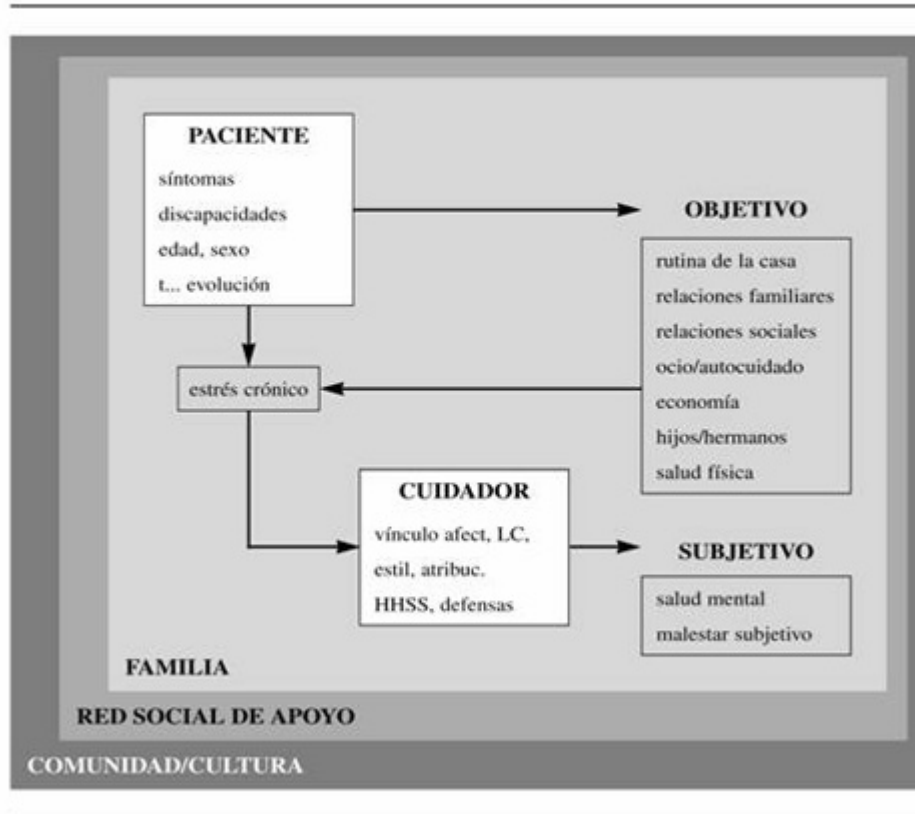
³⁸ CASTILLA, Mario. La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. 1998: 621-642p.

malestar psicológico valorado por los cuestionarios de Salud General y Bienestar Psicológico.

5.9 BASES TEÓRICAS DE LA CARGA FAMILIAR

Para alcanzar un marco conceptual integrador del concepto de carga familiar en sus aspectos cuantitativos y cualitativos tanto de los factores objetivos como subjetivos se han utilizado diferentes bases teóricas (gráfico I)³⁹ sistémica, roles y estrés.

GRÁFICO I
Bases teóricas de la Carga Familiar:



5.9.1 Teoría sistémica. Aunque fundamentalmente nos referimos a la «carga» como un fenómeno familiar, para entenderlo en su totalidad hay que contemplar la familia en su contexto social. De forma jerárquica podemos distinguir los siguientes subsistemas:

-Individual (paciente, miembro de la familia).

³⁹ LARREA, Jesús. Sobrecarga de los familiares en el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. 1999: 123-200p.

-Familia.

-Red social.

-Comunidad y/o cultura.

Cada subsistema tiene sus propias características y su propia dinámica.

5.9.2 Teoría de los roles. Las personas se consideran actores en un sistema de relaciones sociales. Existen categorías de personas más o menos similares en determinados aspectos. Estas categorías se denominan «posiciones»: padre, madre, hijo, etc. Una persona en una posición presenta unas expectativas sobre la forma en que con ella se va a portar otra persona de distinta posición. Este conjunto de expectativas se denomina «sector de rol». La suma de diferentes sectores de rol forma un rol. El rol se define como el conjunto de comportamientos esperados entre dos personas como resultado de las posiciones de cada una de ellas.

Las manifestaciones de la enfermedad en forma de síntomas, deficiencias y discapacidades hacen que los pacientes no sean capaces de cumplir sus roles en mayor o menor medida. No cumplen las expectativas de sus familiares y esto origina malestar en todos los implicados. Las tareas no cumplidas por el paciente pasan a los familiares, y al tratarse de tareas que normalmente no les corresponderían, se convierten en una carga. Esto constituiría una violación pasiva de los roles, la ausencia de actividad, lo que en psicopatología se denominan síntomas negativos. Las alteraciones del comportamiento (auto y heteroagresividad, conductas alteradas, etc.) asociadas a los síntomas positivos (delirios y alucinaciones) también frustran las expectativas de los familiares y originan una carga. Los síntomas son causa directa de «carga» familiar pero también indirectamente son causa de otras cargas objetivas asociadas a la enfermedad.

5.9.3 Teoría del estrés. Los síntomas del paciente, las dificultades para cumplir su papel y los límites objetivos que esto impone a los familiares se contemplan como factores estresantes ambientales o tensiones crónicas que dan lugar a los aspectos subjetivos de la carga, la carga emocional o el malestar subjetivo.

Szmukler y colaboradores desarrollaron un inventario basado en el paradigma del estrés-afrentamiento. La experiencia del cuidador se conceptualiza como una apreciación de las demandas. Tiene en cuenta tanto los factores amenazantes o de riesgo, como los aspectos positivos del papel del cuidador. Los factores estresantes son los síntomas, comportamientos y discapacidades del enfermo, así como las alteraciones percibidas en la propia vida por el cuidador. Como factores mediadores actúan la personalidad del cuidador, la calidad de las relaciones familiares o el tipo de soporte social de la familia, que influyen en la apreciación del cuidador de su propia situación. Los resultados en términos de cambios psicológicos o físicos se contemplan como el resultado de la interacción entre la

apreciación de la experiencia del cuidador y las estrategias de afrontamiento (los intentos cognitivos y comportamentales dirigidos a controlar las exigencias impuestas por los factores estresantes). Estos resultados pueden ser adversos o beneficiosos para el cuidador.

5.10 VARIABLES RELACIONADAS CON LAS DIMENSIONES SUBJETIVAS Y OBJETIVAS DE LA CARGA

5.10.1 Carga individual objetiva. La carga objetiva del cuidador se relaciona con la gravedad de los síntomas de la enfermedad, aunque no está claro en los estudios cuáles son los síntomas que más influyen la carga. En algunos trabajos son los síntomas positivos (alucinaciones y delirios) y las conductas en cortocircuito, destructivas, agresivas o suicidas, las responsables de mayores alteraciones en los cuidadores. Sin embargo, en otros trabajos, son los síntomas negativos, el retraimiento, autoabandono, pasividad, etc. los más relacionados con la carga del cuidador.

Socialmente son peor aceptadas las conductas bizarras, provocativas, desafiantes o agresivas; que las de aislamiento, retraimiento o depresivas. Los síntomas negativos son menos llamativos y en ocasiones se confunden con conductas normales y no se identifican como síntomas de la enfermedad sino como parte del carácter de los pacientes. En consecuencia, originan mayor rechazo y sensación de carga al interpretar que los pacientes debieran poder controlarlos. Los síntomas positivos se relacionan directamente con la enfermedad, son intermitentes y menos frecuentes, mientras que los negativos suelen ser crónicos.

La falta de resultados concluyentes nos indica la necesidad de buscar la relación no entre la intensidad global de los síntomas y la carga global, sino entre dimensiones de síntomas y dimensiones específicas de la carga. Por ejemplo, los síntomas positivos se relacionan más con la estigmatización y las relaciones sociales, mientras que los negativos alteran la distribución de las tareas dentro de la familia y otros aspectos de las relaciones intrafamiliares.

El efecto de la edad y el sexo en la carga también es difícil de interpretar. Aunque no concluyentes, algunos trabajos señalan que cuando el enfermo es varón la alteración de la dinámica familiar y del tiempo libre es mayor. Mientras que otros sugieren que el impacto de la enfermedad del varón es positivo para sus esposas al potenciar su desarrollo personal, responsabilidad e independencia. El malestar psicológico subjetivo es mayor en los cuidadores de mujeres.

La edad del paciente, muy relacionado con la duración de la enfermedad, modifica el tipo de carga. A mayor edad, mayor carga global. Sin embargo, cuanto más joven es el paciente mayor tendencia a causar cargas objetivas. Algunos autores han señalado un fenómeno de creciente tolerancia, resignación y en el último extremo una forma de «burn-out» entre los cuidadores con el paso del tiempo. Si bien la duración de la enfermedad es importante, la constancia y severidad de los síntomas ejerce una mayor influencia en la carga. Enfermedades intermitentes o

episódicas como determinadas formas de esquizofrenia y trastornos bipolares pueden suponer menor carga objetiva que formas severas y crónicas de neurosis, alcoholismos, depresión o trastornos de personalidad.⁴⁰

5.10.2 Carga individual subjetiva. Las relaciones de los miembros de la familia con el paciente y los correspondientes vínculos afectivos tienen una influencia transcendental en la apreciación de las expectativas de roles, el compartir responsabilidades, la tolerancia, la afectividad, la intimidad, etc. Las *características personales* son la clave para entender las discrepancias entre la carga objetiva y subjetiva. Pueden ser útiles conceptos como las estrategias de afrontamiento, los estilos atribucionales, dominancia, habilidades sociales e interpersonales, locus de control, habilidades en la solución de problemas, etc. También se ha estudiado la importancia de la visión personal o paradigma de las enfermedades mentales, la tolerancia a las desviaciones de la norma y las actitudes hacia la enfermedad mental.

Mecanismos de negación, racionalización o redefinición del problema pueden explicar la disminución de la carga subjetiva esperable en función de la objetiva. Todas las personas intentamos siempre adaptarnos a las situaciones estresantes. Por ejemplo, en los primeros años de la enfermedad suele ser útil disminuir las expectativas depositadas en el paciente para poder continuar viviendo y enfrentándose a lo que la enfermedad mental implica realmente.

5.10.3 Carga familiar objetiva. Una variable fundamental en la carga familiar es la composición de la familia, el número total de miembros que la integran, su edad, sexo, roles, relaciones entre ellos y la forma en que se organiza la vida familiar. Se han encontrado diferencias en las expectativas y la tolerancia hacia el paciente entre las familias de origen (parentales) y las familias propias (conyugales). Las familias de origen, las formadas por los padres de los pacientes, presentan menores expectativas y una mayor tolerancia hacia el paciente. También influye en la carga el número de personas entre las que se distribuyen las tareas, siendo menos la carga en las familias extensas respecto a las nucleares. La existencia de hijos aumenta la carga, especialmente para las mujeres. La carga es mayor para las mujeres trabajadoras que para las que se dedican a las tareas de la casa.⁴¹

Tres aspectos de la clase social determinan la carga familiar objetiva. Los *ingresos* familiares que determinan la carga económica. Indirectamente los ingresos determinan también el tipo de ayuda que se puede conseguir para el paciente y las condiciones de vida del paciente (p. ej. un cuarto independiente, etc.). La clase social determina el nivel de *educación* y paralelamente el conocimiento de la

⁴⁰ "Ibid ", p. 100

⁴¹ LUCIANO, M.C., GÓMEZ, I. & VALDIVIA, S. Consideraciones sobre el desarrollo de la personalidad desde un marco funcional-contextual. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* Vol 2. 2002: p 58-66.

organización social, la forma de buscar apoyos y ayudas. La mayor prevalencia de enfermedades mentales entre las clases sociales bajas, aumenta el conocimiento entre los miembros de estas clases sociales de la enfermedad y en consecuencia la tolerancia hacia las mismas. La capacidad de tolerar desviaciones de la norma o comportamientos disociales determina el éxito de los programas de tratamiento comunitario. Por otra parte, las familias de baja clase social están sometidas a otros factores estresantes crónicos que se suman a los de la presencia de enfermedad mental.

5.10.4 Carga familiar subjetiva. Las familias, como los individuos tienen sus propios mecanismos para afrontar los problemas. El marco en que cada miembro de la familia se desenvuelve está determinado por la capacidad de la familia para redistribuir los roles, enfrentarse al estigma y resistirse al aislamiento social.⁴²

5.10.5 Carga de la red social objetiva. El soporte social y la estructura de la red social son importantes para la salud tanto física como mental. La convivencia con un enfermo mental se reconoce como un factor estresante grave y el soporte social actúa como un factor modulador del estrés. Las características de la red de soporte social, tamaño, densidad, homogeneidad, dispersión, determinan el soporte social que recibe la familia y que ayuda a afrontar la carga. El apoyo práctico, instrumental o informativo es de gran importancia para aliviar la carga objetiva.

5.10.6 Carga de la red social subjetiva. La percepción de la ayuda es tan importante como la disponibilidad de la misma e incluso como su existencia. Una persona puede estar recibiendo ayuda pero no percibirla como tal si no se siente cuidado, querido, valorado y estimado como miembro de un grupo con obligaciones y metas comunes.

5.10.7 Carga social/cultural objetiva. La carga de la enfermedad mental se ve influenciada por las leyes sociales, el sistema sanitario de salud mental y la política de empleo. El empleo es un determinante directo de la cuantía de los ingresos y del tiempo que los pacientes y sus familiares pasan en el hogar, en los roles de funcionamiento de otros familiares y en las relaciones sociales.

La estructura de los Servicios de salud mental está influenciada por los costes, la disponibilidad, la diferenciación de servicios, y otras características (continuidad de cuidados, etc.) que modifican la carga de la enfermedad mental. Entre otros, la existencia de programas de intervención en crisis, trabajo social, hospitales de día, trabajos protegidos, recursos residenciales, servicios de hospitalización, adaptados a las necesidades de los pacientes y de sus familias reducen la carga objetiva.

⁴² VILLALBA QUESADA, OVALLE CRISTINA. Intervención en redes. Documentación social. revista de estudios sociales y de Sociología Aplicada. Vol. 98, 2003.p 104-119.

5.10.8 Carga social/cultural subjetiva. Lo que en un determinado contexto social constituye una pesada carga, no lo es en otro contexto diferente. Las ideologías personales, políticas, religiosas o filosóficas determinan la actitud ante la enfermedad mental, sus causas y las formas de afrontarlas. Las variables culturales determinan el tipo de tratamiento que se considera adecuado y aceptable, y el tipo de sistema de salud mental disponible. Definen el cómo, cuándo, dónde, quién y con qué frecuencia se debe atender a los enfermos mentales, y en consecuencia las ayudas que deben estar disponibles ante las necesidades de estos enfermos y sus familiares.⁴³

5.11 COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS EN LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS.

La incidencia de conductas delictivas en pacientes con esquizofrenia es superior a la media en la población general. Este aumento está relacionado con otros factores concomitantes más que con trastornos derivados de la enfermedad en sí. La posible relación entre violencia y enfermedad mental ha sido un tema de debate a lo largo de la historia de la Psiquiatría. La cuestión acerca de si la enfermedad mental predispone a cometer más actos violentos que los que se esperarían en la población general ha sido muy controvertida y se ha estudiado desde distintos puntos de vista. Aunque muchos pacientes con esquizofrenia no son violentos y la mayor parte de la violencia en la comunidad no es atribuible a la esquizofrenia, ésta se asocia con un riesgo incrementado para la violencia dentro de la comunidad.

Entre los estudios que se han efectuado sobre este tema, algunos indican que efectivamente la enfermedad mental, y concretamente la esquizofrenia, puede ser un factor de riesgo para la presencia de una conducta violenta.

Un riesgo incrementado de violencia entre pacientes con esquizofrenia ha sido repetidamente confirmado en:

- Estudios de antecedentes criminales en pacientes.
- Estudios de gemelos.
- En una amplia muestra de personas que cometieron homicidio.

Otros investigadores niegan que esta asociación entre enfermedad mental y violencia exista y no encuentran diferencias significativas en la frecuencia de actos criminales entre población general y pacientes con esquizofrenia⁸.

En un amplio estudio realizado sobre 644 pacientes esquizofrénicos dados de alta en hospitales de Estocolmo en 1971, en seguimiento durante el periodo 1972-86, se encontró que los enfermos esquizofrénicos no cometieron, en general, más delitos que los esperados en la población general.

⁴³ KAPLAN H, SADOCK B: Sinopsis de psiquiatría, Esquizofrenia. Editorial Médica Panamericana. Octava Edición 2001. P 20-29.

Asimismo, se evidenció que los delitos violentos menores (agresión, amenazas o agresión contra la autoridad) eran 4 veces más frecuentes en la población esquizofrénica que en población normal.⁴⁴

Otros estudios coinciden en la opinión de que las personas con enfermedad mental no son más violentas que la población general cuando se tienen en cuenta factores extrínsecos como las variables demográficas.

En general, y a pesar de los estudios mencionados que sugieren lo contrario, existe una mayor coincidencia en la literatura científica en cuanto a que este tipo de pacientes comete más actos de violencia si lo comparamos con la población general.

La medida y predicción de la violencia han sido temas importantes en la investigación psiquiátrica. En la clínica el mayor interés se ha centrado en la identificación de las variables relacionadas con la presencia de violencia en enfermedad mental. Las variables relacionadas son contexto social, condiciones de tratamiento y factores psicopatológicos. Los factores psicopatológicos comprenden los aspectos generales, como depresión, ansiedad, hostilidad, entre otras, y sintomatología específica, como trastornos del pensamiento, delirios y alucinaciones.

Los factores asociados con violencia en la enfermedad mental son el primer escalón que debemos considerar a la hora de un tratamiento terapéutico eficaz para prevenir este tipo de conducta.

5.12 TRATAMIENTO

El tratamiento de la esquizofrenia se basa fundamentalmente en fármacos llamados antipsicóticos, los cuales controlan los síntomas activos, pero es necesario y a la vez complementario que el enfermo reciba un tratamiento psicosocial (psicológico, ocupacional y social), es fundamental que la persona deje de alucinar, de delirar, pero también lo es que recupere sus hábitos de vida, que este durante todo el día ocupado, que tenga su grupo de amigos, es decir, la integración en la sociedad, la normalización.

5.12.1 Medicación antipsicótica. El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia se efectúa mediante unos fármacos llamados al principio neurolepticos (nl) por sus efectos catalépticos y más modernamente hay un cierto consenso en llamarlos antipsicóticos (ap).

Desde la introducción del antipsicóticos clorpromazina en 1954, las medicaciones psicotrópicas se han convertido en el pilar del tratamiento para la esquizofrenia y otras enfermedades psiquiátricas. Numerosos estudios han documentado la

⁴⁴ WARNER R. Esquizofrenia. Epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales. Organización Mundial de La Salud. Meditor 1995. Madrid. P 12-20.

eficacia de los antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia y del litio y los antidepresivos en el tratamiento de los trastornos afectivos. Los antipsicóticos o neurolépticos han mostrado su eficacia tanto en el tratamiento agudo de los síntomas psicóticos como a nivel de recaídas.

Los antipsicóticos reciben también el nombre de neurolépticos. Fueron descubiertos a comienzo de los años 50. Son especialmente útiles para los síntomas característicos de la esquizofrenia. Proviene de cinco familias químicas pero todos ofrecen los mismos efectos terapéuticos. No hay diferencia en la eficacia entre un tipo de antipsicóticos frente a otro. Sólo gracias a los tratamientos farmacológicos se han abierto las posibilidades de la rehabilitación y de una vuelta rápida al entorno social.

La esquizofrenia va acompañada de una alteración del metabolismo cerebral, se trata de un funcionamiento excesivo de la dopamina. Los antipsicóticos bloquean el efecto excesivo de la dopamina y restablecen el equilibrio en el metabolismo cerebral. Sin embargo los neurolépticos también modifican otros ámbitos metabólicos cerebrales, de ello resultan, además de los efectos deseados, desafortunadamente también efectos laterales o secundarios indeseables.

El efecto de los antipsicóticos se describe como tranquilizador para casos de inquietud motora, conductas agresivas y tensiones interiores. Las alucinaciones, delirios y trastornos esquizofrénicos de la percepción prácticamente desaparecen con los fármacos. Cuando los brotes de la enfermedad se repiten, el tratamiento permanente con neurolépticos ofrece una protección importante y relativamente segura contra las recaídas a crisis agudas.

Se distingue dos grandes grupos de antipsicóticos : los llamados clásicos o típicos que se caracterizan por bloquear los receptores dopaminérgicos d2, son muy eficaces en los síntomas positivos, pero provocan bastantes efectos secundarios y los atípicos que actúan sobre receptores serotoninérgicos, produciendo menos efectos secundarios y siendo más eficaces en los síntomas negativos.

Una innovación importante son los neurolépticos de depósito o inyectables, que se inyectan en el glúteo y actúan a lo largo de muchos días. Su ventaja se halla en el hecho de garantizar la liberación de la sustancia, posibilidad de reducir la dosis a administrar, nivel de fármaco en plasma predecible y constante y se puede tratar a los pacientes que presentan dificultades de absorción con la medicación oral.

Del mismo modo que los afectados pueden reaccionar en cada caso de manera muy diferente a situaciones de la vida, también varían mucho las reacciones a los neurolépticos. Los enfermos responden de maneras muy diversas al tratamiento y en ocasiones se pueden producir efectos secundarios más leves o más fuertes.

Distinguimos entre los efectos secundarios que aparecen en la primera fase del tratamiento con neurolépticos y los efectos secundarios de éstos en casos de medicación de larga duración. La mayoría de los efectos secundarios aparecen en

las primeras semanas del tratamiento. Hay que mencionar especialmente el cansancio, la sequedad de boca, los mareos y el aturdimiento, los trastornos circulatorios y de la vista, estreñimiento y dificultades para orinar.

Algunos otros efectos secundarios pueden mantenerse por un tiempo más largo o incluso comenzar más tarde. Todos los efectos secundarios están descritos en los papeles de instrucción incluidos en las cajetillas de los medicamentos. A menudo, estas descripciones causan una profunda inseguridad a los afectados y sus familiares, por lo que es muy importante darles informaciones precisas.

Otros efectos secundarios que pueden aparecer son: espasmos musculares, síndrome de Parkinson producido por la medicación, Acatisia, discinesias tardías, los neurolépticos aumentan la sensibilidad a la luz solar, Aumento de peso, Limitaciones en el ámbito sexual: a ellas pertenece la pérdida de excitabilidad normal. Pero algunos medicamentos también pueden provocar lo contrario, es decir una excitación constante. Para las mujeres es especialmente tener en cuenta que la toma de neurolépticos lleva a irregularidades en la menstruación o incluso a amenorreas.

Hay que mencionar que existen antídotos para radicar los efectos secundarios, además la terapia farmacológica, para el tratamiento de la esquizofrenia no se basa únicamente en antipsicóticos, estos suelen ir acompañados de antidepresivos, ansiolíticos, estabilizadores del humor.

5.12.2 Rehabilitación Psicosocial. El tratamiento psicofarmacológico es esencial en el tratamiento de la esquizofrenia y demás psicosis, pero es necesario un buen soporte terapéutico para la buena evolución de la enfermedad, este soporte es la rehabilitación psicosocial. Por poner un ejemplo, comento que de nada sirve que el paciente tome su tratamiento si su única actividad es estar todo el día en la cama, o que tenga prescrita una medicación y por falta de conciencia de enfermedad y de control no se la tome, estos son algunos ejemplos de los muchos que vemos lo que trabajamos en rehabilitación de estos enfermos que tienen un diagnóstico y no saben que les pasa y por que su vida no puede ser igual que antes.⁴⁵

Padecer un trastorno psicótico no puede ser el obstáculo que impida el desarrollo de roles sociales valiosos, como el trabajo o al menos una ocupación, vivienda, relaciones interpersonales y afectivas, consideración social y utilización de recursos comunitarios. La rehabilitación se entiende hoy como la proporción de la ayuda que requiere la persona para el desempeño psicosocial.

⁴⁵ IGARTUA, JUANJO, PAEZ, DARIO, CELORIO, MARIA JOSE: factores psico-sociales e integración social del enfermo mental (psicótico) en la comunidad. revista de psicología social aplicada. VOL. 4, N. 2, P. 67.1994

Los centros de rehabilitación psicosocial se enmarcan dentro del modelo comunitario, se trabaja con el enfermo en su contexto familiar y no en una institución.

Se va a tratar de disminuir o eliminar el déficit o deterioro en las distintas áreas que impiden una integración normal del paciente en su medio, entrenando las habilidades que le permitan una mayor autonomía e integración social, mejorando la calidad de vida del enfermo y de su entorno social y familiar.

Para cada paciente se realiza un plan individualizado de rehabilitación diferente dependiendo de su enfermedad, estado, deterioro, conductas problemas y situación social y laboral.

Se trabajan las siguientes áreas:

5.12.3 Psicoeducación del paciente y de la familia. Proveer de una información actualizada y comprensible acerca de la enfermedad mental, enseñando a discriminar los síntomas, pródromos, importancia de la medicación antipsicótica, tomar conciencia de enfermedad, aceptándola y aprendiendo a vivir con ella.

5.12.4 Habilidades sociales. Trabajar mediante actividades en grupo técnicas gratificantes y educativas del trato social. su escalonamiento progresivo va desde la configuración de pequeños grupos para jugar o realizar tareas cooperativas hasta el entrenamiento en habilidades sociales específicas, como pedir favores, aceptar críticas, habilidades conversacionales.

5.12.5 Educación para la salud. Fomentar la salud como un bien que se puede obtener activamente. Se trabaja mediante módulos, los cuales son: Sexualidad, alimentación, sueño, prevención de la ansiedad, autoestima y autoimagen, capacidades cognitivas.

Orientación y tutoría: Orientar y aconsejar acerca de cualquier duda problema que presente el usuario y no pueda ser tratado desde los programas elaborados en el ámbito grupal, evaluar la consecución de los objetivos previamente marcados para usuario.

5.12.6 Actividades de la vida diaria. La intervención se refiere a provocar la adquisición y mantenimiento de una amplia gama de habilidades necesarias para la vida cotidiana, esto se realiza mediante programas como cuidado personal, actividades domésticas y orientación cultural

5.12.7 Desarrollo personal. Desarrollo del paciente en su ambiente comunitario: realizar trámites de la vida diaria, favorecer su orientación a la realidad social, cultural, deportiva, política, enseñar recursos para buscar empleo.

5.12.8 Actividades deportivas: estimular físicamente al usuario mediante técnicas deportivas al mismo tiempo que se trabajan técnicas de coordinación, trabajo en grupo, aseo e higiene.

5.12.9 Otras áreas: prestaciones socioeconómicas y sanitarias, formación laboral, alternativas residenciales, uso del tiempo libre, educación de la persona afectada, Ocupación y apoyos.

Como he comentado al principio, todos los puntos aquí expuestos necesitarían más palabras y tiempo para desarrollarlos al completo, pero creo que con lo aquí dicho podemos hacernos un esquema general de esta enfermedad que por desgracia y a pesar de todos los avances científicos realizados, marca y cambia la vida de muchas personas que la sufren, porque la padecen o bien porque su hijo, su mujer, su padre o madre empezaron un día a escuchar voces.⁴⁶

⁴⁶ Luciano, M.C., Gómez, I. & Valdivia, S. Consideraciones sobre el desarrollo de la personalidad desde un marco funcional-contextual. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2, 173-197. 2002

6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	SUBVARIABLES	DEFINICIÓN	CATEGORÍA	NIVEL DE MEDICIÓN
ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS	EDAD	Años cumplidos	Numero de años	RAZÓN
	GENERO	Caracterización Sexual	Femenino y masculino	NOMINAL
	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	Clasificación socioeconómica	1,2,3,4,5,6	NOMINAL
RELACIÓN DEL PACIENTE CON SU PAREJA SENTIMENTAL	APOYO DE SU PAREJA	Su pareja sentimental conoce el diagnóstico de su enfermedad y lo ha acompañado durante la evolución de la enfermedad	SI O NO	NOMINAL
	COMPANERO(A) SENTIMENTAL	Mantiene pareja estable	SI O NO	NOMINAL
RELACIÓN CON SUS HIJOS.	HIJOS	Numero de hijos	1,2,3,4,5,6,7,8	NOMINAL
	CONVIVENCIA CON SUS HIJOS	Vivencia padre-madre- hijo	Buena, regular, mala	NOMINAL
	RESPALDO POR PARTE DE LOS HIJOS	Existe rechazo por parte de los hijos	SI O NO	NOMINAL
	RESPONSABILIDAD ECONÓMICA	Responde económicamente por sus hijos	SI O NO	NOMINAL
IMPLICACIONES LABORALES	ESTABILIDAD LABORAL	Tiempo en que conserva un empleo	1-3 meses 4-6 meses 6-12 meses >12 meses	NOMINAL
	INICIAR NUEVO EMPLEO	facilidad para encontrar un trabajo	SI O NO	NOMINAL

INFRACCIONES A LA LEY	IMPLICACIONES LEGALES	Detenciones legales por infracciones a la ley	1,2,3 mas de 3	NOMINAL
COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS	COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS CON LA PAREJA SENTIMENTAL	Rechazo o abandono de compañero sentimental por conductas agresiva contra ellos.	SI O NO	NOMINAL
	COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS CON LA FAMILIA	Rechazo familiar por comportamientos violentos		
	COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS EN EL TRABAJO	Fracaso laboral por presentar conductas agresivas en su trabajo.	SI O NO	NOMINAL

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio utilizado fue descriptivo de casos, pues esta dirigido a determinar las características del ambiente sociofamiliar del paciente con diagnostico de esquizofrenia.

Fue un estudio retrospectivo; pues indagaremos por factores ya existentes, es decir, reconoceremos una serie de características de un fenómeno determinado y en este caso es cómo esta manifestado el ambiente sociofamiliar del paciente esquizofrénico.

También es un estudio transversal, pues estudiaremos variables simultáneamente en un momento determinado, haciendo un corte en el tiempo, que es entre los meses de marzo, abril y mayo del año 2008.

7.2 UBICACIÓN DEL ESTUDIO.

El estudio se realizó en la unidad mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, sitio de atención de los pacientes con trastornos mentales. Los pacientes serán identificados previa revisión de las historias clínicas y verificación del cumplimiento de criterios de selección.

En análisis de los datos obtenidos será realizado en el domicilio de los estudiantes que laboran en el proyecto, y en la oficina de los asesores del proyecto.

7.3 POBLACIÓN

Los pacientes con diagnostico de esquizofrenia, que han estado hospitalizados y asistieron a consulta externa durante el periodo de tiempo comprendido entre los meses de marzo, abril y mayo del año 2008, y sus edades oscilan entre los 30 y 50 años.

7.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

La técnica que utilizó para la ejecución del proyecto fue la entrevista, es decir que se realizó por medio de un proceso de comunicación interpersonal establecida entre los experimentadores y el paciente o sujeto de estudio, con el fin de obtener respuestas verbales a los interrogantes que plantearemos sobre el ambiente sociofamiliar del paciente con diagnóstico de esquizofrenia.

La entrevista fue estructurada, con preguntas idénticas y en el mismo orden para todos los pacientes y sus respuestas solo se escogieron entre las opciones que se les ofrecieron.

La entrevista se orientó por un formulario que contenía todas las preguntas y en un orden predeterminado y fue diligenciado por los estudiantes Camilo Cabrera Bahamón, Andrea Lorena Polanía, Fabio Enrique Suarez.

Cada entrevista tenía su formulario de guía previamente establecido y se realizaron en el domicilio del paciente o donde fue posible realizar por facilidad y comodidad de estos. (Domicilio, hospital, consultorio psiquiátrico)

7.5 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

El estudio se iniciará en la Unidad Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo donde sus pacientes serán identificados previa revisión de las historias clínicas y verificación de cumplimiento de criterios de selección.

Se realizó una verificación de los diagnósticos de las historias clínicas para seleccionar a los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión.

Posteriormente se abordó al paciente y se le explicó la finalidad del estudio y la importancia de su participación, seguidamente se hizo el diligenciamiento del consentimiento informado y se procedió a la ejecución de la entrevista.

7.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

La tabulación de la información se realizó el programa informático Excel, en el que se incorporaron los datos para obtener las gráficas que se analizaron posteriormente.

El estudio de las subvariables se realizó de manera específica de acuerdo a los tres grupos citados a continuación. Dentro de cada subgrupo se realizó un análisis específico de manera que se podrán obtener 3 grandes conclusiones:

- Comportamientos violentos
- Relación de familia, pareja e hijos
- Desempeño laboral y dependencia económica

El análisis de cada grupo de subvariables pudo hacerse narrativamente, en cuadros y gráficos y todas las subvariables se cruzaron para poder realizar las conclusiones generales de la siguiente forma:

En desempeño laboral y dependencia económica los despidos frecuentes de su lugar de trabajo con la realidad del estado socioeconómico del paciente y la facilidad para buscar y encontrar un trabajo con la satisfacción de sus necesidades dependiendo de sus ingresos económicos.

En relación de familia, pareja e hijos cruzaremos las siguientes subvariables:

Mantenimiento de pareja estable. La vivencia con sus hijos y la comprensión del núcleo familiar con el diagnóstico y evolución de la enfermedad y con la compañía de la pareja durante la enfermedad y sus recaídas.

En comportamientos violentos cruzaremos las siguientes subvariables:

Las detenciones legales por conductas violentas y el fracaso laboral por dificultad de convivencia social. Detenciones legales por conductas violentas y abandono de compañero sentimental por comportamientos violentos y rechazo y abandono familiar por comportamientos agresivos.

GRUPOS PARA CRUCE DE VARIABLES.

Comportamientos violentos

- Detenciones legales por conductas violentas
- Rechazo o abandono familiar por comportamientos agresivos
- Abandono de compañero sentimental por comportamientos violentos
- Fracaso laboral por dificultad de convivencia social

Relación de familia, pareja e hijos:

- Mantiene pareja estable
- Mantiene vida sexual activa
- Vive con sus hijos
- Su familia comprende el diagnóstico y la evolución de la enfermedad
- Su pareja sentimental lo ha acompañado durante la evolución de la enfermedad

Desempeño laboral y dependencia económica:

- Existen despidos frecuentes de su lugar de trabajo
- Tiene facilidad para buscar y encontrar un trabajo
- Sus ingresos económicos le permiten satisfacer sus necesidades

7. 7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Teniendo en cuenta que para la realización del presente estudio el objeto son los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia seguiremos los siguientes pasos para contar con su participación:

- Información al paciente y a la familia sobre los objetivos del proyecto y la importancia de su participación.
- Diligenciamiento y firma del consentimiento informado.(ANEXO B)
- Las entrevistas se realizarán en el lugar que ellos consideren conveniente para que el desarrollo del proyecto no genere incomodidad ni alteración de sus actividades.

El grupo responsable del trabajo garantiza que la información obtenida de las entrevistas se mantendrá bajo absoluta reserva, no será manipulada ni se revelara los nombres o datos de identificación del paciente.

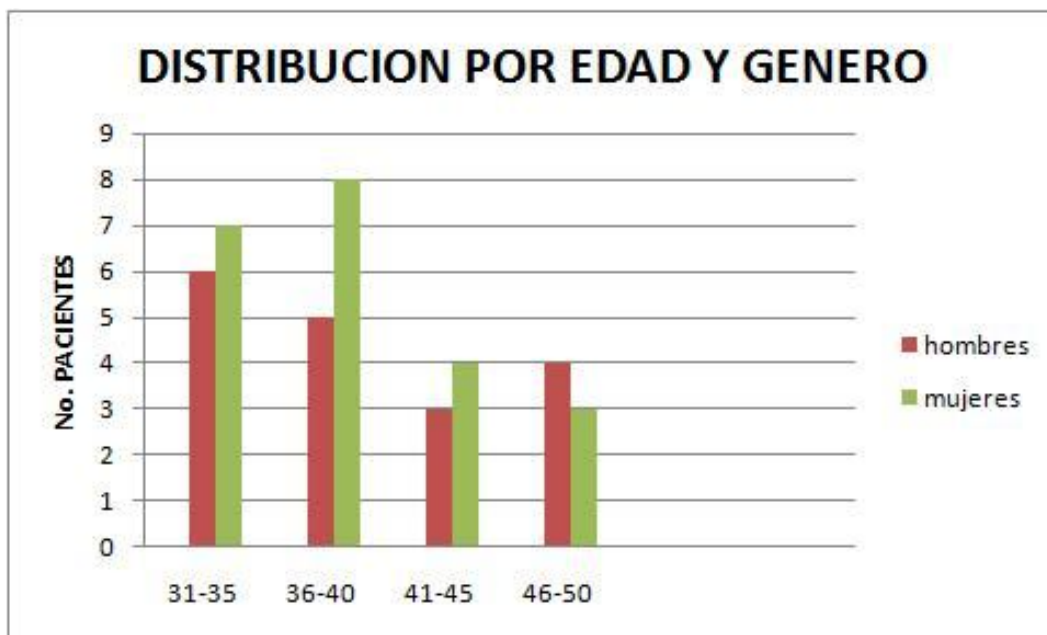
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para la realización de este trabajo se hicieron 40 entrevistas que se aplicaron a los pacientes que asistían a consulta externa o que se encontraban hospitalizados en la unidad de salud mental del HUHMP de Neiva en el periodo comprendido entre los meses de marzo, abril y mayo de 2008.

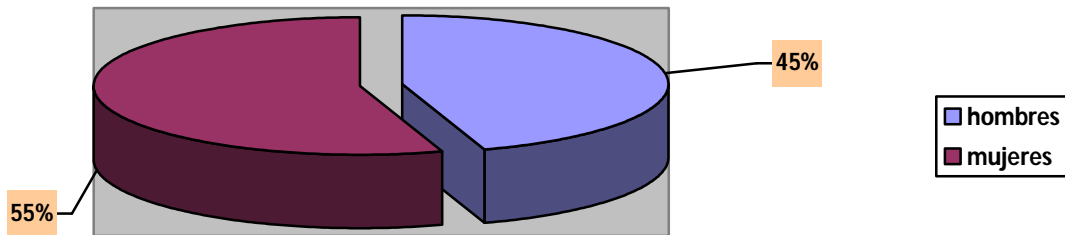
Con los datos que se obtuvieron a través de cada una de las entrevistas se lograron los siguientes resultados:

VARIABLE DEMOGRÁFICA

Gráfica 1. DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO Y EDAD DE LOS PACIENTES CON DX DE ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2008, ENTRE LOS 30 Y 50 AÑOS.



Grafica 2. PROPORCION HOMBRES -MUJERES CON DX DE ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2008, ENTRE LOS 30 Y 50 AÑOS.



La mayor proporción de la población estudiada son mujeres que representan el 55%. La mayoría se encuentra entre los 30 y 40 años de edad, entre 36 y 40 años representan el 20% de toda la población encuestada. Entre 31 y 35 años representan el 17.5%, presentando concordancia entre este hallazgo y los estudios de la fisiopatología que describen un inicio de la sintomatología a los 30 años y mayor incidencia de la entidad en la población femenina. (Ver Grafica 1y2.)

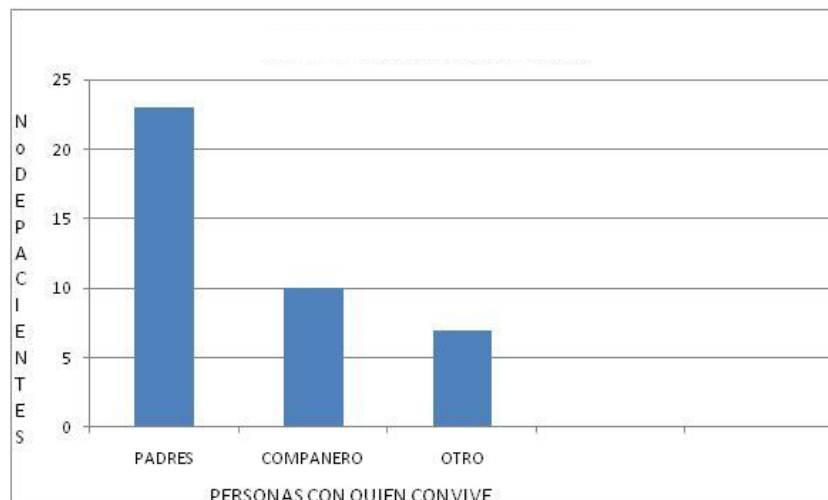
Gráfica 3. NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS PACIENTES CON DX DE ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2008, ENTRE LOS 30 Y 50 AÑOS.



La distribución de la población de pacientes esquizofrénicos entrevistados según su nivel socioeconómico mostro una mayor frecuencia entre los estratos bajos, (estrato 1 el 52.5%) ya que la pobreza y un bajo nivel cultural se relaciona en nivel

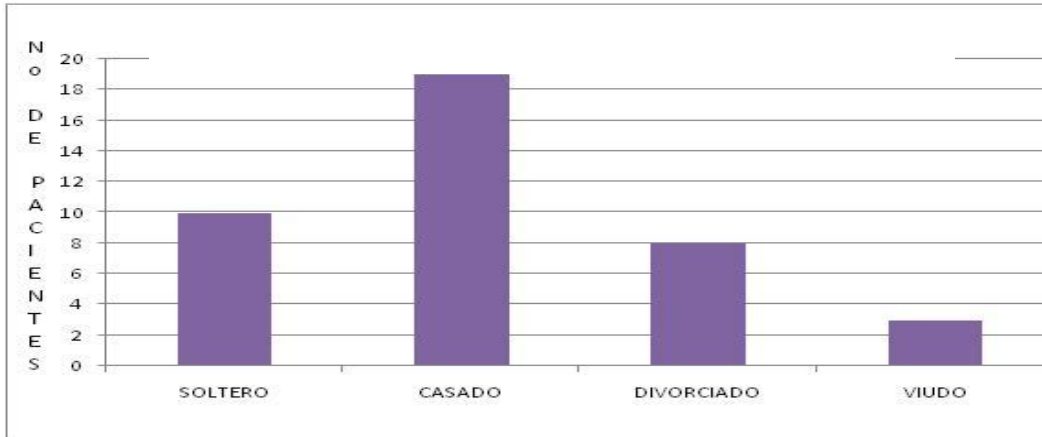
mas alto con la sintomatología de le enfermedad y sus repercusiones negativas en el ambiente sociofamiliar del paciente(Ver Grafica 3.)

Gráfica 4. CONVIVENCIA ACTUAL DE LOS PACIENTES CON DX DE ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2008, ENTRE LOS 30 Y 50 AÑOS.

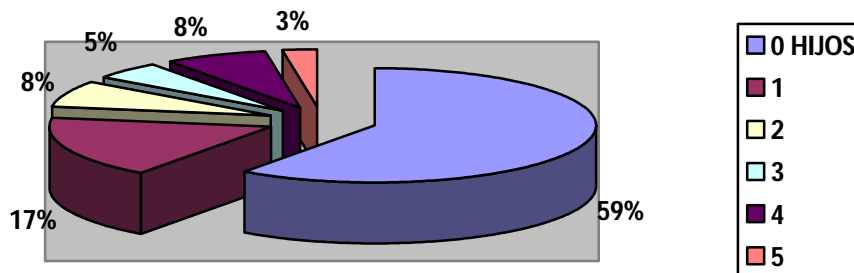


En este estudio, la mayor proporción de pacientes viven con sus padres, (el 57.5%). Debido a la dificultad que enfrentan estas personas para convivir y establecer relaciones de pareja. Los padres son los compañeros más estables de estas personas en la teoría y en la práctica (Ver Grafica 4.)

Gráfica 5. ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DX DE ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2008, ENTRE LOS 30 Y 50 AÑOS.

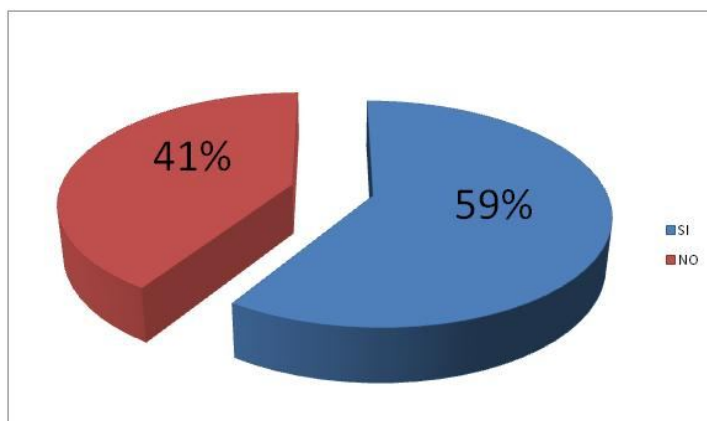


Gráfica 6. NUMERO DE HIJOS DE LOS PACIENTES CON DX DE ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2008, ENTRE LOS 30 Y 50 AÑOS.



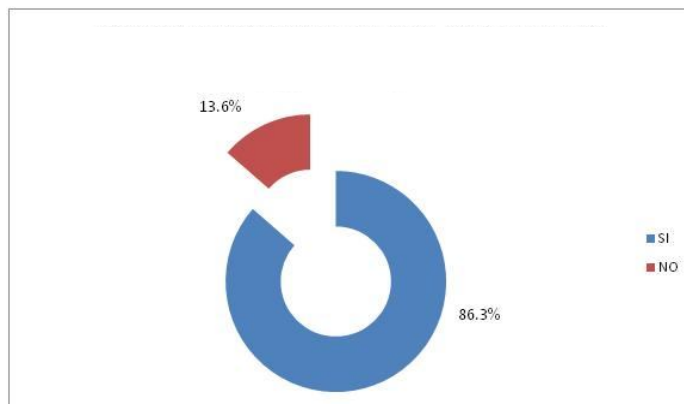
Los pacientes encuestados en su mayoría no tienen hijos, (el 59%) asociado a que no tienen pareja, (el 47. % de pacientes es casado) debido a su dificultad para la realización en vida afectiva y mantenimiento de pareja estable, a pesar de ser pacientes de bajo nivel socioeconómico, grupo etario en el que se presenta el más alto índice de reproducción humana. (VER GRAFICAS 5 y 6)

Gráfica 7. CONVIVENCIA CON LOS HIJOS DE LOS PACIENTES CON DX DE ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2008, ENTRE LOS 30 Y 50 AÑOS.



Los pacientes esquizofrénicos viven situaciones que en ocasiones les incapacita para cumplir funciones básicas sociales como la convivencia en núcleo social y el asumir el rol de padres. Es como se demuestra en este estudio, que la mayoría de los de pacientes que son padres no viven con sus hijos (59 %) y delegan esta responsabilidad en otras personas (Ver Grafica 7).

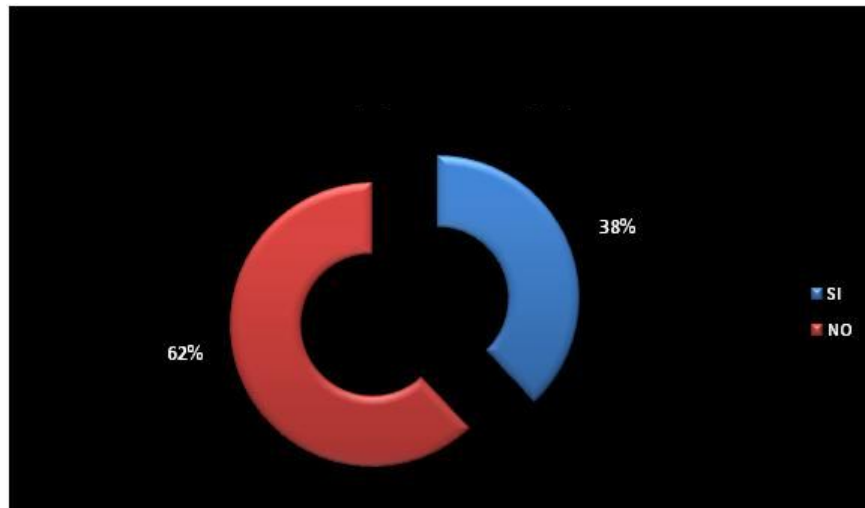
Gráfica 8. CONOCIMIENTO DEL DIAGNOSTICO POR PARTE DE LOS HIJOS DEL PACIENTE CON DX DE ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2008, ENTRE LOS 30 Y 50 AÑOS.



Debido a la disrupción familiar que se presenta alrededor de las personas que padecen esta enfermedad, encontramos que la mayoría de los Hijos (86%) no

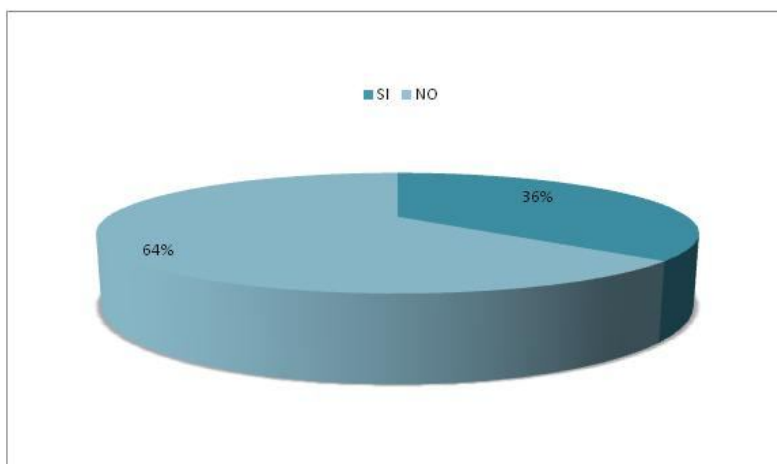
conocen el diagnóstico y por tanto su contribución es poco significativa en cuanto al apoyo y recuperación del paciente (Ver Grafica 8).

Gráfica 9. ACOMPAÑAMIENTO POR PARTE DE LOS HIJOS DE PACIENTES CON DX DE ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2008, ENTRE LOS 30 Y 50 AÑOS.

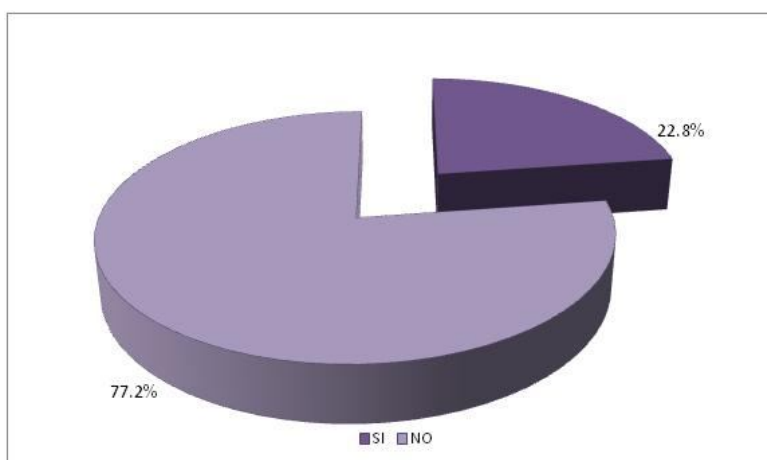


Dentro de la alteración de la realidad que vive el paciente esquizofrénico, su rol como padre y miembro de una sociedad se altera al punto de incapacitarlo para cumplir sus funciones básicas. Es muy frecuente que las personas que tengan hijos no convivan con ellos y en una proporción baja los hijos acompañan a los padres en sus hospitalizaciones durante las fases psicóticas (38%). (Ver Grafica 9).

Gráfica 10. RECHAZO POR PARTE DE LOS HIJOS HACIA LOS PACIENTES CON DX DE ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2008, ENTRE LOS 30 Y 50 AÑOS.

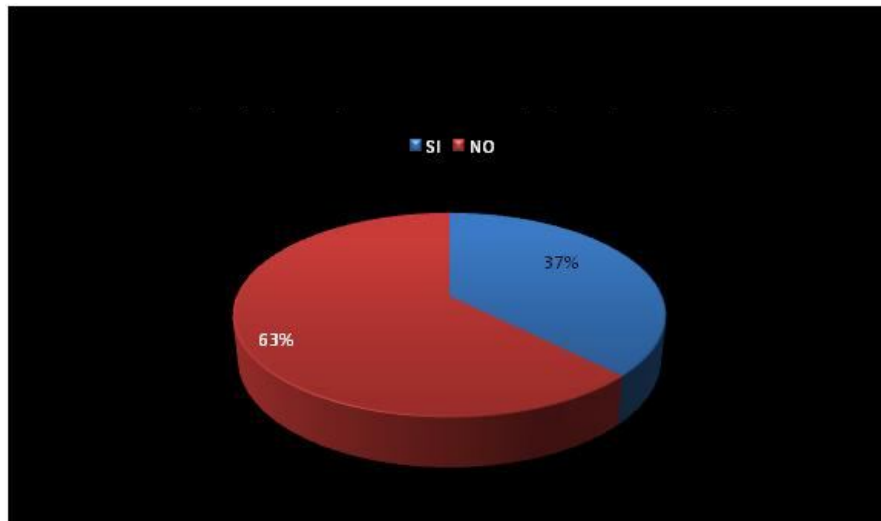


Gráfica 11. RESPONSABILIDAD ECONÓMICA PARA CON SUS HIJOS DE LOS PACIENTES CON DX DE ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2008, ENTRE LOS 30 Y 50 AÑOS.



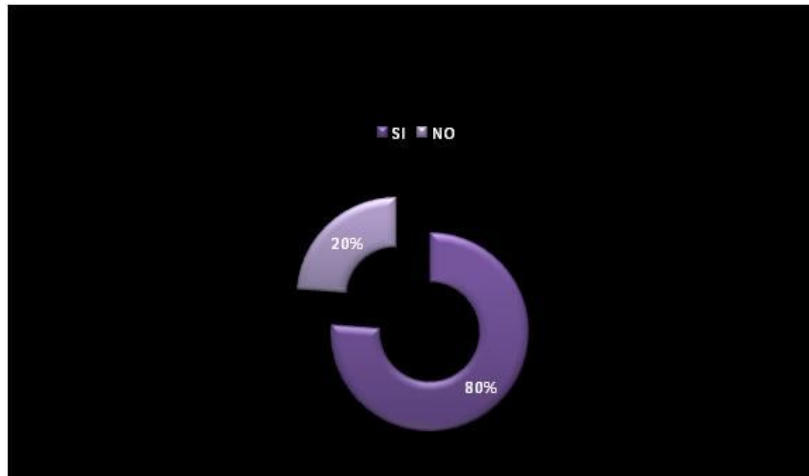
Por la dificultad que se presenta para conseguir empleo y mantener una pareja estable, esos pacientes en un bajo porcentaje responden económicamente por sus hijos (22%). Sin embargo la mayoría de los pacientes no se sienten rechazados o discriminados por sus hijos a pesar que encontramos que falta apoyo por parte de ellos (77%) (Ver Graficas 10 y 11).

Gráfica 12. ABANDONO POR PARTE DE SU PAREJA DEBIDO A COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS DE LOS PACIENTES CON DX DE ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2008, ENTRE LOS 30 Y 50 AÑOS.

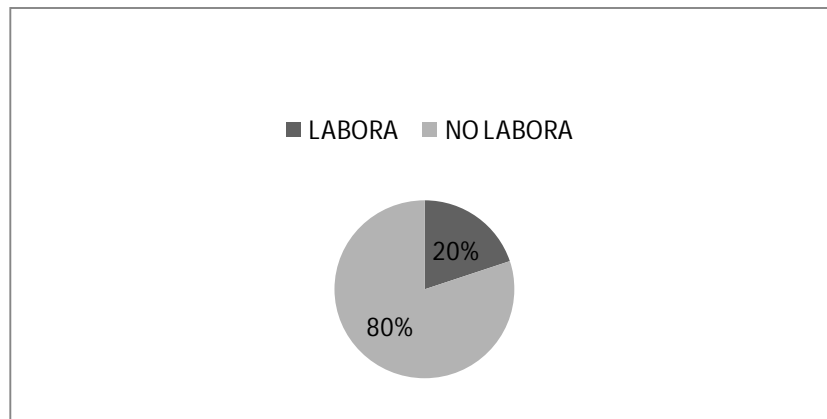


Los pacientes se ven frecuentemente enfrentados al abandono de sus compañeros sentimentales (37%) por la incapacidad de estos para desarrollar y mantener una relación de pareja ya sea en matrimonio o en unión libre. Adicionalmente en las fases psicóticas son pacientes agresivos y sus parejas frecuentemente se ven obligadas a abandonarlos para estar seguros.
(Ver Grafica 12)

Gráfica 13. RESPALDO ECONÓMICO POR PARTE DE SU PAREJA SENTIMENTAL PARA LOS PACIENTES CON DX DE ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2008, ENTRE LOS 30 Y 50 AÑOS.

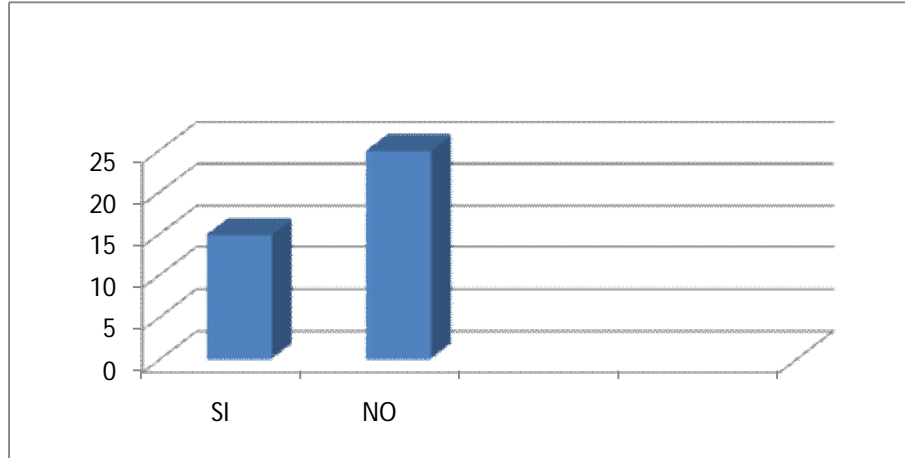


Gráfica 14. SITUACIÓN LABORAL ACTUAL DE LOS PACIENTES CON DX DE ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2008, ENTRE LOS 30 Y 50 AÑOS.



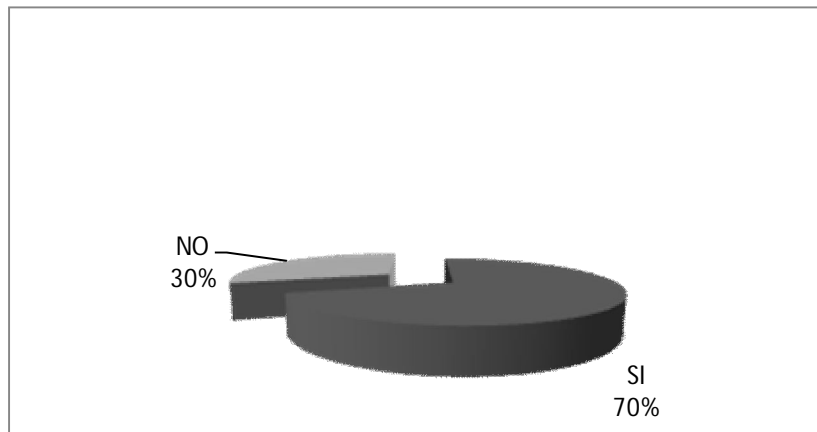
La fisiopatología de la enfermedad describe la disminución de vida productiva del paciente debido al deterioro mental de estos. Coincide con nuestro estudio en donde gran porcentaje de pacientes no se encuentran laborando (80%) a pesar de estar en el grupo de edad adulta, en el que la producción es mayor. Sin embargo de los pacientes que tienen una pareja sentimental, un número significativo (80%) cuentan con un respaldo económico de ella. (VER GRAFICAS 13 y 14)

Gráfica 15. DESPIDO DE SU LUGAR DE TRABAJO DE LOS PACIENTES CON DX DE ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2008, ENTRE LOS 30 Y 50 AÑOS.



En estos pacientes se ha encontrado un porcentaje importante de despidos frecuentes de sus lugares de trabajo, debido a crisis psicóticas, comportamientos violentos o abandono de su trabajo. En este estudio vemos que el 37.5% de los pacientes han sido despedidos de sus trabajos por estos comportamientos (Ver Grafica 15).

Gráfica.16 DETENCIONES POR COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS DE LOS PACIENTES CON DX DE ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE MARZO, ABRIL Y MAYO DEL AÑO 2008, ENTRE LOS 30 Y 50 AÑOS.



Dentro de la descripción de las alteraciones socio familiares del paciente esquizofrénico encontramos las detenciones legales por conductas agresivas o

por comportamientos que infringen las normas sociales. En nuestro estudio, una parte de la población altamente significativa (70%), ha sido detenida por la policía, y son ellos en muchos casos los que traen al paciente al hospital para ser atendidos (Ver Grafica 16).

9 DISCUSIÓN.

El estudio realizado en la unidad de salud mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva con pacientes que tienen diagnóstico de esquizofrenia, revela que a nivel general, el respaldo de los familiares hacia estos es adecuado y contribuye favorablemente con el tratamiento y estilo de vida de los pacientes, a pesar de encontrar porcentajes altos de incompreensión por parte de su núcleo familiar representado en los hijos que rechazan a sus padres y en las parejas que abandonan a sus conyugues. Los padres en su gran mayoría apoyan a sus hijos enfermos y los acompañan en la evolución de la enfermedad.

Como la esquizofrenia es una enfermedad mundial, con características clínicas universales, los resultados de este trabajo concuerdas con los estudios y criterios definidos para esta enfermedad.

Según el KAPLAN,⁴⁷ texto guía para muchos estudios psiquiátricos, parte de la fisiopatología de la esquizofrenia incluye la disfunción sociofamiliar del paciente por la disrupción entre realidad y fantasía. En nuestro estudio encontramos una alteración en el ambiente sociofamiliar caracterizada por la dificultad del paciente para establecer una relación de pareja, por la dificultad del paciente para convivir con su familia y con sus hijos, por la dificultad para desarrollar una vida laboral y productiva y por los líos judiciales en los que se implican los pacientes bajo el estado de psicosis.

Dentro de las características demográficas encontramos que en su mayoría los pacientes encuestados son mujeres. El pico de edad para los pacientes encuestados fue la década de los 30-40 años, mostrando el mayor rango entre los 36 y 40 años, coincidiendo con la epidemiología mundial que muestra un inicio de la sintomatología de la enfermedad a los 30 años. Según un estudio realizado por la OMS⁴⁸ la edad de inicio de la sintomatología son los 30 años y afecta al 1% de la población general.

El nivel socioeconómico de los pacientes encuestados es bajo, con un nivel de SISBEN 1, que se asocia con la mayor incidencia de esta enfermedad en los niveles mas deprimidos. Los estudios realizados sobre el tema muestran que las

⁴⁷ KAPLAN H, SADOCK B: Sinopsis de psiquiatria, Esquizofrenia. Editorial Médica Panamericana. Octava Edición 2001. P 20-29.

⁴⁸ WARNER R. Esquizofrenia. Epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales. Organización Mundial de La Salud. Meditor 1995. Madrid.

condiciones higiénicas precarias y el pobre nivel cultural se asocian a mayor disfunción sociofamiliar de los pacientes una vez desencadenada la sintomatología de la enfermedad⁴⁹. También se asocia a que el hospital es lugar de referencia para la red pública, los pacientes con aporte contributivo al sistema general de seguridad social son manejados en clínicas privadas.

Un gran grupo de pacientes entrevistados, viven con sus padres, esto debido a que muchos tienen dificultad para mantener pareja. Después de iniciados los síntomas de la esquizofrenia, es muy difícil para ellos iniciar una relación sentimental, debido a la disrupción con la realidad que afecta su capacidad de raciocinio y de sentir y de expresar sentimientos. Los pacientes esquizofrénicos se ven enfrentados a la soledad, y dentro de su mundo fantástico no existe necesariamente el deseo de tener una pareja sentimental. En el estudio realizado por Manuel Luciano⁵⁰ sobre los problemas sociales y el desarrollo de la personalidad, los pacientes esquizofrénicos viven bajo una desrealización personal, que pone de manifiesto otras prioridades, que satisfagan sus ilusiones y se desobligan de sus compromisos maritales adquiridos previamente al inicio de la sintomatología

El 45% de los pacientes encuestados no tienen hijos, situación que se relaciona con la dificultad de estos pacientes para establecer una familia. De los que tienen hijos solo el 59% convive con ellos; esta situación que se agrava una vez iniciada la sintomatología. La mayoría de los hijos están enterados de el diagnóstico de esquizofrenia de sus padres y estos hijos son los que presentan un acompañamiento para sus padres durante las hospitalizaciones, y el 64% de estos hijos muestran conductas de apoyo, que permiten a los padres esquizofrénicos sentirse acompañados por sus hijos, solo el 34% restante se siente rechazado por sus hijos, aunque en un 77.2% de padres no responden económicamente por sus hijos por su dificultad para obtener empleo y por su poca productividad laboral. Los pacientes no son capaces de asumir sus responsabilidades por lo irreal de su mundo y por el riesgo que ve la sociedad en ellos como para asignarles el cargo de educación y formación de sus hijos, por eso a pesar de ser respaldados en un porcentaje considerable,⁵¹ los pacientes son abandonados y no son apoyados en las hospitalizaciones como lo encontramos en estudios realizados previamente

⁴⁹ Luciano, M.C., Gómez, I. & Valdivia, S.. Consideraciones sobre el desarrollo de la personalidad desde un marco funcional-contextual. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2, 173-197. 2002

⁵⁰ Luciano, M.C., Gómez, I. & Valdivia, S.. Consideraciones sobre el desarrollo de la personalidad desde un marco funcional-contextual. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2, 173-197. 2002

⁵¹ KAPLAN H, SADOCK B: Sinopsis de psiquiatría, Esquizofrenia. Editorial Médica Panamericana. Octava Edición 2001. P 20-29.

donde mostraban las dificultades en el proceso de tratamiento y recuperación de estos pacientes debido a que no tenían un apoyo suficiente por parte de sus hijos.

En nuestro estudio encontramos gran cantidad de pacientes que han sido abandonados por sus parejas, o han sido detenidos por las autoridades⁵² esto concuerda con la teoría la cual indica que gran cantidad de pacientes esquizofrénicos asume conductas agresivas, por lo difícil de su mundo imaginario.

Adicionalmente nuestros pacientes tienen dificultad para encontrar y mantener un empleo por la alteración del desarrollo mental y por el deterioro cognitivo que sufren estos pacientes en el desarrollo de su enfermedad. Sin embargo en este estudio encontramos que solo un 37% de los entrevistados fue despedido de su trabajo debido a su enfermedad y comportamientos derivados de ella.

⁵² ÁLVARO ARENAS BORRERO, ADRIANA ROGELIS PRADA: Revisión de la historia del trastorno esquizoafectivo y su relación con los rasgos de personalidad. UNIVERSITAS MÉDICA 2006 VOL. 47 N° 2

10. CONCLUSIONES

- La edad de mayor frecuencia en nuestro estudio es de los 30-40 años, con un pico máximo entre los 36 y 40 años, relacionada con la edad de inicio de los síntomas clínicos de 30 años.
- La mayor proporción de los pacientes encuestados son mujeres.
- Los pacientes encuestados son de nivel socioeconómico bajo.
- Una gran proporción de pacientes viven con sus padres por la limitación de estos pacientes para formar y mantener una relación de tipo marital o de pareja.
- La proporción de pacientes con hijos es baja para ser personas que se encuentran en edad reproductiva y ser pacientes de bajo nivel socioeconómico, que forman parte del grupo de mayor reproducción humana.
- La convivencia de los pacientes con sus hijos es baja a pesar de ser personas que se encuentran en la edad pico de reproducción y formación de familias.
- El 86.3% de los encuestados que tienen hijos, afirman que estos tienen conocimiento de su diagnóstico, sin embargo los pacientes no son acompañados por estos durante sus hospitalizaciones contribuyendo así de manera poco favorable en el estado de ánimo de los pacientes.
- Los pacientes se ven limitados para responder económicamente por sus hijos por la dificultad de estos para laborar y asumir roles.
- Del total de pacientes que tienen pareja, 8 de ellos son apoyados económicamente por sus parejas; también son las familias en las cuales los hijos conocen el diagnóstico de los padres y en las cuales el paciente esquizofrénico no se siente rechazado por sus hijos. Es decir, son familias con lazos de unión fuertes donde la fuerza del amor, el diálogo y la comprensión están por encima de la incomodidad de la carga del paciente.
- El 37% de los pacientes que tienen pareja, han sido abandonados por sus conyugues debido a la existencia de conductas violentas, tales como golpizas con puños y pies. Dentro de este porcentaje se encuentra la mayoría de los pacientes que se sienten rechazados por sus hijos.
- Dentro del grupo de pacientes divorciados se encuentra la mayoría de pacientes que se sienten rechazados por los hijos y los que no reciben

respaldo económico de sus parejas. Adicionalmente son la mayoría de pacientes que han sido detenidos por presentar comportamientos violentos con sus cónyuges.

- El 80% de los pacientes no labora en la actualidad, esto debido a la dificultad de estos para conseguir un empleo, adicionalmente son inconstantes en su lugar de trabajo dependiendo de la sintomatología de la enfermedad. Dentro del grupo de pacientes dependiendo de su estado civil, la mayoría de los pacientes que laboran son los casados y los que responden económicamente por sus hijos, posiblemente debido al apoyo de sus familias que mejora el estado de ánimo y contribuye a la productividad laboral de los pacientes.
- Los pacientes refiere dificultad para encontrar un empleo. Estas personas con esquizofrenia generalmente presentan dificultades laborales por sus continuas ausencias, adicionalmente presentan dificultad para ejecutar las tareas de su oficio de maneja ordenada, y son despedidos frecuentemente de su trabajo.
- Los comportamientos violentos mas frecuentes son los físicos con manos y pies. Siguen las armas cortantes como navajas, cuchillos y contundentes como piedras. Un paciente refirió haber sido detenido por andar en la calle hablando solo y otro paciente refirió haber sido detenido por andar desnudo en la calle. 2 pacientes fueron detenidos por estar consumiendo marihuana en vía pública.
- Las conductas agresivas de los pacientes con sus compañeros de trabajo fueron por lesiones físicas por mecanismos contundentes causadas por puños.
- Los pacientes son visitados por personas diferentes a su familia en el siguiente orden: vecinos un 15%, compañeros de trabajo 6%, 2% por pastor de iglesia y el 77% restante refiere que solo miembros de su familia los visitan cuando están hospitalizados.
- 46% de los pacientes refiere no tener amigos, debido a la dificultad de esta enfermedad para mantener y establecer cualquier tipo de relaciones

interpersonales. de los 54% pacientes que refieren tener amigos, el 63% dijo que tenia un amigo, el 10% que tenia 2, 12% que tenían 3, el 5% dijo que tenían 4 y el 10% restante refirió tener mas de 4 amigos.

BIBLIOGRAFIA

ÁLVARO ARENAS BORRERO, ADRIANA ROGELIS PRADA: Revisión de la historia del trastorno esquizoafectivo y su relación con los rasgos de personalidad. *Universitas médica* 2006 vol. 47 n° 2

La Asociación Pro-Salud Mental "La Frontera", en 1990

ANDREASSON S, ALLERBEG P, ENGSTROM A, RYBERG U. Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 1997.

CAÑAMARES, J.M., JURADO, C: un grupo de autoayuda en la rehabilitación psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. VOL. 15, N. 52, P. 137-145. 1995.

CÉSAR HERNANDO GONZÁLEZ CARO. Impacto psicosocial de la esquizofrenia. Asociación colombiana para la salud mental.

FRANCISCO MARTÍNEZ, SUSANA OCHOA. Redes sociales de personas con esquizofrenia. *Cuadernos de trabajo social*, Vol. N° 13, 2000, pags. 299-322.

GARZON A, RIVIERA L PROYECTO ECFOS: EVALUACIÓN DE CARGA FAMILIAR OBJETIVA Y SUBJETIVA. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Navarra 1997.

HEATH RG. Hipótesis bioquímica acerca de La etiología de La Esquizofrenia. Jackson t. Amorroto editores. Londres 2003.

IGARTUA, JUANJO, PAEZ, DARIO, CELORIO, MARIA JOSE: factores psicosociales e integración social del enfermo mental (psicótico) en la comunidad. *Revista de psicología social aplicada*. VOL. 4, N. 2, P. 89-108.2005.

KAPLAN H, SADOCK B: Sinopsis de psiquiatría, Esquizofrenia. Editorial Médica Panamericana. Octava Edición 2001.

LUCIANO, M.C., GÓMEZ, I. & Valdivia, S. Consideraciones sobre el desarrollo de la personalidad desde un marco funcional-contextual. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2, 173-197. 2002.

TELEZ J. LOPEZ: Aspectos Neurocognitivos de La Esquizofrenia. Nuevo Milênio Editores. Bogotá 2005.

VILLALBA QUESADA, OVALLE CRISTINA. Intervencion en redes. Documentación social. Revista de estudios sociales y de Sociología Aplicada. Vol. 98, P. 104-119. 2003.

WARNER R. Esquizofrenia.Epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales. Organización Mundial de La Salud.Meditor. Madrid. Vol 23, P35-48. 2004

ANEXOS



ANEXO A



ENCUESTA

PROYECTO: CAMBIOS EN EL AMBIENTE SOCIOFAMILIAR DEL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA

RESPONSABLES:

ANDREA LORENA POLANIA

CAMILO CABRERA BAHAMON

FABIO ENRIQUE SUAREZ BURGOS

A continuación se les presenta un conjunto de preguntas que busca identificar la situación del ambiente sociofamiliar del paciente con diagnóstico de esquizofrenia. El presente cuestionario servirá para la valoración de estos aspectos. Su participación es muy valiosa en este proyecto.

Instrucciones: Por favor registre los siguientes datos en el orden establecido. Restrinjase a marcar lo que el entrevistado indique. Al finalizar cada pregunta se dejará un espacio en blanco para hacer las precisiones pertinentes.

1. Genero _____
2. Edad _____
3. Estrato socioeconómico: 1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6___
4. Fecha de diagnóstico de la enfermedad _____
5. ¿Con quien vive usted?

6. Estado civil: Casado_____ Soltero_____ Viudo_____ Unión libre
7. Numero de hijos: _____ No tiene_____
8. ¿Sus hijos viven con usted? 1. Si___ 2. NO ___
9. ¿Saben sus hijos de su enfermedad? 1. Si___ 2. NO ___
10. ¿Sus hijos lo visitan cuando está hospitalizado? 1. Si___ 2. NO ___
11. ¿Se siente rechazado por parte de sus hijos? 1. Si___ 2. NO ___
12. ¿Responde económicamente por sus hijos? 1. Si___ 2. NO ___
13. ¿Mantiene una relación de pareja estable? 1. Si___ 2. NO ___
14. ¿Su compañero(a) sentimental lo ha acompañado durante su enfermedad? 1. Si___ 2. NO ___

15. ¿Su compañero(a) sentimental lo ha abandonado por presentar comportamientos violentos? 1. Si___ 2. NO ____
16. ¿Que tipo de conducta violenta ha presentado con su pareja?

17. ¿Su pareja le colabora económicamente? 1. Si___ 2. NO ____
18. ¿Conocen sus padres el diagnostico de su enfermedad? 1. Si___ 2. NO ____
19. ¿Sus padres le colaboran económicamente? 1. Si___ 2. NO ____
20. ¿Se siente rechazado por sus padres? 1. Si___ 2. NO ____
21. ¿Conocen sus hermanos el diagnostico de su enfermedad? 1. Si___ 2. NO ____
22. ¿Sus hermanos le colaboran económicamente? 1. Si___ 2. NO ____
23. ¿Se siente rechazado por sus hermanos? 1. Si___ 2. NO ____
24. ¿Además de su familia quien lo visita cuando esta hospitalizado?

25. ¿Tiene amigos? 1. Si___ 2. NO ____
26. ¿Cuantos amigos tiene?_____
27. ¿La fuerza pública lo ha detenido por presentar comportamientos violentos? 1. Si___
2. NO ____
28. ¿Lo han detenido por presentar comportamientos violentos con sus compañeros de trabajo? 1. Si___ 2. NO ____
29. ¿Que tipo de comportamientos violentos ha tenido con sus compañeros de trabajo?_____
30. ¿Por cuales comportamientos violentos lo han detenido?

31. ¿Lo han detenido por otra causa? 1. Si___ 2. NO ____cuales? _____
32. ¿Es despedido frecuentemente de su lugar de trabajo? 1. Si___ 2. NO ____
33. ¿Porque motivos considera usted que es despedido de su trabajo?

34. ¿Tiene facilidad para encontrar empleo? 1. Si___ 2. NO ____



CONSTANCIA DE



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo tiene como objetivo:

Identificar y analizar el ambiente sociofamiliar del paciente con diagnóstico de esquizofrenia.

Por tanto su participación es de vital importancia en el desarrollo de este proyecto. El informe final las conclusiones no contienen nombres ni harán referencia específica a una de las personas en particular que participen en este proyecto.

Yo _____ identificado con la cédula de ciudadanía numero _____ declaro que participo libremente en la ejecución del proyecto ANÁLISIS DEL AMBIENTE SOCIOFAMILIAR DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA.

Acepto que las condiciones del estudio, teniendo plena claridad de los objetivos y sus consecuencias.

Fecha _____

Firma _____

ANEXO C

PRESUPUESTO

PRESUPUESTO GLOBAL DE LA PROPUESTA POR FUENTES DE FINANCIACIÓN (En miles de \$)

RUBROS	TOTAL
Personal	1.500.000
Software	60.000
Salidas de campo	200.000
Materiales y suministros de papelería	500.000
TOTAL	1.960.000

DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL (En miles de \$)

INVESTIGADOR EXPERTO/AUXILIAR	FORMACIÓN ACADÉMICA	FUNCIÓN DENTRO DEL PROYECTO	DEDICACIÓN	RECURSOS
Andrea Lorena Polanía	Estudiante de medicina	Auxiliar de investigación		400.000
Camilo Cabrera Bahamón	Estudiante de medicina	Auxiliar de investigación		400.000
Fabio Enrique Suarez	Estudiante de medicina	Auxiliar de investigación		400.000
TOTAL				1.200.000

DESCRIPCIÓN DE SOFTWARE QUE SE PLANEA ADQUIRIR (en miles de \$)

EQUIPO	JUSTIFICACIÓN	RECURSOS
EPI-INFO versión 4.3.2	Porque es un software de dominio público, y es el más empleado en enfermedades infecciosas, es gratis	00.000
Microsoft office	Porque es un software de dominio público, y es el más empleado en la elaboración de trabajos de texto y datos	60.000
TOTAL		60.000

VALORACIÓN SALIDAS DE CAMPO (en miles de \$)

ITEM	COSTO UNITARIO	NÚMERO	TOTAL
Transporte (Gasolina)	10.000	20	200.000
TOTAL	10.000	20	200.000

MATERIALES, SUMINISTROS (en miles de \$)

MATERIALES	JUSTIFICACIÓN	VALOR
Resma de papel bond tamaño carta		10.000
Cartuchos Impresora LEXMARK 1195		70.000
Fotocopias		70.000
Impresiones y publicaciones		30.000
CD/RW		10.000
Lapiceros		10.000
TOTAL		200.000

ANEXO D

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2006-B	2007-A	2007-B	2008-A
Revisión bibliográfica	X	X	X	X
Elaboración de la propuesta	X	X	X	X
Revisión de los antecedentes	X	X	X	X
Presentación de la propuesta	X	X	X	X
Elaboración de los objetivos		X	X	X
Elaboración del marco teórico		X	X	X
Definición y operacionalización de variables		X	X	X
Diseño metodológico			X	X
Diseño de prueba piloto				X
Aplicación de la prueba piloto				X
Selección de pacientes				X
Recolección de datos				X
Procesamiento de la información				X
Tabulación de resultados				X
Análisis de resultados				X
Interpretación de resultados				X
Informe final				X
Divulgación de resultados				X

