

CARACTERIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGO SOCIOECONOMICOS DE
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA

DANIEL SEBASTIAN ROJAS MAZORRA
LIZETH YURANI CHARRY ROJAS
LUIS ALFREDO BONILLA CONDE

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA
2018

CARACTERIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGO SOCIOECONOMICOS DE
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA

DANIEL SEBASTIAN ROJAS MAZORRA
LIZETH YURANI CHARRY ROJAS
LUIS ALFREDO BONILLA CONDE

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Médico.

ASESOR:

GILBERTO ASTAIZA ARIAS
MD. Epidemiólogo.

Magister en Educación y Desarrollo Comunitario, PhD. Salud Pública

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA
2018

Nota de aceptación



Firma del Presidente de Jurados



Firma del Jurado

Neiva, 10 de noviembre de 2018

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	Pág., 13
1. ANTECEDENTES	15
2. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
3. JUSTIFICACIÓN	22
4. OBJETIVOS	24
4.1 OBJETIVOS GENERALES	24
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
5. MARCO TEÓRICO	25
6. HIPOTESIS	32
7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	33
8. DISEÑO METODOLÓGICO	34
8.1 TIPO DE ESTUDIO	34
8.2 UBICACIÓN DEL ESTUDIO	34
8.3 POBLACION	34
8.4 MUESTRA	34
8.5 CRITERION DE INCLUSION Y EXCLUSION	35
8.6 TECNICA Y PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS	36
8.7 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS	37

	Pág.
8.8 TABULACION Y PLAN DE ANALISIS	37
8.9 FUENTES DE INFORMACION	38
8.10 CONSIDERACIONES ESTICAS	38
9. RESULTADOS	41
10. DISCUSIÓN	49
11.CONCLUSIONES	53
12.RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	61

TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Género, estado civil, número de veces casado, número de hijos y núcleo familiar	42
Tabla 2 Nivel de escolaridad y desempeño laboral	43
Tabla 3 Antecedentes patológicos	45
Tabla 4 Consumo de sustancias psicoactivas	46
Tabla 5 Ingreso salarial, estrato socioeconómico y número de persona en la vivienda	47

GRÁFICAS

Pág.

Grafica 1: Distribución de edad de pacientes con esquizofrenia

41

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A: Encuesta para la caracterización de los factores de riesgo socioeconómicos y consumo de sustancias de pacientes con esquizofrenia en Hospital Universitario de Neiva	62
Anexo B: Presupuesto	72
Anexo C: Cronograma	73

RESUMEN

Introducción: La esquizofrenia se encuentra entre las enfermedades psiquiátricas más severas, su prevalencia media en la población adulta se sitúa en torno al 1%. Dentro del espectro de los factores que pueden influir en la presentación de la esquizofrenia están los factores ambientales y los factores de vulnerabilidad.

Objetivo: Describir el comportamiento de factores sociodemográficos: Edad, género, estado civil, número de hijos, el nivel socio-económico y el consumo de sustancias, asociados con la esquizofrenia.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, tipo serie de casos. Retrospectivo de 100 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que ingresaron al Hospital Universitario de Neiva durante los años 2013 al 2017. La información se recogió por medio de la entrevista semiestructurada.

Resultados: Se evidenció que de las personas encuestadas el 73% corresponden a pacientes del género masculino; más del 50 por ciento se encuentran actualmente solteros y sin hijos (56% y 52% respectivamente). El 44% de los pacientes residen en compañía de sus padres. Apenas un 5% alcanzaron estudios universitario (pregrado) y solo uno refirió un empleo de tipo Ejecutivo, administrador, y/o directivo. El ingreso salarial del 64% de los encuestados es de Menos de 1 SMMLV. Finalmente el alcohol fue la sustancia más consumida entre pacientes (84%).

Conclusiones: Existe una relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y la esquizofrenia, este tipo de paciente tienden a ser solitarios, y afectados de por sí con bajos ingresos salariales, tienen el impedimento para laborar y contribuir a la economía de su entorno familiar.

Palabras clave: Factores de riesgo, esquizofrenia, Sustancias Psicoactivas, Bebidas alcohólicas, Enfermedad psiquiátrica

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is among the most severe psychiatric diseases; its average prevalence in the adult population is around 1%. There are environmental factors and factors of vulnerability within the spectrum of factors that can influence the presentation of schizophrenia.

Objective: To describe the behavior of sociodemographic factors: Age, gender, marital status, number of children, socio-economic level and substance use, associated with schizophrenia.

Methods: An observational, descriptive, case series study was conducted. Retrospective study of 100 patients diagnosed with schizophrenia admitted to the University Hospital of Neiva during the years 2013 to 2017. The information was collected through the semi-structured interview.

Results: It was evidenced that of the people surveyed, 73% correspond to patients of the masculine gender; more than 50 percent are currently single and without children (56% and 52% respectively). 44% of patients reside in the company of their parents. Only 5% reached university (undergraduate) and only one referred an executive, manager, and / or manager type job. The salary income of 64% of the respondents is less than 1 SMMLV. Finally, alcohol was the most consumed substance among patients (84%).

Conclusions: There is a relationship between the consumption of alcoholic beverages and schizophrenia, these patients tend to be lonely, and affected by themselves with low wages, have the impediment to work and contribute to the economy of their family environment.

Key words: Risk factors, schizophrenia, psychoactive substances, alcoholic drinks, Psychiatric disease

.

.

INTRODUCCION

Los trastornos mentales y conductuales se consideran afecciones de importancia clínica. Entre las 20 primeras causas de discapacidad en el mundo figuran seis enfermedades neuropsiquiátricas, entre ellas, la esquizofrenia.

Dentro del espectro de los factores que pueden influir en la presentación de la esquizofrenia están los factores ambientales y los factores de vulnerabilidad. Estos últimos incluyen el estatus socioeconómico y el abuso de sustancias como el alcohol, el cigarrillo y el cannabis como lo revelan algunas muestras clínicas e investigaciones epidemiológicas, en las que se han observado aumentos en la comorbilidad del abuso de sustancias acompañado del diagnóstico primario de esquizofrenia, además de diferencias significativas de la calidad de vida dada por la dificultad de acceso a empleo (status socioeconómico) de los pacientes con esta patología frente a los pacientes que no la tiene o aun los que tienen esquizofrenia y no consumen sustancias.

A pesar de ser este un tema que requiera permanente investigación y gestión, en Colombia son escasos los estudios sobre esquizofrenia, el dato más reciente es de 1997, cuando el estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas registró mayor prevalencia de esta enfermedad en departamentos de la Guajira, Córdoba, Quindío y Magdalena, y una morbilidad del 1,4% en el total de la población Colombiana.

El principal objetivo de la investigación fue la caracterización de los factores de riesgo socioeconómicos, describir características propias del paciente como la edad, genero, antecedentes familiares y patológicos además la relación con el consumo de sustancias psicoactivas.

Se realizó el presente estudio con los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Para el mismo, no fue posible incluir en el estudio a pacientes que habitaban fuera del casco urbano de la ciudad de Neiva y algunos residentes de la capital por limitaciones en el transporte para desplazarse hasta las instalaciones del Hospital debido a bajos recursos económicos.

1. ANTECEDENTES

Los trastornos mentales y conductuales se consideran afecciones de importancia clínica. Entre las 20 primeras causas de discapacidad (APD) en el mundo figuran seis enfermedades neuropsiquiátricas, entre ellas, la esquizofrenia. La tasa de discapacidad por trastornos mentales y neurológicos es elevada en todas las regiones del mundo. Sin embargo, como proporción del total de patologías es comparativamente menor en los países en desarrollo, superadas por enfermedades transmisibles.

La esquizofrenia se considera como un grupo heterogéneo de síndromes en el que cada sujeto tiene una combinación única de síntomas y experiencias vitales. El modelo descrito desde 1977 por Zubin y Spring ¹ "Estado de vulnerabilidad", plantea que todos los individuos que tienen exposición a factores de vulnerabilidad - factores genéticos y no genéticos ² - tienen *alto riesgo* de desarrollar la enfermedad. Aspectos como la cultura, el sexo, el ambiente psicosocial y político, la personalidad entre otros, modifican la expresión, su curso y el desenlace clínico de la enfermedad. Estos últimos también incluyen el estatus socioeconómico y el abuso de sustancias como el alcohol, el cigarrillo y el cannabis como lo revelan algunas muestras clínicas e investigaciones epidemiológicas, en las que se han observado aumentos en la comorbilidad del abuso de sustancias acompañado del diagnóstico primario de esquizofrenia ³, además de diferencias significativas de la calidad de vida de los pacientes con esta patología frente a los pacientes que no la tiene (Escalona, n.d.) O, aun los que tienen esquizofrenia y no consumen sustancias. La evidencia indica que la tasa de abuso de sustancias durante toda la vida en pacientes esquizofrénicos oscila entre el 40% y el 70%. ⁵⁻⁶ Estos factores son acumulativos e interactivos entre sí (factores genéticos + no genéticos), lo que determina la marcada heterogeneidad entre la presentación y el pronóstico de la misma de los pacientes.

En un estudio de la revista RET, Revista de Toxicomanías. Edición Nº. 54 – 2008 ⁷ que compara resultados del proyecto del NIMH - CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness) realizado en Estados Unidos, las cifras del consumo de sustancias varían según las muestras estudiadas de diferentes zonas geográficas, elementos como las características sociodemográficas y el tipo de sustancia ilegal que consumieron las personas son factores determinantes para la variabilidad de los datos. En el estudio se tuvo en cuenta otras variables como edad, género, estado civil, educación, vivienda salario, empleo, entre otras, que permitieron hacer análisis multivariante con resultados como: las probabilidades bivariantes más altas de consumo/dependencia se asociaban significativamente con una edad más joven, género masculino y vivir en una vivienda restrictiva. Los resultados con sustancias como el alcohol no se consideraron representativos ya que los datos proporcionados por los participantes eran subjetivos (No tenían soporte de laboratorio) a diferencia de los de consumo de otras sustancias.

Para cada sustancia en cuestión, son amplios los estudios que se encuentran. Por ejemplo, para el consumo de cigarrillo y su relación con la esquizofrenia, meta análisis encuentran relación muy cercana entre el consumo de tabaco ⁸, con mejora en la cognición de los pacientes que tenían dependencia a esta sustancia, mayor consumo que otras enfermedades psiquiátricas como TAB y TOC en busca de mejoría de síntomas negativos ⁹, mayores ingresos a hospitalización, etc ¹⁰. Sin embargo, hay que tener en cuenta los estudios que proporcionan estos resultados, tienen poblaciones y muestras diferentes; hay muestras de pacientes hospitalizados (episodio de crisis), poblaciones de solo hombres (puede influir en la prevalencia según sexo del paciente con la enfermedad), y presencia de otros síndromes similares a la enfermedad en cuestión de este estudio (trastorno esquizoafectivo). Como esta variable, muchas otras tienen amplias revisiones son las que se relacionan con la enfermedad de estudio; Acceso a empleo ¹¹, consumo de otras sustancias (como cocaína, metanfetaminas, etc.) ¹⁰ y alcohol ¹²⁻¹⁴.

La literatura presenta estudios en los que se utilizaban cuestionarios auto diligenciados por los pacientes que presentaban sesgos debido principalmente a la limitación psíquica que estos tiene por la enfermedad por lo cual, las investigaciones recientes del tema respaldan las afirmaciones de las personas con hallazgos de laboratorio lo que permite esclarecer otros vacíos que se encuentren a lo largo y ancho de la aún desconocida esquizofrenia y tal vez en la posteridad brindar una genuina terapia al 1% de la población mundial que padece esta patología, y por qué no, incluso, con la identificación de los factores de riesgo y detección preventiva ¹⁵.

2. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos mentales y conductuales son patologías frecuentes y universales: más del 25% de la población los padece en algún momento de la vida¹⁶. Tienen un impacto económico sobre las sociedades y sobre la calidad de vida de los individuos y las familias¹⁷.

La esquizofrenia es un trastorno mental grave e incapacitante cuyo inicio, en la mayoría de los casos, se da en la adolescencia o adultez temprana (15 – 25 años), lo que lleva a que una gran proporción de estos pacientes no logre desarrollarse personal o profesionalmente, son muchas veces incapaces de vivir independientes y tener una vida productiva¹⁸. Es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). Asimismo, los hombres desarrollan esquizofrenia generalmente a una edad más temprana y en las mujeres tiende a aparecer más tarde y a presentar un curso más benigno, probablemente como consecuencia del efecto de los estrógenos sobre los receptores D 2¹⁹. Tiene una prevalencia a lo largo de la vida del 1% (0.2 – 2%) y anual del 1,4 al 4,6 por 1.000 habitantes y una incidencia entre 0,16 a 0,42 casos por 1.000 habitantes.

Respecto a su etiología, como ya se mencionó, no se ha identificado un único factor pero se considera que puede estar provocado por la interacción entre la genética y una serie de factores ambientales como el embarazo, edad de los padres, el estado socioeconómico bajo, el abuso de sustancias, el pobre rendimiento cognitivo, entre otros²⁰.

Actualmente la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo y se asocia a una discapacidad considerable que puede afectar al desempeño educativo y laboral²¹, además suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos. Estos síntomas pueden ser causa de una discapacidad constante y una mala calidad de vida, además de

constituir una carga considerable para las familias²². Se han asociado más comúnmente los síntomas negativos con el deterioro del rendimiento en actividades relacionadas con el funcionamiento social, el trabajo o el estudio²³. Teniendo en cuenta que los esquizofrénicos que trabajan tienen una mayor satisfacción con la vida que aquellos que están desempleados. Uno de los principales objetivos de las personas con trastornos mentales es el acceso a actividades que son satisfactorias y dan sentido a la vida, incluido el trabajo. La mayoría de las personas con trastornos mentales graves están dispuestas y pueden trabajar; sin embargo, las tasas de desempleo en esta población siguen siendo excesivamente altas, que van del 80 al 90%. Estas cifras reflejan una combinación de barreras psicológicas y sociales, como el estigma y la falta de apoyo y orientación profesional¹¹.

En una revisión de La revista *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol 27, Spr 2004, Bond, Gary R. y Drake destacan el diagnóstico de esquizofrenia y los síntomas psiquiátricos como predictores de baja empleabilidad, mientras que la remisión es un predictor de resultados de trabajo favorables y también que las actitudes hacia las personas con esquizofrenia, especialmente de los empleadores, y la falta de acceso a los servicios de apoyo actúan como barreras para el empleo²⁴. Otro estudio de la *Revista Brasileira de Psiquiatria* en la que los pacientes fueron seguidos durante 18 meses respaldan los resultados ya mencionados: Un total de 45 pacientes completaron el estudio; de ellos, 19 (35.8%) adquirieron un trabajo con 10 personas (52.6%) ganando el salario mínimo. El resto de pacientes finalizaron el estudio desempleados y estos últimos asociados a escolaridades bajas (Básica primaria)¹¹. Otra revisión en 2015 determinó que la inserción laboral para una persona que padece de esquizofrenia, no solo es una estrategia terapéutica que le favorece su recuperación y disminuye el riesgo de recaídas, sino que es una fuente de ingresos económicos que trae beneficios tanto a él como a sus familias y al sistema de salud²⁵.

Refiriéndonos un poco al consumo de SPA, la *carga mundial de morbilidad* (CMM) atribuible al consumo total de sustancias psicoactivas en la población general, incluidos el alcohol y el tabaco, es importante: del 8,9% en términos de AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad). Entre los 10 principales factores de riesgo en términos de carga de morbilidad evitable que se citan en el Informe sobre la salud en el mundo 2002, en 2000 el tabaco ocupaba el cuarto lugar, y el alcohol el quinto, y siguen apareciendo en un puesto alto en las proyecciones para 2010 y 2020. El tabaco y el alcohol contribuyeron con un 4,1% y un 4,0%, respectivamente, a la carga de mala salud en 2000, mientras que las sustancias ilícitas contribuyeron con un 0,8%. Para las SPA, los individuos que habían consumido alguna vez cannabis tenían un riesgo de padecer síntomas de psicosis o trastornos psicóticos del 41 por ciento más en comparación con los individuos que nunca lo habían consumido. El 6,3 % de la población colombiana entre 18 y 44 años reporta haber consumido cannabinoides, siendo mayor la proporción de hombres que lo ha hecho. El 1,3 % refiere haber consumido cocaína o un derivado alguna vez en la vida, de los cuales el 39,9 % lo ha hecho en los últimos 12 meses y el 0,5 % de las personas han consumido drogas inhaladas en algún momento de la vida. El consumo de sustancias psicoactivas en Colombia se encuentra dentro del rango encontrado en la literatura científica internacional (1,3-15 %)²⁶.

Trastornos por uso de sustancias y enfermedad mental grave; como la esquizofrenia, comúnmente coexisten (65-85%) en pacientes que buscan tratamiento para cualquiera de las condiciones²⁷. Si estas condiciones coexisten generalmente se conocen como diagnóstico dual y tener un diagnóstico dual está fuertemente asociado con principales deficiencias clínicas, incluidas los intentos de suicidio, perfiles clínicos severos, más pobre pronóstico y calidad de vida más pobre²⁸. En Colombia un estudio comparativo entre personas consumidoras y no consumidoras en la ciudad de Bogotá que tenía como objetivo identificar diferencias en el perfil de trastornos de personalidad de sujetos pertenecientes a una comunidad terapéutica para el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas

y población de comparación, resaltaron en los resultados la relación en las escalas de desviación psicopática y esquizofrenia con el consumo de sustancias²⁹.

A pesar de ser este un tema que requiera permanente investigación y gestión, en Colombia son escasos los estudios sobre esquizofrenia, el dato más reciente es de 1997, cuando el estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas registró mayor prevalencia de esta enfermedad en departamentos de la Guajira, Córdoba, Quindío y Magdalena, y una morbilidad del 1,4% en el total de la población Colombiana ⁵.

En el 2009, el departamento de Antioquia, del total de consultas en instituciones de atención de salud mental, el 10.7% de ellas fueron por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes. En la región Surcolombiana, de igual forma, es escasa la información que se tiene al respecto, por lo que es necesario e importante para así mismo contribuir a una mejor calidad de vida y de alguna manera generar espacios más propicios para la salud mental a partir de la identificación de sus factores asociados³⁰. De acuerdo con los datos del informe de carga de enfermedad en Colombia 2010, los problemas neuropsiquiátricos, entre ellas la esquizofrenia son responsables del 21 % de la carga global de años saludables perdidos por cada mil personas en Colombia. Con todo lo anterior podemos concluir que tanto el consumo de sustancias como la percepción de la enfermedad en el país, además, de bajos ingresos salariales de las familias de los enfermos afectan en el pronóstico y terapéutica de los mismos por lo que vale la pena profundizar en estos temas a nivel nacional y local.

Problema de investigación

¿Cuáles son los factores socioeconómicos y el consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Universitario de Neiva (HUN) durante los años 2013 – 2017?

3. JUSTIFICACIÓN

Es evidente la preocupación que la literatura presenta sobre el creciente aumento del consumo de sustancias como el cannabis y la cocaína (y sus derivados) y la aparición de trastornos mentales como la esquizofrenia. Es claro ya, que la esquizofrenia es una enfermedad en la que influyen de manera fuerte factores sociodemográficos y económicos que pueden afectar el curso natural de la enfermedad o contribuyen al desarrollo de la misma.

Cobra importancia, entonces, la caracterización de los pacientes de la nuestra región. Además de lo anterior, se encontró una escasa documentación respecto al tema en la región y a nivel nacional, todo esto teniendo en cuenta la ubicación y el acceso de los pacientes de esto tipo a el Hospital Universitario de Neiva como un hospital de tercer nivel con recepción de pacientes de municipios del sur de Colombia que permite tener un acceso significativo a esta población.

El beneficio que podría obtenerse del presente estudio, incluyendo los resultados del mismo y donde se visualice el ambiente social de los pacientes, el acceso a trabajo, nivel socioeconómico y su desarrollo personal, además de brindarles a través de los resultados una terapéutica integral que incluya precisamente el aspecto de consumo de SPA en esta población. Lograr por lo tanto la caracterización de la población del sur del departamento del Huila y en especial la gran población de estos pacientes que abarca el Hospital Universitario de Neiva.

Además, La literatura hace referencia a dificultades con respecto a estudios similares de manera repetitiva, es por eso que implementamos cambios importantes en este estudio como evitar en el estudio cuestionarios auto diligenciados por los pacientes (favorecen sesgos debido principalmente a la limitación psíquica que estos tiene por la enfermedad), ampliamos la investigación a un ámbito extra-

hospitalario (las investigaciones basadas exclusivamente en muestras hospitalarias pueden no ser la muestra representativa de pacientes en comunidad). Actualmente a nivel nacional es muy poca la información que se ha logrado al respecto y a nivel regional, en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo no se han realizado estudios sobre pacientes con esquizofrenia relacionado a diversos factores como el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), nivel socioeconómico y demográfico, entre otros, que pueden afectar su calidad de vida y la evolución natural de la enfermedad. Surge la necesidad de llevar a cabo el presente proyecto para esclarecer los posibles factores de riesgo a los que están expuestos los pacientes en relación a esta patología, lo cual aportará al entendimiento del contexto regional, el reconocimiento de posibles agentes involucrados en la evolución y empeoramiento de la enfermedad, además que será útil al momento de identificar personas en alto riesgo y disminuir su exposición al mismo.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVOS GENERALES

Determinar los factores socioeconómicos y el consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con esquizofrenia en el hospital universitario de Neiva (HUN) durante los años 2013 – 2017.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir características socioeconómicas de los pacientes esquizofrénicos.
- Determinar las características sociodemográficas y personales de los pacientes con esquizofrenia.
- Describir las características de consumo de sustancias psicoactivas de los pacientes con esquizofrenia.

5. MARCO TEÓRICO

Definición de Caso

El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM- IV), considera enfermedad mental como: “Un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad. Además, este patrón o síndrome no deben ser meramente una respuesta culturalmente aceptada. Cualquiera que sea su causa debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica”⁶.

Los trastornos mentales, son medidos por años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), estos representan el 13 % de la carga total de enfermedades. De acuerdo con la OMS, la esquizofrenia era la novena causa de años perdidos por discapacidad para las personas entre 15 y 44 años de edad en el reporte del año 2001. Esta enfermedad tiene el peor pronóstico pues ocasiona deterioro en casi todas las funciones psicológicas y dificulta la adaptación social, académica y laboral. Su inicio y los cambios que conlleva pueden observarse como un deterioro lento y gradual; en muchas ocasiones comienza como un primer episodio psicótico (PEP). Se han dado a conocer algunos cambios en la carga de la enfermedad; particularmente, en el reciente reporte del estudio sobre la carga global de la enfermedad, se encontró que la mortalidad de la esquizofrenia disminuyó en los últimos 20 años.

Primer episodio psicótico: Consiste en la presencia, por primera vez, de sintomatología psicótica definida como la existencia o sospecha clínica (por

desorganización conductual, catatonia, etc.) de delirios y/o alucinaciones, independientemente del tiempo de evolución de los síntomas.

Esquizofrenia: Es un trastorno mental grave, que afecta al paciente deteriorando sus capacidades en diversos aspectos psicológicos y cumple con los criterios diagnósticos del DSM – V.

La población que padece esta enfermedad como sabemos, es poca, por eso la relevancia que se da al acceder a la máxima muestra que sea posible cobra mayor peso, es por eso que se estipula que todos los individuos que ingresen en el HUHMP en cualquiera de los servicios prestados que por historia clínica se les documente esquizofrenia, según los criterios diagnósticos del DSM V, o pacientes que ingresen por su primer episodio psicótico, en el que sea documentada de novo la enfermedad en el tiempo que se estipuló el estudio.

Manifestaciones clínicas // Diagnóstico

Criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia según el DSM- V:

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo.

B. Disfunción social/laboral

- C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses (al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A). Puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales.
- D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo
- E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica
- F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo.

Analizando el pronóstico de las personas que padecen esta enfermedad se relaciona estrechamente con los síntomas de la misma. Andreasen propuso agrupar los síntomas de la esquizofrenia en positivos y negativos. Entre los primeros figuran los delirios, las alucinaciones, la desorganización del pensamiento y de la conducta. Los negativos, en cambio, son relativamente silenciosos y pueden pasar desapercibidos⁷. Los principales son respuesta emocional disminuida, retraimiento social, apatía, desinterés en el entorno, pensamiento lento y empobrecido, así como falta de habilidades para el desempeño social. Los síntomas negativos parecen estar relacionados con un curso menos favorable de la enfermedad independientemente de la severidad de los síntomas positivos. Una vez establecido el episodio, la presencia temprana de síntomas negativos que no responden al tratamiento se relaciona con el diagnóstico de esquizofrenia y con un pobre resultado en términos de funcionalidad y calidad de vida.

Al igual que en los pacientes con esquizofrenia establecida, mientras mayor y mejor sea el conocimiento (introspección), y el reconocimiento de los síntomas, mejores los resultados.

Factores Genéticos

En cuanto a los estudios genéticos de la esquizofrenia, han aportado en la determinación de su etiología. Existen cuatro enfoques para identificar genes de susceptibilidad: los estudios de ligamiento genético, de asociación, de convergencia genómica y de anomalías cromosómicas⁸. Las regiones cromosómicas

anormales en pacientes con esta enfermedad, albergan genes de susceptibilidad que codifican primordialmente para proteínas involucradas en funciones neurotransmisoras. En el estudio para la aparición de la esquizofrenia, el paciente debe portar determinado número de genes de susceptibilidad y estar expuesto a diferentes factores de riesgo ambientales. Sin embargo, se presume que diferentes grupos de personas con esquizofrenia van a presentar diversas combinaciones de genes mutados, lo que puede explicar que algunos hallazgos no se repliquen al estudiar poblaciones particulares y el encontrar tantos resultados positivos puede sugerir que algunos de ellos, no estén realmente asociados con el desarrollo de la enfermedad; sin embargo es posible que otros si lo estén y reflejen la probable heterogeneidad genética de este desorden tan complejo.

Factores No genéticos: Consumo de SPA

En los factores No genéticos se halla la estrecha relación que tiene esta enfermedad con el consumo de drogas⁷, encontrándose que los individuos con trastornos comórbidos por consumo de drogas tenían mayor probabilidad de tener mayores puntuaciones de síntomas positivos en la Escala de Síndromes Positivos y Negativos, no adhesión al tratamiento, la recaída, la re hospitalización, la violencia, la victimización, incluso en la implicación en actos criminales¹⁹

Definiciones:

Psicoactivo: Se considera psicoactivo a toda sustancia química de origen natural o sintético que, al introducirse por cualquier vía (oral, nasal, intramuscular, intravenosa) ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central (SNC) (compuesto por el encéfalo y la médula espinal) y que ocasiona cambios específicos en sus funciones. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones.

La *Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD)* estima que unos 205 millones de personas consumen algún tipo de sustancia ilícita. La más común es el cannabis, seguido de las anfetaminas, la cocaína y los opioides. La utilización de sustancias ilícitas es más común entre los hombres que entre las mujeres, mucho más aún que el hábito de fumar cigarrillos y el consumo de alcohol. El consumo de sustancias también es más prevalente entre los jóvenes que en los grupos de más edad. Los datos de la ONUDD muestran que un 2,5% del total de la población mundial y un 3,5% de las personas de 15 o más años consumieron cannabis por lo menos en uno de los años 1998 a 2001.

Se estima que entre 15.4% - 25% y un 50% - 64.7% de los pacientes con esquizofrenia abusan de alcohol o sustancias psicoactivas en algún momento de su enfermedad, constituyéndose en la principal comorbilidad del trastorno³¹. En la actualidad se sabe que el cannabis duplica el riesgo (odds ratio: 2'09) (Moore et al. 2007). si el individuo lo consume a grandes dosis durante la adolescencia.³²

En un estudio sobre la asociación entre el consumo de cannabis y esquizofrenia los autores descubrieron que los individuos que habían consumido alguna vez cannabis tenían un riesgo de padecer síntomas de psicosis o trastornos psicóticos del 41 por ciento más en comparación con los individuos que nunca lo habían consumido³³

Es difícil probar que el cannabis es de hecho un factor causal en el desarrollo de esquizofrenia ya que la asociación puede ser no causal, al menos en parte. Por ejemplo algunas personas con esquizofrenia pueden automedicarse con cannabis para tratar algunos de los síntomas, especialmente los negativos. Sin embargo existe una evidencia creciente de estudios epidemiológicos a largo plazo que indican que el cannabis tiene un papel causal.³³

Factores No genéticos: Factores socioeconómicos-sociodemográficos

Nivel socioeconómico: Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus *ingresos, educación, y empleo*. Al analizar el nivel socioeconómico de una familia se analizan, los ingresos del hogar, los niveles de educación, y ocupación, como también el ingreso combinado, comparado con el individual, y también son analizados los atributos personales de sus miembros.

Existen ciertas variables que determinan el estatus socioeconómico:

Ingresos: incluye salarios, rentas, intereses, dividendos, subsidios entre otros. Los ingresos no salariales de las personas ricas o de clase alta suelen tener una proporción mayor en los ingresos totales que en las demás clases.

Empleo: refleja directamente el nivel educativo y las habilidades de la persona. Además, la sociedad clasifica algunos trabajos como más prestigiosos y de mayor estatus económico. Por ejemplo cirujanos, abogados, químicos, ingenieros, arquitectos y similares tienen mayor estatus o son más apreciados y respetados que meseros, limpiadores, cocineros, conductores o conserjes. Por lo general los trabajos menos valorados implican menor paga, más esfuerzo físico, más riesgos laborales y exigen menor nivel educativo.

Educación: En general a mayor nivel de educación, mayores son los ingresos. Las personas con títulos universitarios tienden a ganar más que las personas que solo completaron la educación básica. Además alcanzar mayores niveles de educación demuestra un mayor nivel de compromiso, mayores conocimientos generales, vocabulario más extenso y mejores habilidades de comunicación.

Se ha establecido que un bajo nivel de ingresos y un bajo nivel de educación son importantes indicadores de un rango de problemas de salud mental y física, que van desde dolencias respiratorias, artritis, enfermedades coronarias, y esquizofrenia. Estas pueden deberse a las condiciones ambientales en el sitio de trabajo, o en el caso de enfermedades mentales, pueden ser la causa misma del estatus social de la persona.

La educación también juega un papel importante en conseguir ciertos trabajos de alto estatus socioeconómico como médico o abogado que exigen formación universitaria para ejercer.

Otros factores sociodemográficos - socioeconómicos, como la pobreza, parecen relacionados con la aparición de la enfermedad, por razones que no se comprenden aún con precisión. Los individuos nacidos en áreas urbanas y algunas minorías étnicas son más susceptibles a presentar la patología¹⁹. Entre los elementos psicosociales, el estrés, la capacidad para manejar situaciones y el sostén social son los más importantes. Todos estos factores además del espectro de la enfermedad afectan directamente a la calidad de vida de estos pacientes³⁴ medido objetiva y subjetivamente por encuestas a los mismos.

6. HIPOTESIS

Los pacientes en este estudio, comparados con la prevalencia mundial de consumo de sustancias SPA y esquizofrenia, tendrían mayor consumo de estas. El consumo será mayor en hombres que en mujeres. Los pacientes que tienen dependencia a drogas tienen menos acceso a trabajo. El prototipo de trabajo que desempeñan estos pacientes son actividades simples, que no requieren mayor utilización de intelecto. El ingreso en el hogar de la mayoría de los pacientes del estudio está entre los 2 a 3 SMMV?

7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Subvariables	Definición	Categorías o indicadores	Nivel de medición
Sociodemográficas	Edad	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha.	Número de años cumplidos	Razón
	Género	Conjunto de personas que tienen características generales comunes	Femenino, Masculino u otros	Nominal
	Nivel escolaridad	Grado de estudios alcanzados hasta la fecha	Básica primaria	Ordinal
			Básica secundaria	
Pregrado				
Posgrado				
Antecedentes Familiares	Registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos.	Presencia de antecedente familiar (esquizofrenia): Positivo o negativo	Nominal	
Socioeconómicas	Acceso a empleo	Rol ocupacional social (trabajo) realizado en virtud de un contrato formal o de hecho, individual o colectivo, por el que se recibe una remuneración o salario.	Acceso a empleo positivo o negativo / Tipo de empleo.	Nominal
	Estrato Socioeconómico	Clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida, determinado de manera directa mediante las condiciones físicas de las viviendas y su localización.	Estrato 1	Ordinal
			Estrato 2	
Estrato 3				
Estrato 4				
Estrato 5				
Ingresos económicos	Ingresos económicos en Salario Mínimo Mensual Legal Vigente moneda colombiana.	Numero de SMMLV	Razón	
Consumo de Sustancias	Consumo de sustancias	Antecedente de consumo de sustancias psicoactivas o consumo actual.	Consumo Positivo o negativo	Nominal
	Tipo de sustancia	Sustancias psicoactivas tales como tabaco, alcohol, cannabis, anfetaminas, éxtasis, cocaína y la heroína entre otras	Consumo Positivo o negativo	Nominal
	Frecuencia de uso de sustancias	Número de veces que consume sustancias psicoactivas por semana/Mes/Año	Número de veces por semana/Mes/Año	Razón

8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1. Tipo de estudio: Este será un estudio Observacional, descriptivo de serie de casos. Retrospectivo. Para el desarrollo de los objetivos del presente estudio se planteó un diseño *observacional* que es un estudio de carácter estadístico y demográficos, de tipo sociológico en los que no hay intervención por parte del investigador, y éste estudio se limita a medir las variables que ya definimos previamente, *descriptivo* ya que se pretende describir una serie eventos (factores) que influyen sobre un grupo específico de personas, es *retrospectivo* porque con datos del pasado se analiza una problemática actual durante un intervalo específico de tiempo determinado (Enero del 2013 a Junio 2017), y finalmente, es de tipo *serie de casos* ya que la población de estudio tiene en común este diagnóstico y se procura obtener toda la información posible de cada paciente.

8.2. Ubicación del estudio: El estudio será realizado en El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, específicamente en el área de hospitalización de urgencias, la unidad mental y el servicio de hospital día que se ofrece en la misma institución que atiende diariamente a casi 50 pacientes en todos sus servicios del régimen contributivo y subsidiado de las empresas con las que tiene convenio, vigilados las 24 horas por personal especializados (enfermeros y auxiliares) y atendidos por 6 profesionales especializados en el área.

8.3. Población: Pacientes diagnosticados con esquizofrenia EN EL Servicio de urgencias, hospital día y a la unidad de salud mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano durante el periodo de enero del 2013 a junio 2017. El total de datos proporcionados de pacientes asistentes son 1306 enfermos.

8.4. Muestra: La muestra que se tomara es una muestra no representativa que se caracteriza por ser un subconjunto de la población, que se obtiene para averiguar las propiedades o características de esta última, pero que no es un reflejo de ella,

es decir, que no reúne las características principales de la población en relación con las variables en estudio.

El tipo de muestreo es no probabilístico por criterios, (llamados también muestras por conveniencia), en los que se delimita la población elegible por cumplir con las características planteadas para participar en el estudio y que cumpliendo con estas características, las personas tengan otras que no se pueden tener para ser parte de la investigación son eliminadas de la muestra.

8.5 Criterios de Inclusión

Pacientes que ingresaron al servicio de urgencias, hospital día y a la unidad de salud mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano durante el periodo de enero del 2013 a junio 2017.

Pacientes con Historia Clínicas donde se les documente esquizofrenia según los criterios diagnósticos del DSM-V.

Pacientes que vivan en la ciudad de Neiva o en su perímetro para el fácil desplazamiento a la unidad mental.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que se nieguen a participar del estudio.
- Pacientes menores de edad.
- Pacientes que no puedan ser contactados.
- Pacientes que obtengan un puntaje de 15 o menos en el Mini mental
- Pacientes que se encuentren en crisis o exacerbación de su patología.
- Pacientes que no puedan asistir en compañía de un familiar o acudiente que conviva con él.

8.6. Técnicas y procedimientos para la recolección de datos

La información se recolectara por medio de una entrevista semi estructurada, que se caracteriza por que el investigador antes de la entrevista se prepara un guión temático sobre lo que quiere que se hable con el informante (paciente), las preguntas que se realizan se encuentran en la encuesta dando lugar a que el informante pueda expresar sus opiniones, matizar sus respuestas, e incluso desviarse del guión inicial pensado por el investigador cuando se atisban temas emergentes que es preciso explorar.

La entrevista se aplicara con una cita previa del encuestado en el lugar donde se haya acordado, en presencia de un testigo o familiar que preferiblemente conviva con él y pueda corroborar la veracidad de las respuestas que proporcione el paciente. Teniendo en cuenta la condición de la persona como sujeto vulnerable (trastorno mental), se requiere para la entrevista un acompañante que pueda apoyar la fidelidad de la información dada por ésta, además de sopesar junto al paciente los posibles riesgos/beneficios de la participación en la presente investigación.

Solo será necesaria una visita para la recolección de la información, sin embargo, en situaciones excepcionales se contactara al paciente y su acompañante de nuevo, para aclarar datos o confirmar respuestas de la entrevista. Todo este procedimiento se llevara a cabo en el horario que convenga tanto el entrevistado como el entrevistador (investigador) en un previo acuerdo vía telefónica con el paciente/acompañante.

8.7. Instrumento para recolección de datos

El instrumento para este proyecto será la encuesta, las preguntas serán verbalmente dirigidas a los pacientes, con oportunidad de intervención del acompañante, será diligenciada por el investigador(es) quien(es) con anterioridad

estará capacitado para hacer la entrevista. El investigador proporcionara la encuesta y el consentimiento informado que deberá ser firmado por el paciente y el acompañante, una vez se haya explicado el objetivo de esta. Se tomó como base un documento modificado utilizado en un estudio similar aplicado en la ciudad de Armenia, validado para uso en Colombia, modificándose de acuerdo a los objetivos de la presente investigación y teniendo en cuenta que estas variables sean operables.

El documento original que se utilizó para la realización del cuestionario (Realizado por el National Institute of Mental Health: NIMH) con variables como edad, genero, estado civil, tipo de empleo e incluye preguntas para determinar la relación de la esquizofrenia y factores económicos de los pacientes (además del consumo de SPA), las preguntas que iban orientadas a establecer los factores genéticos de los pacientes se excluyeron. Se adicionaron las preguntas necesarias y para su evaluación se tendrá en cuenta el mismo mecanismo de computación de datos. VER ANEXOS.

8.8. Tabulación y Plan de análisis

Después de la recolección de datos, se tomaran las variables cualitativas y cuantitativas en las cuales se empleara la estadística descriptiva, se va a realizar tablas para determinar los datos del paciente, datos del acudiente y número de teléfono. Adicionalmente, se crea un plan de tabulación donde se determinaran los resultados de una manera entendible e interpretable de las variables a presentar y qué relación existe entre ellas, además cada categoría será codificada con el fin de un análisis estadístico informático.

Se recolectaran los datos y se separan los datos pertenecientes a las diversas categorías de codificación con el uso de hojas de cálculo de la aplicación Microsoft Excel.

Análisis: Para las variables cuantitativas como edad se realizaran promedio y desviación estándar, además se pretende realizar categorización de esta variable por grupo etario y estadísticas por frecuencias donde se emplearan proporciones, gráficas y análisis bivariado donde se cruzaran estas variables.

Por medio de la utilización de *Stata*, que es un paquete de software estadístico, se pretende el análisis de los datos, una vez obtenidos, tomando las tablas elaboradas previamente en *Excel* donde se realizaran analisis univarados y bivariado.

Se realizara un análisis e interpretación por cada objetivo planteado en el presente estudio.

8.9. Fuentes de información

Para la identificación de los pacientes la fuente de información es secundaria (indirecta); es decir se tomaran las historias clínicas que tengan el diagnostico descrito (esquizofrenia) y corroborar la existencia del paciente así como los datos de contacto para realizar la prueba.

Para la recolección de la información una vez se tenga la población seleccionada se va a emplear las fuentes primarias, ya que la información va a ser proporcionada por el paciente o el familiar acompañante.

8.10 Consideraciones éticas

Este estudio dará cumplimiento a la resolución 8430 del 04 de octubre 1993 del ministerio de salud de Colombia y según el artículo 10 de la presente resolución se clasifico en una investigación de riesgo mínimo al ser un estudio retrospectivo en el cual, no se realizaran intervenciones ni modificaciones en la naturaleza de los participantes.

Se anexara el acuerdo de confidencialidad firmado por el grupo de investigación donde constara el compromiso y profesionalismo para el correcto uso y manipulación de los datos obtenidos durante el análisis de las historias clínicas, como de la información suministrado durante el proceso investigativo.

La investigación estará encaminada en conocer los factores de riesgo que pueden estar afectando aquellos individuos que son susceptibles a desarrollar la esquizofrenia y así poder caracterizar estos desencadenantes los cuales no solo pueden estar sujetos a factores hereditarios sino también a factores socioeconómicos que repercuten en el estado del paciente.

Riesgo: El proyecto de investigación se clasifica como riesgo mínimo.

Alcance: Este estudio pretende dar un aporte investigativo que puede llegar a ser significativo en el enfoque descriptivo de esta patología, además poder publicar el proyecto para que esté disponible a personas que desean ampliar conocimientos o estén involucrados en el sector salud y la esquizofrenia, este alcance lograra ampliar el prestigio investigativo que caracteriza la UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA y el aporte que esta brinda al desarrollo de nuevas alternativas en el ámbito de la salud, para el HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO sería un gran apoyo para determinar el enfoque de factores que son fundamentales para un óptimo manejo en los pacientes.

Impacto: El éxito del estudio ayudara a incentivar el grupo de investigadores para continuar el proceso de la investigación y así poder seguir brindando opciones a muchas personas que en alguna condición requieren de innovación en el sector salud para lograr una mejor calidad de vida.

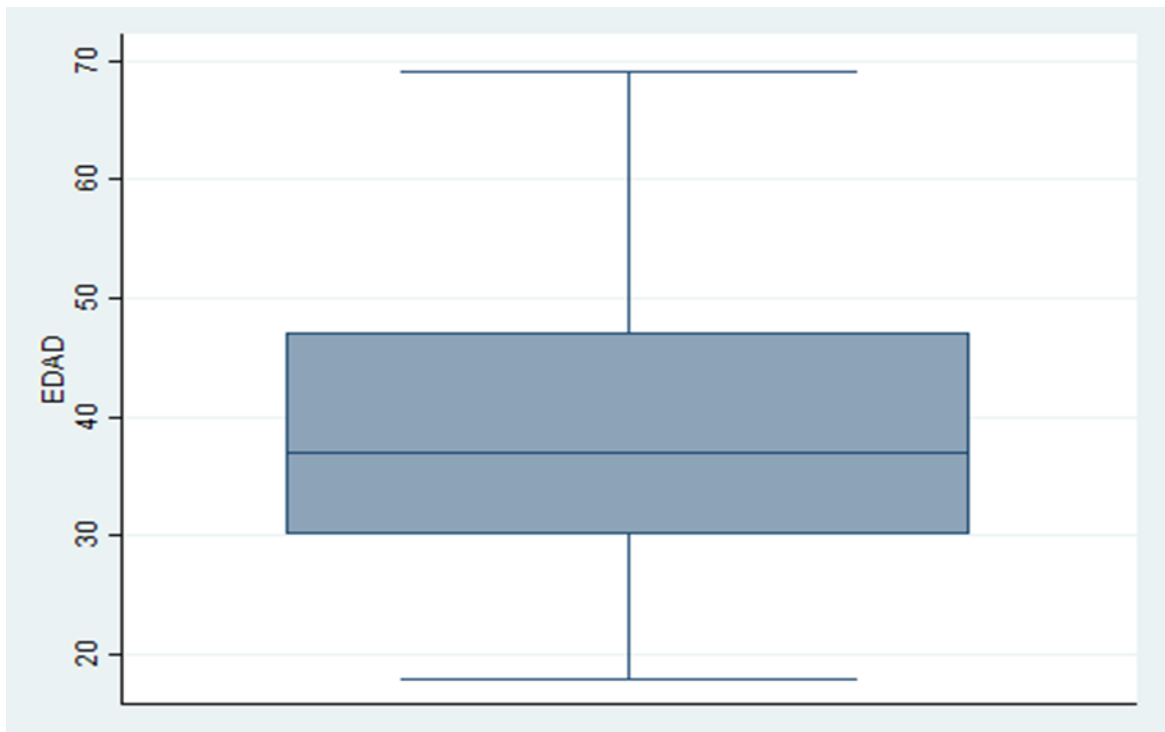
Costo – beneficio: Con la caracterización de los factores socioeconómicos presentes en los pacientes atendidos en el HUHMP a los cuales se les diagnostico esquizofrenia, se podrá realizar una categorización y determinar aquellos que

pueden ser modificables y los que no lo son, para un mejor enfoque terapéutico y por ende mejorar las condiciones de los pacientes.

9. RESULTADOS

De una muestra de 1306 pacientes con diagnósticos relacionados con esquizofrenia (CIE-10: F20-F29), 945 no cumplieron criterios de inclusión y exclusión, resultando en 361 pacientes seleccionadas al inicio del estudio, solo 100 participaron en todo el proceso y asistieron a las jornadas de encuestas realizadas en el mes de septiembre los días lunes 25 y viernes 29 y en el mes de octubre los días lunes 2 y 9 y viernes 6 en la jornada de la tarde en los consultorios de la unidad mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva

Grafica 1 Distribución de edad de pacientes encuestados con esquizofrenia



Fuente: Charry, Lizeth Y. Bonilla, Luis A. Rojas, Daniel S. Encuesta: Caracterización de factores de riesgo socioeconómicos de pacientes con esquizofrenia hospital universitario de Neiva

La mediana de edad de la población de los pacientes encuestados con esquizofrenia fue de 39 años de edad con el 1er cuartil en 30 años de edad y 3er cuartil en 47 años de edad, edad mínima 18 años y máxima de 69 años.

Tabla 1 Género, estado civil, número de veces casado, número de hijos y núcleo familiar

Características	n	%
Genero		
Femenino	27	27,00
Masculino	73	73,00
Estado civil		
Casado(a)	20	20,00
Unión libre	15	15,00
Divorciado(a)	3	3,00
Viudo(a)	6	6,00
Soltero(a)	56	56,00
# Veces casado		
0	71	71,00
1	24	24,00
2	4	4,00
3	1	1,00
# De hijos		
0	52	52,00
1	17	17,00
2	13	13,00
3	9	9,00
4	6	6,00
5	3	3,00
Con quien vive		

Solo(a)	7	7,00
Con pareja (por al menos 1 año), pero no legalmente casado	4	4,00
En la propia casa con esposa(o) / o hijos	20	20,00
En la casa de los padres o de los hijos	44	44,00
En la casa de los hermanos u otros familiares	13	13,00
En casa compartida con otros amigos o parientes	8	8,00
Albergue	4	4,00
Otro	0	0,00

Fuente: Charry, Lizeth Y. Bonilla, Luis A. Rojas, Daniel S. Encuesta: Caracterización de factores de riesgo socioeconómicos de pacientes con esquizofrenia hospital universitario de Neiva.

Según lo observado el mayor porcentaje son del sexo masculino con un 73%, la mayoría es soltero(a) con un 56%. De los pacientes que se han casado la mayoría solo lo ha hecho en una ocasión (24%). También se observa que el mayor porcentaje no ha tenido hijos (52%), solo un 17% ha tenido uno, se destaca que la mayoría de los pacientes viven en compañía de sus hijos o padres (44%).

Tabla 2 Nivel de escolaridad y desempeño laboral

Características	N	%
Escolaridad		
Pre escolar	13	13,00
Básica primaria	41	41,00
Bachillerato	34	34,00
Estudio técnico/tecnológico	7	7,00
Estudio universitario (Pregrado)	5	5,00
Ocupación actual		
Ejecutivos, administradores, directivos	1	1,00
Profesionales independientes	3	3,00

Técnico relacionado con mantenimiento	5	5,00
Vendedor	14	14,00
Empleados de servicios domésticos	2	2,00
Vigilancia y seguridad	5	5,00
Otras ocupaciones agrícolas, forestales	2	2,00
Mecánicos o reparadores	1	1,00
Limpiadores de equipos, obreros de construcción	5	5,00
Discapacitados	1	1,00
Ama de casa	11	11,00
Nunca ha trabajado	11	11,00
Estudiante de tiempo completo	6	6,00
Desempleado/Retirado	32	32,00
No sabe/No responde	1	1,00
Trabajo de mayor responsabilidad		
Ejecutivos, administradores, directivos	1	1,00
Profesionales independientes	3	3,00
Técnico relacionado con mantenimiento	4	4,00
Vendedor	17	17,00
Empleados de servicios domésticos	8	8,00
Vigilancia y seguridad	6	6,00
Otras ocupaciones agrícolas, forestales	8	8,00
Mecánicos o reparadores	5	5,00
Discapacitados	7	7,00
Ama de casa	8	8,00
Nunca ha trabajado	12	12,00
Estudiante de tiempo completo}	4	4,00
Desempleado/Retirado	14	14,00
No sabe/No responde	1	1,00

Fuente: Charry, Lizeth Y. Bonilla, Luis A. Rojas, Daniel S. Caracterización de factores de riesgo socioeconómicos de pacientes con esquizofrenia hospital universitario de Neiva.

En esta tabla relacionada con el nivel educativo y directamente el tipo de labor que podrían desempeñar, observamos que en su mayoría los pacientes con esquizofrenia solo hicieron sus estudios hasta básica primaria con un 41%, un 34% terminaron su bachillerato y un poco lograron un técnico (7%). En cuanto a la ocupación actual, un 32% se encuentra desempleado, seguido de un 14% que se desempeña como vendedores, de los pacientes que actualmente no desempeña ninguna labor, cuando lo realizaron, sus trabajos de mayor responsabilidad fueron, vendedor (17%) y solo un 3% son profesionales independientes.

Tabla 3 Antecedentes patológicos

Características	n	%
Antecedente perinatal		
No	63	63,00
Si	21	21,00
No sabe	16	16,00
Anormalidades en el desarrollo		
No	71	71,00
Si	13	13,00
No sabe	16	16,00
Antecedentes familiares de esquizofrenia		
No	82	82,00
Si	18	18,00

Fuente: Charry, Lizeth Y. Bonilla, Luis A. Rojas, Daniel S. Caracterización de factores de riesgo socioeconómicos de pacientes con esquizofrenia hospital universitario de Neiva.

Se evidencia que la mayoría (64%) la población no presenta antecedentes perinatales, solo el 21% refiere haber tenido alguna alteración en el periodo perinatal, el 16% no tiene conocimiento sobre esto. Por el lado de las alteraciones en el desarrollo, solo el 13% refiere haber presentado algún tipo de alteración, el 71% restante tuvo un desarrollo normal y el 13% refiere no saber sobre esto. En cuanto a los antecedentes familiares de esquizofrenia la mayoría no presenta y solo un 18% refiere presentarlos.

TABLA 4 Consumo de sustancias psicoactivas

Características	n	%
Ha consumido bebidas alcohólicas		
No	16	16,00
Si	84	84,00
Ha consumido tabaco		
No	72	72,00
Si	28	28,00
Ha consumido marihuana		
No	70	70,00
Si	30	30,00
Ha consumido otro tipo de drogas		
No	84	84,00
Si	16	16,00

Fuente: Charry, Lizeth Y. Bonilla, Luis A. Rojas, Daniel S. Caracterización de factores de riesgo socioeconómicos de pacientes con esquizofrenia hospital universitario de Neiva

En esta tabla relacionada con el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, se observa que el mayor porcentaje de pacientes con esquizofrenia

manifiesta haber consumido algún tipo de bebida alcohólica en su vida (84%) y solo un 16% nunca lo hizo. Referente al consumo de tabaco solo un 28% refiere haberlo hecho, un 30% refiere que ha consumido marihuana y un mínimo porcentaje ha llegado a consumir otro tipo de sustancia psicoactiva (16%).

Tabla 5 Ingreso salarial, estrato socioeconómico y numero de persona en la vivienda

Características	n	%
Ingreso salarial (SMMLV)		
Menos de 1 SMMLV	64	64,00
Entre 1 y 2 SMMLV	27	27,00
Entre 2 y 3 SMMLV	9	9,00
Entre 3 y 4 SMMLV	0	0,00
Más de 4 SMMLV	0	0,00
Estrato socioeconómico		
1	41	41,00
2	54	54,00
3	5	5,00
> 4	0	0,00
# Personas viven en la vivienda		
Vive solo	7	7,00
2 personas	39	39,00
3 a 5 personas	36	36,00
6 personas	10	10,00
> 6 personas	7	7,00

Fuente: Charry, Lizeth Y. Bonilla, Luis A. Rojas, Daniel S. Caracterización de factores de riesgo socioeconómicos de pacientes con esquizofrenia hospital universitario de Neiva.

En esta tabla relacionada con los ingresos económicos mensuales del hogar, el estrato socioeconómico y el número de persona que habitan en la vivienda, se observó que un 64% de los pacientes con esquizofrenia sobreviven con menos de 1 SMMLV, en el 27% su ingreso salarial esta entre 1 y 2 SMMLV y tan solo un 9% entre 2 y 3 SMMLV. La mayoría pertenece al estrato socioeconómico 2 (54%). Además el mayor porcentaje viven 2 personas en su vivienda, un 36% conviven entre 3 a 5 personas, un 7% viven solas y el restante convive con más de 6 integrantes.

10, DISCUSIÓN

La esquizofrenia responde a principios etiológicos distintos que se fundamenta en un modelo causal multifactorial o modelo de vulnerabilidad: que implica un factor genético y factores no genéticos (Factores ambientales y de vulnerabilidad)¹⁰, aunque se desconoce la forma en que los factores ambientales interactúan con los genes para producir la enfermedad⁴.

Cien personas que tienen el diagnóstico de esquizofrenia y que asistieron al Hospital Universitario de Neiva fueron entrevistados usando como instrumento una encuesta semiestructurada. El propósito del estudio fue describir los factores socioeconómicos, demográficos y el consumo de sustancias psicoactivas de estos pacientes. Las características socio-demográficas de la población de nuestro estudio son consistentes con estudios previos, la distribución de los pacientes esta entre los 18 a 69 años con una mediana de edad de 39 que indica la existencia de la enfermedad en población joven (sin tener en cuenta la edad de diagnóstico) y un porcentaje significativo de hombres (73%) que comparados con la prevalencia mundial es similar (mujeres 33%, hombres 67%)³⁵. El estado civil más frecuente fue el solterismo, lo que corroboran otros estudios que afirman que la presentación precoz de la enfermedad afecta la calidad de vida y por lo tanto la formación de un núcleo familiar propio del paciente (52% pacientes no tenían hijos)³⁶. El 44% de los pacientes aún viven con sus padres o en la casa con sus hijos. El 41% tienen solamente básica primaria y entre ocupación actual y trabajo desempeñado de mayor responsabilidad se encuentra vendedor, desempleado/retirado y nunca ha trabajado con mayor frecuencia, que indica que estos pacientes, nos son capaces de desempeñar trabajos de alta responsabilidad igualmente por la afectación cognitiva que de por si genera la enfermedad que impide que estos pacientes desarrollen estudios avanzados y desempeñen trabajos con una exigencia mayor³⁷, el 32% de los pacientes se encuentra actualmente desempleado y si le sumamos el número de personas que nunca han trabajado, No sabe/No responde, y

discapacitados, nos acercamos al 45% de las personas de este grupo que se encuentran desempleadas y por lo tanto no contribuyen económicamente en su hogar. Dentro de los antecedentes patológicos, observamos que la mayoría de los pacientes no tienen familiares que padezcan la enfermedad (84%), al parecer en la mayoría el desarrollo de esquizofrenia es de novo y en antecedentes perinatales y del desarrollo la mayoría de los pacientes niegan haber tenido alguna patología o evento, sin embargo no son datos confiables que puedan proporcionar los mismos pacientes ni aun sus familiares¹⁰.

En cuanto al consumo de SPA encontramos autores que sugieren diferentes explicaciones que conectan el uso de drogas y los síntomas psiquiátricos, entre ellas, las que pueden ser atribuidas al consumo de sustancias o la predisposición por parte del individuo, lo cual facilita que el consumo sea el detonante de la esquizofrenia (Sc), la exacerbación del trastorno o coincidencia en consumo de sustancias psicoactivas y desarrollo de la misma²⁹. En nuestro estudio la sustancia más consumida por los pacientes alguna vez en su vida fue el alcohol, tal vez, por la percepción de la población joven (población general) que el alcohol es una sustancia relativamente inocua en comparación con otras drogas que causan adicción además de ser aceptada en la comunidad. Autores como Gülcan (2016) afirma que la amplia disponibilidad, el acceso fácil y el bajo costo de los cigarrillos y el alcohol y la flexibilidad de la actitud social hacia estas sustancias podrían ser factores facilitadores de su empleo³⁸. En un estudio de Adan et al. Realizado en Barcelona, estudiaron 107 varones con enfermedades mentales graves incluyendo esquizofrenia; evaluaron calidad de vida, consumo de sustancias y factores demográficos; encontraron que para los esquizofrénicos la prevalencia de consumo de alcohol fue del 72.97% (No muy lejos de las que arrojaron otras enfermedades mentales mayores: Trastorno bipolar 82.35%, Trastorno depresivo Mayor 81%)²⁷, hallazgos que concuerdan con los resultados de esta investigación (84% de los pacientes había consumido alcohol alguna vez en su vida), al parecer por las mismas razones anteriormente expuestas. La principal dificultad que describe este

y otros estudios es la imposibilidad de verificar los datos proporcionados por los pacientes en las encuestas con análisis de laboratorio, herramientas útiles a la hora de detectar otras drogas en sangre (metanfetaminas, cocaína, etc). La prevalencia del consumo de otras sustancias como el cannabis, la cocaína y otras drogas, es baja en comparación con el alcohol, sin embargo sigue siendo alta si tenemos en cuenta la pequeña población que representan estos individuos (16 – 30% de todos los pacientes encuestados). La prevalencia mundial de tabaquismo en esquizofrénicos se encuentra alrededor del 56 – 88%³, esta tasa es tan alta, que en algunas revisiones sobre el tema se atreven a mencionar el consumo de tabaco como una característica más de esta población³⁹. En un estudio de una clínica psiquiátrica de Turquía de 100 pacientes encuestados, 70 eran fumadores activos³⁸, sin embargo, en nuestro estudio tenemos una gran diferencia con respecto a la prevalencia mundial de consumo de tabaco; solo 28 pacientes afirmaron haber consumido tabaco en su vida. En nuestro estudio, el sexo masculino y la edad se relacionaron significativamente con historial de abuso de cannabis o la dependencia. Sin embargo, no fue posible determinar el inicio de la enfermedad (diagnóstico) ni el inicio del tratamiento, para la correlación entre estas variables, debido a la falta de información completa en las historias clínicas de los pacientes, variables que podrían ser tenidas en cuenta en estudios posteriores.

La situación económica de los pacientes tampoco resultó favorable, teniendo en cuenta que la mayoría de las personas no laboraban y en su hogar habitaban 2 y 3 – 5 personas con aproximadamente ingresos de entre 1 y 2 salarios mínimos mensuales (64 y 27 % respectivamente). Si a lo anterior le sumamos la carga económica que de por sí representa la enfermedad, afecta notablemente la calidad de vida y por lo tanto el curso natural de la enfermedad²⁶. Lo anterior corroborado por estudios que evalúan acceso a empleo y calidad de vida, donde encuentran responsable al estigma social no solo de otras personas, sino del mismo paciente para el acceso al mundo laboral.

Se pueden discutir algunas limitaciones de este estudio; en la literatura, por ejemplo, el uso de cannabis está más directamente relacionado con cierto tipo de características de las subescalas del PANSS⁴⁰, empero la falta de datos en las historias clínicas proporcionadas de los pacientes, dificultó la clasificación de los mismos con estas escalas. La prevalencia de los intentos de suicidio en la esquizofrenia está estrechamente relacionada con el abuso de cannabis, no obstante, esta variable tampoco fue tomada en cuenta en este estudio.

También, las pruebas de toxicología urinaria han sido fiables para mejorar la sensibilidad del diagnóstico de abuso de sustancias reciente, por lo que las entrevistas estructuradas o semiestructuradas no son muy apropiadas para la verificación de los datos proporcionados por los pacientes⁵. Es por lo anterior que se requirió la asistencia de un acompañante a la entrevista, y de esta manera desmentir o verificar las respuestas del paciente.

Puesto que el análisis se desarrolló en pacientes que viven en la ciudad de Neiva y debido a la dificultad de desplazamiento de los pacientes que viven en veredas aledañas o zonas alejadas del perímetro urbano, no fue posible acceder a todas las personas con esta patología atendidas alguna vez en este centro Hospitalario, es por eso que la muestra del estudio no favorece la generalización de los resultados a toda la población.

11. CONCLUSIONES

Como resultado de la investigación estadística presentada, es posible concluir que existe una relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y desarrollo de esquizofrenia, y algún grado de relación con otro tipo de sustancias psicoactivas estudiadas (tabaco, marihuana y otras drogas).

Además, respecto a las relaciones sociales, este tipo de pacientes tienden a ser solitarios, pocas parejas estables, no tener hijos y vivir en casa de sus familiares.

Afectados de por sí con bajos ingresos salariales, estrato socioeconómico bajo, tenemos que debido a la discapacidad que ocasiona la patología, la mayoría de pacientes tienen el impedimento para laborar y contribuir a la economía de su entorno familiar. Además, presentan un bajo nivel académico y por ende las laborales que desempeñan son de baja complejidad.

12. RECOMENDACIONES

Una vez concluido este proyecto, se considera interesante investigar sobre otros factores más específicos relacionados con la esquizofrenia, y se propone:

Extender los estudios a toda la población de pacientes esquizofrénicos tratados por el servicio de urgencias, hospital día y a la unidad de salud mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva.

Realizar estudios genéticos para identificar genes implicados en el desarrollo de esquizofrenia.

Extender los estudios a la población menor de edad.

Investigar nuevos factores relacionados con la esquizofrenia.

Realizar un seguimiento a los pacientes tratados para determinar la adherencia al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz-Vargas J. Vulnerabilidad, alto riesgo y prevención de la esquizofrenia: una perspectiva cognitiva. *Estud Psicol.* 1988:129-144.
2. Gejman P V, Sanders AR. ARTÍCULO ESPECIAL LA ETIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA Etiología de la esquizofrenia. 2012:227-234.
3. Oliveira M De, Furegato F. Esquizofrenia integradora y dependencia del tabaco : una revisión Esquizofrenia e dependência de tabaco : uma revisão integrativa.
4. Escalona MC. Factores de riesgo genéticos y no genéticos asociados con la esquizofrenia Genetic and Nongenetic Risk Factors Associated with Schizophrenia. :130-138.
5. Marín-navarrete R, Benjet C, Borges G, et al. Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. 2013;36(6):471-479.
6. Muller DP, Haan LDE. Stoppen met roken en schizofrenie. 2010:297-301.
7. Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, et al. Consumo de drogas en personas con esquizofrenia Prevalencia basal y correlaciones con el estudio NIMH CATIE. *Rev Toxicom.* 2008;(54):18-28. http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret54_2.pdf.
8. Swain SP BSU estudio comparativo de la calidad de vida y la discapacidad

entre pacientes con esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo en remisión. *IPJ*. 2016; 25 (2): 210-215. doi: 10. 410. / ipj. ipj_94_15. No Title.

9. Yip SW, Sacco KA, George TP, Potenza MN. Risk/reward decision-making in schizophrenia: A preliminary examination of the influence of tobacco smoking and relationship to Wisconsin Card Sorting Task performance. *Schizophr Res*. 2009;110(1-3):156-164. doi:10.1016/j.schres.2009.01.012.
10. Dios J De. Factores asociados para el desarrollo de la Esquizo - frenia y su incidencia en pacientes del Hospital San Juan de Dios gestión 2012. 2012;(2):18-21.
11. Martini LC, Neto JBB, Petreche B, et al. Schizophrenia and work : aspects related to job acquisition in a follow-up study. 2017. doi:10.1590/1516-4446-2016-2128.
12. Addy PH, Radhakrishnan R, Cortes JA, D'Souza DC. Comorbid Alcohol, Cannabis, and Cocaine Use Disorders in Schizophrenia: Epidemiology, Consequences, Mechanisms, and Treatment. *Focus (Madison)*. 2012;10(2):140-153. doi:10.1176/appi.focus.10.2.140.
13. Peña J, Ibarretxe-Bilbao N, Sánchez P, et al. Combining social cognitive treatment, cognitive remediation, and functional skills training in schizophrenia: a randomized controlled trial. *NPJ Schizophr*. 2016;2:16037. doi:10.1038/npjschz.2016.37.
14. Davis J, Eyre H, Jacka FN, et al. HHS Public Access. 2016:185-194. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.03.017.A.
15. Artigue J, Ferrando J, Marzari B. Factores de riesgo para padecer trastornos

psicóticos : ¿ Es posible realizar una detección preventiva ? Psychosis risk factors : Is there a chance for preventive identification ? 2008;19:27-58.

16. arga de los trastornos mentales y conductuales. 1990.
17. Singh P, Midha A, Chugh K, Solanki R. Schizophrenia: Impact on quality of life. *Indian J Psychiatry*. 2008;50(3):181. doi:10.4103/0019-5545.43632.
18. Distefano MD. NIH Public Access. 2015;127(5):213-223. doi:10.1007/978-1-62703-673-3.
19. Kt M, Fuente MSR, Hampshire N, Psychiatric D. Revisión sobre esquizofrenia. 2004:1-3.
20. Andreasen NC, Flaum M. Schizophrenia: The Characteristic Symptoms 27. 1991;17(1).
21. Trapp W, Dotterweich S, Hintner L, Wollny H, Lautenbacher S, Hajak G. Schizophrenia Research : Cognition Speed and capacity of working memory and executive function in schizophrenia compared to unipolar depression. *Schizophr Res Cogn*. 2017;10(May):1-6. doi:10.1016/j.scog.2017.07.002.
22. Cano JF, Fierro-Urresta M, Vanegas CR, et al. Piñeros – Cobertura de Citología Factores Pronósticos de Esquizofrenia en Primer Episodio Psicótico Prognostic factors for schizophrenia during first psychotic episode. *Rev salud pública*. 2007;9(3):455-464.
23. A CDESS, Medica GC, Calidad MDE. Guías de manejo esquizofrenia. 2009:1-11.

24. Pulido FR, Díaz MNR, Ramírez MCG. La integración laboral de las personas con trastorno mental grave. Una cuestión pendiente. *Psiquis (Mexico)*. 2004;25(6):26-43.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=psyh&AN=2005-00797-003&lang=es&site=ehost-live>.
25. PROPUESTA PARA LA UBICACIÓN LABORAL EN UN SERVICIO DE RESTAURANTE A PERSONAS QUE PADECEN ESQUIZOFRENIA Elmer Valverde Alfaro *. 2015;29(1):43-50.
26. Tejada Morales P. Situación actual de los trastornos mentales en Colombia y en el mundo: prevalencia, consecuencias y necesidades de intervención. *Salud Bosque*. 2016;6(2):29-40. doi:10.18270/rsb.v6i2.
27. Adan A, Marquez-Arrico JE, Gilchrist G. Comparison of health-related quality of life among men with different co-existing severe mental disorders in treatment for substance use. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):209. doi:10.1186/s12955-017-0781-y.
28. Lev-Ran S, Imtiaz S, Rehm J, Le Foll B. Exploring the association between lifetime prevalence of mental illness and transition from substance use to substance use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Am J Addict*. 2013;22(2):93-98. doi:10.1111/j.1521-0391.2013.00304.x.
29. Guerrero CL, Duque LC, Prieto MT. Consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de la personalidad: estudio comparativo entre personas consumidoras y no consumidoras. 2017;2:236-254. doi:10.21501/24631779.2443.

30. Urrego D, Cocoma J. Por la Salud Mental. *Rev Salud Pública*. 1991;1(1):58-67.
31. Tamayo J. Marihuana y Esquizofrenia. Un diagnóstico dual inocuo y terapéutico? *Rev Colomb Psiquiatr*. 1998;1(1):19-31.
32. <https://www.cannabis-med.org/index.php?tpl=faq&red=faqlist&id=170&lng=es>. No Title.
33. Degenhardt L, Hall W. Is cannabis use a contributory cause of psychosis? *Can J Psychiatry*. 2006;51(9):556-565. doi:Article.
34. Montaña L, Nieto T, Mayorga N. Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Rev Vanguard Psicológica Clínica Teórica y Práctica*. 2013;4(1):86-107.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815165&info=resumen&idioma=SPA>.
35. Beviá Febrer B. Necesidades reales de personas con esquizofrenia: un estudio cualitativo. 2012. <http://www.tdx.cat/handle/10803/98256>.
36. Haller C, Padmanabhan J, Lizano P, Torous J, Keshavan M. Recent advances in understanding schizophrenia. *F1000Prime Rep*. 2014;6(July):1-11. doi:10.12703/P6-57.
37. Alvarez L, Cuetos L, Jiménez A, et al. Actividad Productiva Y Empleo De Personas Con Trastorno Mental Severo. Algunas Propuestas De Actuación Basadas En La Información Disponible. *Act Product y Empl Pers Orig Y Revis*. 2004;89(31):31-65.

38. Tekin Uludag Y, Gulenc G. Prevalence of Substance Use in Patients Diagnosed with Schizophrenia. *Noro Psikiyatr Ars.* 2016;53(1):4-11. doi:10.5152/npa.2015.8827.
39. Li X, An F, Ungvari GS, Ng CH, Chiu HFK. Prevalence of smoking in patients with bipolar disorder , major depressive disorder and schizophrenia and their relationships with quality of life. *Sci Rep.* 2017;(July):1-7. doi:10.1038/s41598-017-07928-9.
40. Schnakenberg AM, Bon KA, Davis BJ, Smith EA, Schuder K, Lysaker PH. Schizophrenia Research : Cognition Compared to high and low cannabis use , moderate use is associated with fewer cognitive de fi cits in psychosis. 2016;6:15-21. doi:10.1016/j.scog.2016.09.001.

ANEXOS

Anexo A: Entrevista para la caracterización de los factores de riesgo socioeconómicos y consumo de sustancias de pacientes con esquizofrenia en Hospital Universitario de Neiva (HUN) durante los años 2013 – 2017

Con el presente documento se pretende obtener información de los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia. Ésta entrevista será realizada en el lugar acordado previamente con los investigadores y en presencia de un testigo en los horarios que convenga el encuestado. Se le harán algunas preguntas personales (Omitiendo datos que comprometan su estado de anonimato), preguntas acerca de sus ingresos económicos y consumo de sustancias psicoactivas. La entrevista durará de veinte minutos a 30 minutos. Puede ser que el investigador se ponga en contacto con usted en el futuro, a fin de obtener más información. Por lo anterior tenga muy claro que esta información es de carácter anónimo por lo cual solo la podrán manipular los investigadores del presente estudio, respetando las normas éticas de beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia.

Código asignado al paciente: 000

MINI-MENTAL STATE MODIFICADO ¹¹	No	Si	No sabe
--	----	----	---------

ENTREVISTADOR: ¿Tiene usted sospechas de alguna fuente (por ejemplo, comportamiento o apariencia durante el interrogatorio, información por parte de familiares, historias clínicas) de que el sujeto presenta alteraciones cognoscitivas?

0	1	9
---	---	---

Complete esta sección sólo si tiene dudas del estado cognoscitivo del sujeto. (En caso de ser negativo continúe la encuesta)

	<u>Puntaje</u> <u>máximo</u>	<u>Puntaje</u> <u>del</u> <u>paciente</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Ahora le voy a solicitar que realice algunas pruebas rápidas. 		
1. Orientación		
1.a) ¿Cuál es: (Año) (Hora) (Fecha) (Día) (Mes)?	5	—
1.b) ¿Dónde estamos? (País) (Departamento) (Ciudad) (Hospital/Edificio) (Piso/Calle)?	5	—
2. Registro		
Mencione tres objetos o conceptos para el paciente (por ejemplo, anzuelo, zapato, verde) con un segundo de intervalo en cada uno. Dígale al paciente que se le pedirá que los recuerde. Pídale que repita las tres palabras después de usted. Asigne un punto para cada respuesta correcta. Repítalas hasta que el sujeto haya aprendido las tres (hasta seis intentos).	3	—
3. Atención y Cálculo		
Series de sietes. Cuente hacia atrás desde 100 restando 7. Otorgue un punto para cada respuesta correcta. Pare después de cinco respuestas.	5	—
Deletree "Mundo" (u otra palabra de cinco letras) hacia atrás. Otorgue un punto para cada letra en orden correcto.	5	—
4. Memoria Reciente		
Solicite al sujeto que repita las tres palabras mencionadas arriba. Otorgue un punto para cada respuesta correcta	3	—

5. Lenguaje

5.a) Señale un lápiz y un reloj. Pregunte al sujeto "Cómo se llama esto?" para cada uno. Otorgue dos puntos. 2 _____

5.b) Solicite al sujeto que repita lo siguiente "Nadie silba como silba Silvia." Otorgue un punto. 1 _____

5.c) Solicite al sujeto que siga una orden de tres etapas. (por ejemplo, "tome este papel con la mano derecha, dóblela por la mitad y colóquela en el piso") 3 Otorgue tres puntos 3 _____

6. Estado Cognitivo

6.a) Entregue al sujeto la tarjeta que dice "Cierre los ojos" Otorgue un punto 1 _____

6.b) Escriba una frase. Otorgue un punto. 1 _____

6.c) Copie el siguiente dibujo. Otorgue un punto. 1 _____

7. Escriba el puntaje total 35 _____

8. ENTREVISTADOR: Examine el nivel de conciencia. Codifique la respuesta

1. Alerta

2. Somnolencia

3. Estupor

1 2 3

ENTREVISTADOR: Si el puntaje total es 15 o menos, interrumpa la entrevista aquí. Si el puntaje total está entre 15 y 23, el entrevistador puede considerar si continuar con la entrevista arrojará información confiable.

PREGUNTAS PERSONALES

1. Género: Masculino_____ Femenino_____

2. ¿Qué edad tiene?

Edad _____Años

3. Lugar de nacimiento:

Municipio _____ Departamento_____

País _____

No: 0

Si: 1

No Sabe: 9

4. Origen de sus padres:

Madre: Municipio_____

Departamento_____ País _____

Padre: Municipio_____

Departamento_____ País _____

5. ¿Cuál es su estado civil actual?

1. Casado(a) _____

2. Separado(a) _____

3. Divorciado(a) _____

4. Viudo(a) _____

5. Soltero(a) _____

6. Si se ha casado: ¿Cuántas veces ha estado legalmente casado? _____

7. ¿Cuántos hijos vivos tiene? _____

8. ¿Vive solo o con otros?

1. Solo(a)
2. Con pareja (por al menos 1 año), pero no legalmente casado.
3. En la propia casa con esposa(o) / o hijos.
4. En la casa de los padres o de los hijos.
5. En la casa de los hermanos u otros familiares
6. En casa compartida con otros amigos o parientes.
7. En un albergue.
8. Otro, especifique: _____

9. ¿Cuál es su ocupación actual? (Utilice el cuadro que se muestra en la Figura 1)

Registre la respuesta: _____

10. ¿Cuál es el trabajo de mayor responsabilidad que ha desempeñado? (Utilice el cuadro que se muestra en la Figura 1)

Registre la respuesta: _____

11. Si el sujeto no es cabeza de familia: ¿Cuál es / fue la ocupación de la cabeza de familia durante la mayor parte de su vida laboral? (Utilice el cuadro que se muestra en la Figura 1)

Registre la respuesta: _____

12. ¿Qué escolaridad tiene o aprobó hasta el momento?

1. Pre escolar
2. Básica Primaria
3. Bachillerato
4. Estudio técnico/tecnológico
5. Estudio universitario (Pregrado)

13. ¿Su madre tuvo algún problema de salud durante su embarazo o el parto, como prematuridad o complicaciones en el parto?

Registre la respuesta: _____ (No, Sí, No sabe)

En caso afirmativo:

Especificar. _____

—

14. ¿Presentó usted alguna anomalía durante el desarrollo, por ejemplo, caminó o habló a una edad más tardía que otros niños?

Registre la respuesta: _____ (No, Sí, No sabe)

En caso afirmativo:

Especificar. _____

—

PREGUNTAS SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL

15. ¿Alguna vez ha tomado una bebida alcohólica?

NO _____ (*Pase a la pregunta 21*) SI _____ (*Continúe*)

16. ¿A qué edad comenzó con el consumo de bebidas alcohólicas?

_____ Años

17. ¿Qué clase de bebida consume habitualmente?

Tipo de Bebida	
Cerveza	
Vino	
Aguardiente	
Vodka	
Whisky	
Otro.	

18. ¿Actualmente consume bebidas alcohólicas? _____

19. ¿Con que frecuencia consume usted bebidas alcohólicas?

/Semana	/Mes	/Año

20. ¿Alguna vez se ha emborrachado? Es decir, ¿hablaba de forma arrastrada, o no podía mantenerse de pie? _____

PREGUNTAS SOBRE CONSUMO DE TABACO (CIGARRILLO)

21. ¿Alguna vez ha utilizado tabaco? _____ (NO, pase a Marihuana
(Pregunta 24))

22. ¿Qué edad tenía la primera vez que utilizó cualquier forma de tabaco? _____ Años

23. ¿Con que frecuencia fuma (fumaba) cigarrillos? _____ (Paquetes/año)

PREGUNTAS SOBRE CONSUMO DE MARIHUANA

24. ¿Alguna vez ha consumido marihuana? _____

25. ¿A los cuántos años la consumió por primera vez? _____ Años

26. ¿Consume actualmente marihuana?

SI _____ NO _____ Frecuencia: _____ / _____ (Día/ Semana/Mes)

ABUSO Y DEPENDENCIA DE OTRAS DROGAS

27. OTRAS DROGAS

SI NO
¿Alguna vez ha usado cualquiera de estas drogas para sentirse bien o animarse, para sentirse más activo o alerta o cuando no fueron prescritas? 0 1
(Si su respuesta es afirmativa) Especifique que tipo de sustancias

ESTIMULANTES	Alucinógenas			DEPRESORES		Otros
Cocaína	Hongos	Boxer	LSD	Opiáceos	BDZ	

28. ¿Con que frecuencia lo realiza?

/Semana	/Mes	/Año

29. ¿A qué edad comenzó el consumo de la(s) sustancia(s) _____ Años

30. ¿Cuál fue el periodo más largo que consumió la(s) sustancia(s) todos los días?

Sustancia	# Días

31. ¿Consume actualmente alguna(s) sustancia(s)?

SI _____ NO _____ Frecuencia: _____ / _____ (Día/
Semana/Mes)

PREGUNTAS SOBRE INGRESOS ECONOMICOS

32. El ingreso salarial (o el de su acudiente / familiar) de su casa en (Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes) es de:

1. Menos de 1 SMMLV
2. Entre 1 y 2 SMMLV
3. Entre 2 y 3 SMMLV
4. Entre 3 y 4 SMMLV
5. Más de 4 SMMLV

33. Estrato socioeconómico de la vivienda

1. 1
2. 2
3. 3
4. >3

34. Cuántas personas viven en la vivienda

1. Vive solo
2. 2 personas
3. 3 a 5 personas
4. 6 personas
5. >6 personas

<u>Ocupaciones</u>	Figura 1
<u>Ocupaciones directivas y profesionales</u>	
01. Ejecutivos, administradores, directivos	
02. Profesionales independientes	
03. Escritores, artistas, animadores y atletas	
<u>Ocupaciones técnicas, de ventas o de apoyo administrativo</u>	
04. Técnicos y relacionadas con mantenimiento	
05. Vendedores	
06. Auxiliares administrativos	
<u>Ocupaciones de servicio</u>	
07. Empleados de servicio doméstico	
08. Vigilancia y seguridad	
09. Otras ocupaciones de servicio	
<u>Agricultores, forestales y pescadores</u>	
10. Administradores y operarios de fincas.	
11. Otras ocupaciones agrícolas, forestales y pesqueras	
<u>Ocupaciones de reparación, producción y artesanos</u>	
12. Mecánicos o reparadores, construcción, extracción o producción de precisión	
<u>Operarios, fabricantes y obreros</u>	
13. Operarios de máquinas, ensambladores y supervisores	
14. Ocupaciones de transporte o movimiento de materiales	
15. Limpiadores de equipos, obreros de construcción y manufactura	
<u>Otros</u>	
16. Fuerzas armadas	
17. Discapacitados.	
18. Amas de casa	
19. Nunca ha trabajado.	
20. Estudiante de tiempo completo.	
21. Desempleado/ Retirado.	
99. No sabe / No responde.	

Anexo B: Presupuesto

Rubros		Financiación		Total
		Estudiantes	USCO	
Recursos Humanos	Asesores Investigativos	\$ 1.560.000	\$ 1.560.000	\$ 3.120.000
	Asesores Clinicos	\$ 2.600.000	\$ 0	\$ 2.600.000
	Estudiantes	\$ 800.000	\$ 0	\$ 800.000
Recursos Materiales	Software	\$ 35.000	\$ 0	\$ 35.000
	Materiales	\$ 410.000	\$ 0	\$ 410.000
	Salidas de Campo	\$ 560.000	\$ 0	\$ 560.000
	Material Bibliografico	\$ 15.000	\$ 15.000	\$ 30.000
	Publicaciones y Patentes	\$ 60.000	\$ 0	\$ 60.000
	Equipos	\$ 300.000	\$ 100.000	\$ 400.000
	Mantenimiento	\$ 80.000	\$ 0	\$ 80.000
Total		\$ 6.420.000	\$ 1.675.000	\$ 8.095.000

Anexo C: Cronograma

Año	2017					2018			
Mes	Agost.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Enero	Febrero	Marzo	Abril
ACTIVIDAD									
Revisión bibliografía	X								
Elaboración de Anteproyecto	X								
Entrega de anteproyecto		X							
Presentación Comité de Ética	X								
Elaboración del instrumento			X						
Aplicación de Prueba Piloto			X						
Asesorías - Correcciones			X	X					
Recolección de datos				X					
Procesamiento de datos					X				
Análisis de datos						X	X	X	
Correcciones Finales						X	X	X	
Sustentación Proyecto									X
Informe final									X