

CARACTERIZACION DEL CUIDADOR DEL ENFERMO MENTAL  
HOSPITALIZADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO  
MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA ENTRE DICIEMBRE 2010 Y ENERO  
2011.

VIVIANA ANDREA CALDERON RAMIREZ

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA  
NEIVA  
2011

CARACTERIZACION DEL CUIDADOR DEL ENFERMO MENTAL  
HOSPITALIZADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO  
MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA ENTRE DICIEMBRE 2010 Y ENERO  
2011.

VIVIANA ANDREA CALDERON RAMIREZ

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en  
Epidemiología

Asesor  
RODRIGO ALBERTO ALZATE  
MD. MSc Salud Pública

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA  
NEIVA  
2011

**Nota de aceptación:**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

-----  
Firma del presidente del jurado

-----  
Firma del jurado

-----  
Firma del jurado

Neiva, Julio del 2011

## DEDICATORIA

*Dedico este trabajo a Dios quien fue mi estandarte y la motivación más grande para empezar, a Carlos junto con mi familia y amigos cercanos porque fueron mi apoyo permanente y a todas aquellas personas que conocí durante mi estadía en Garzón-Huila porque hicieron que este reto fuera un logro más dentro de los muchos que tengo por alcanzar.*

*Ciertamente este es un peñón más, que me conduce a la búsqueda de la verdad que quiero encontrar y cada día que pasa me hace pensar que voy en el camino correcto, con la convicción del que todo lo cree, todo lo puede en el nombre de Cristo Jesús.*

VIVIANA ANDREA

## **AGRADECIMIENTOS**

La autora expresa sus agradecimientos a:

A todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron al desarrollo de este valioso trabajo para llevarlo a un feliz término especialmente a:

Al Doctor Rodrigo Alberto Álzate quien fue mi asesor , siempre estuvo atento para aclarar cualquier duda o inquietud y quien se destaca no solo por su profesionalismo sino también por sus cualidades y calidad humana a través de las cuales demuestra como el conocimiento no hace grande al que lo posee sino al que lo transmite.

A mis compañeros del postgrado porque hicieron que cada clase fuera un deseado encuentro no solo para aprender, sino también para compartir momento especiales y por eso los llevo en el alma, porque con sus particularidades contribuyeron a mi formación como profesional y como ser humano.

A cada uno de los docentes que a través de sus clases aportaron conocimiento científico pero también humano y nos motivaron a continuar en esta búsqueda tal como ellos lo están haciendo desde el desarrollo de estudios investigativos de gran reconocimiento a nivel nacional e internacional que invitan a tener mayores exigencias y hacer mayores esfuerzos para obtener grandes resultados.

A la Coordinadora del Postgrado Doctora, Dolly Castro Betancourt, Especialista en Epidemiología y a Litty Fernanda Perdomo, profesional de apoyo de la Especialización por su colaboración y apoyo.

A cada uno de los pacientes y cuidadores por su colaboración, participación y apoyo en el desarrollo de esta investigación.

Al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, por permitir que la labor investigativa incluyera los usuarios del servicio de la Unidad Mental y a los profesionales que allí laboran por la colaboración y disposición que

mostraron en la ejecución de este proyecto, especialmente a la Jefe Lina, Dra. Lina, Isabel, Consuelo y los Auxiliares de enfermería respectivamente.

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	16
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
2. JUSTIFICACION	24
3. OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GENERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4. ANTECEDENTES	28
5. MARCO CONCEPTUAL	32
5.1 SALUD	32
5.2 EL CUIDADOR	41
5.3 ENFERMEDADES MENTALES	43
6. DISEÑO METODOLOGICO	47
6.1 TIPO DE ESTUDIO	47
6.1.1 Estudio cuantitativo descriptivo	47
6.1.2 Prospectivo Corte transversal	47
6.2 LUGAR	47
6.3 POBLACIÓN	47
6.4 MUESTRA	47
6.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	48
6.5.1 Criterios de inclusión	49
6.5.2 Criterios de exclusión	49
6.6 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	50

		<b>Pág.</b>
6.7	INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION	50
6.8	CODIFICACION Y TABULACION	50
6.9	FUENTES DE INFORMACIÓN	50
6.10	ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	51
6.11	CONSIDERACIONES ÉTICAS	51
7.	RESULTADOS	54
7.1	ANALISIS UNIVARIADO	54
7.2	ANALISIS BIVARIADO	63
8.	DISCUSION	70
9.	CONCLUSIONES	75
10.	RECOMENDACIONES	77
	BIBLIOGRAFIA	80
	ANEXOS	84

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Factores de riesgo y factores de protección relativos a la salud mental y a los trastornos mentales. (World Phychiatry 2006)	36
<b>Tabla 2.</b> Características sociodemográficas de los pacientes con trastorno mental de la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva - Huila. Diciembre 2010 y enero 2011	54
<b>Tabla 3.</b> Características de los pacientes con trastorno mental de la unidad de salud mental del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva –Huila. Diciembre 2010 y enero 2011	57
<b>Tabla 4.</b> Características sociodemográficas de los cuidadores del paciente con trastorno mental de la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva – Huila. Diciembre 2010 y enero 2011	59
<b>Tabla 5.</b> Descripción sobre el cuidado del paciente con trastorno mental por parte del cuidador. Unidad de Salud Mental, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva – Huila. Diciembre 2010 y enero 2011	62

## LISTA DE CUADROS

	<b>Pág.</b>
<b>Cuadro 1.</b> Distribución del diagnóstico del paciente, cronicidad del trastorno, si tiene cuidador o no y el rango de edad de acuerdo al género. Unidad de salud mental, hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Diciembre 2010 y enero 2011	63
<b>Cuadro 2.</b> Distribución del diagnóstico del paciente de acuerdo al nivel de escolaridad. Unidad de salud mental, hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Diciembre 2010 y enero 2011	65
<b>Cuadro 3.</b> Distribución del diagnóstico y la edad del paciente en relación al grado de cronicidad del trastorno. Unidad de salud mental, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Diciembre 2010 y enero 2011	66
<b>Cuadro 4.</b> Distribución del estado civil del paciente de acuerdo al diagnóstico. Unidad de salud mental, hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Diciembre 2010 y enero 2011	67
<b>Cuadro 5.</b> Distribución del sistema general de seguridad social del paciente de acuerdo al diagnóstico. Unidad de salud mental, hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Diciembre 2010 y enero 2011	67
<b>Cuadro 6.</b> Distribución de la orientación brindada por parte del personal de salud al cuidador y la cronicidad que presenta el paciente con el trastorno mental. Unidad de salud mental, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Diciembre 2010 y enero 2011	68

	<b>Pág.</b>
<b>Cuadro 7.</b> Distribución de si el paciente tiene cuidador o no y el grado de cronicidad del trastorno mental. Unidad de salud mental, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Diciembre 2010 y enero 2011	68
<b>Cuadro 8.</b> Distribución de los ingresos del paciente y los ingresos del cuidador. Unidad de Salud Mental, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Diciembre de 2010 y enero 2011	69

## LISTA DE FIGURAS

		<b>Pág.</b>
<b>Figura 1.</b>	Años vividos con discapacidad	37
<b>Figura 2.</b>	Carga de las enfermedades en el mundo	38
<b>Figura 3.</b>	Interacción de factores biológicos y sociales en la aparición de trastornos mentales	39
<b>Figura 4.</b>	El círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales	40
<b>Figura 5.</b>	Modelo de discapacidad aplicado a la esquizofrenia	44
<b>Figura 6.</b>	Necesidades de las personas con trastornos mentales	45

## LISTA DE GRAFICAS

	<b>Pág.</b>
<b>Grafica 1.</b> Distribución de si el paciente tiene o no cuidador, Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva – Huila. Diciembre 2010 y enero 2011	59

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>Anexo A.</b> Encuesta de caracterización de cuidadores	85
<b>Anexo B.</b> Encuesta de caracterización del paciente	90
<b>Anexo C.</b> Instrucciones para la entrevista y el diligenciamiento del formulario para la encuesta de caracterización de cuidadores. Neiva, 2010	93
<b>Anexo D.</b> Datos de historia clínica	98
<b>Anexo E.</b> Consentimiento para participar en el estudio de caracterización de cuidadores	99
<b>Anexo F.</b> Consentimiento para participar en el estudio de caracterización de cuidadores	101
<b>Anexo G.</b> Libro de códigos	103
<b>Anexo H.</b> Aprobación comité ética Hospital Universitario HMP de Neiva	106
<b>Anexo I.</b> Aprobación comité de ética Universidad Surcolombiana	107

## RESUMEN

Con el fin de establecer las características de los cuidadores de la persona con trastorno mental, se llevó a cabo un estudio descriptivo, de corte transversal, aplicando una encuesta o entrevista telefónica a una muestra de 40 pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva (HUHMP), y 28 cuidadores. La mayoría de los pacientes encuestados están entre los 18 y 35 años, de género masculino procedente del departamento del Huila, con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, solteros, del régimen subsidiado, con vínculo laboral en el momento de la encuesta y con ingresos menores al salario mínimo.

Se encontró que la mayoría de los cuidadores están entre los 36 y 53 años, de género femenino procedentes del departamento del Huila, en unión libre, de régimen subsidiado, de estrato socioeconómico bajo, con nivel 1 del SISBEN, no reciben ningún subsidio del estado, tienen estudios de secundaria incompleta, sin vínculo laboral en el momento de la entrevista y sin ningún ingreso.

El estudio muestra el grado de desprotección en que se encuentran los enfermos y los familiares que los cuidan, y la necesidad de la creación de una red de cuidadores del enfermo mental a través de la cual se proteja, con la participación activa del estado, la familia, el usuario y las instituciones científicas, a los enfermos y a sus familias.

**Palabras claves:** Enfermedad mental, características de los cuidadores.

## ABSTRACT

In order to establish the characteristics of caregivers of people with mental disorder, took out a descriptive, cross-sectional, using a survey or telephone interview to a sample of 40 patients hospitalized at the Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva (HUHMP) and 28 caregivers. Most of the patients surveyed were between 18 and 35, male from the department of Huila, with a diagnosis of bipolar affective disorder, single, the subsidized system, with working women at the time of the survey and with incomes below minimum wage. We found that most caregivers are between 36 and 53 years old, female from the department of Huila, unmarried.

Subsidized regimen, low socioeconomic status, level 1 SISBEN, receive no state subsidy, have not completed secondary studies and are unemployed at the time of the interview and without any income.

The study shows the lack of protection found in patients and family caregivers, and the need to create a network of carers of the mentally ill through which is protected with the active participation of the state, family, the user and scientific institutions, the sick and their families.

**Keywords:** Mental illness, characteristics of caregivers.

## INTRODUCCION

Los trastornos mentales y conductuales se consideran afecciones de importancia clínica, caracterizadas por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad (emociones) o del comportamiento asociadas a angustia personal, a alteraciones del funcionamiento o a ambos. No son sólo variaciones dentro de la «normalidad», sino fenómenos claramente anormales o patológicos. Un episodio de comportamiento anormal o un breve periodo de afectividad anormal no son signos, por sí solos, de la existencia de un trastorno mental o del comportamiento. Para clasificarse como trastornos, estas anomalías deben ser duraderas o recurrentes, y deben causar cierta angustia personal o alteraciones del funcionamiento en una o más facetas de la vida<sup>1</sup>.

En el mundo, cerca de 450 millones de personas están afectadas por un trastorno mental o de la conducta. De acuerdo con la Carga Global de las Enfermedades 2001 de la OMS, el 33% de los años vividos con discapacidad son causados por los trastornos neuropsiquiátricos, solo el trastorno de depresión unipolar causa 12,15% de años vividos con discapacidad y constituye la tercera causa contribuyente a la carga global de las enfermedades. Cuatro de las seis causas más frecuentes de años vividos con discapacidad son la depresión, los trastornos debidos al uso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. A las condiciones neuropsiquiátricas se les imputa el 13% de los años de vida ajustados por discapacidad, a las lesiones autoinfligidas el 3,3% y al VIH/SIDA otro 6%. Estas dos últimas causas incluyen un componente conductual.<sup>2</sup>

Alrededor de 25 millones de personas sufren de esquizofrenia; 38 millones están afectadas por la epilepsia; más de 90 millones sufren de trastornos causados por el uso de alcohol y las drogas y una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental, sin embargo el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud. La relación entre carga de morbilidad y gasto en salud es claramente desproporcionada, más del 40% de los países no disponen de una política de salud mental, y en más del 30% no existe un programa dedicado a ella<sup>3</sup>. Lo preocupante es que el número de individuos con trastornos probablemente

---

<sup>1</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2004. Invertir en salud. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Op cit., capítulo 2 p.24-25

<sup>2</sup> Ibíd. p.8

<sup>3</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. . E-mail: whr@who.int. capítulo 1 p.3-4

aumentará con el envejecimiento de las poblaciones y como resultado de conflictos sociales<sup>4</sup>.

Los factores asociados a la prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y conductuales son la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno sociofamiliar<sup>5,6</sup>.

La relación entre pobreza y salud mental es compleja y multidimensional. La pobreza y las situaciones que conlleva, como el desempleo, la baja instrucción, las privaciones y la falta de un hogar, no sólo abundan en los países pobres, sino que afectan también a una minoría considerable en los países ricos. Entre las víctimas de la pobreza y las privaciones es mayor la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento, incluidos los asociados al abuso de sustancias psicotrópicas. Esta mayor prevalencia puede explicarse por la acumulación de causas de trastornos mentales entre los pobres, así como por la transición de los enfermos mentales hacia la pobreza.<sup>7,8</sup>

El costo de los problemas de salud mental en países desarrollados se estima entre el 3% y el 4% del Producto Nacional Bruto. Más aún, las enfermedades mentales cuestan a las economías nacionales varios miles de millones de dólares, tanto en términos de gastos incurridos directamente como en la pérdida de la productividad. El costo promedio anual, incluyendo costos médicos, farmacéuticos y por discapacidad, para trabajadores afectados por depresión puede llegar a ser 4,2 veces más alto que el incurrido por un asegurado típico<sup>9</sup>.

---

<sup>4</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2004. Invertir en salud. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Op cit., capítulo 2 p.8

<sup>5</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre salud en el mundo 2001. Op cit., 19

<sup>6</sup> SAXENA, Sherhar ; LLOPIS, Eva Jané. y HOSMAN, Clemen. Prevención de los trastornos mentales y del comportamiento: implicaciones para la política sanitaria y la práctica clínica. World Psychiatry. Edición en español. p.6

<sup>7</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre salud en el mundo 2001. Op cit., capítulo 1 p.14

<sup>8</sup> LONDOÑO, Nora H.; MARÍN, Carlos A.; JUÁREZ, Fernando y otros. Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. Suma psicológica, vol. 17, núm.1, junio, 2010, p. 7 Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=134215244005>

<sup>9</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2004. Op. cit., p.5

Según la OMS discapacidad dentro de la experiencia de salud, es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.»<sup>10</sup> De acuerdo con esto los trastornos mentales representan una gran proporción de los años de vida potencialmente perdidos por discapacidad (AVPPD), y se predice que esta carga aumentará significativamente (OMS, 2001b) en el futuro.<sup>11</sup>

Por eso una baja oferta de atención en salud mental conlleva resultados pobres, recaídas que podrían evitarse y acciones escasas de rehabilitación<sup>12</sup>. Las ciencias sociales y biológicas han ofrecido información abundante acerca del papel que desempeñan los factores de riesgo y de protección en los mecanismos de desarrollo de los trastornos mentales y en el deterioro de la salud mental. Muchos de estos factores son susceptibles de modificación y representan objetivos potenciales para la aplicación de estrategias de prevención y de promoción. Se ha demostrado que las estrategias preventivas reducen los factores de riesgo, refuerzan los factores de protección disminuyen los síntomas psiquiátricos y reducen el inicio de algunos trastornos mentales; además, estas estrategias también contribuyen a una mejoría de la salud mental y física, lo cual, a su vez, genera efectos beneficiosos, tanto sociales como económicos<sup>13</sup>.

En este sentido es donde toma relevancia como factor protector la creación de redes u asociaciones de familiares o cuidadores de personas con trastorno mental ya que la discapacidad asociada a los trastornos emocionales y del comportamiento es *superior* a la observada para las enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, artritis, enfermedades del corazón, etc.) y en este orden de ideas una persona con discapacidad de acuerdo al grado de severidad de la misma va a depender y a demandar cuidados de otros<sup>14</sup>.

---

<sup>10</sup> GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Edición: 2009 Edita: Ministerio de Ciencia e Innovación ISBN: 978-84-613-3370-7 Imprime: Arpirelieve. p.96

<sup>11</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación 2006. Ginebra, Suiza. p.19

<sup>12</sup> *Ibíd.* p.37

<sup>13</sup>SAXENA, Sherhar ; LLOPIS, Eva Jané Y HOSMAN, Clemen. Prevención de los trastornos mentales y del comportamiento: implicaciones para la política sanitaria y la práctica clínica. Op cit., p.12

<sup>14</sup> SANDOVAL MEJÍA, Sandra y TORRES, Mary Luz. Estudio epidemiológico de los trastornos mentales diagnosticados con mayor frecuencia por consulta externa y urgencias en el Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá en los años 2003, 2004, 2005 y 2006. Tunja 2007. Consultado (27 de abril de 2011) Disponible en: <http://cribsaludmental.gov.co/morbilidad.htm#cext>

La importancia de estas organizaciones está en que a través de ellas los cuidadores o familiares pueden recibir información sobre la enfermedad, sobre los planes de tratamiento<sup>15</sup>, grupos entre iguales o grupos de ayuda mutua y estrategias necesarias para afrontar las dificultades que supone la convivencia con un familiar diagnosticado de TGM (Trastorno mental grave) pero además la defensa de los derechos e intereses del colectivo, educación a la comunidad, influir en los planificadores de políticas de Salud Mental, denunciar el estigma y la discriminación y la reivindicación de la mejora de los servicios.<sup>16 17</sup> Además hay experiencias exitosas como la de EUFAMI (Federación Europea de Familias de Personas con Enfermedad Mental) que se perfila como un instrumento de unión y formación para los tres grupos implicados: personas con enfermedad mental, familiares y profesionales de la salud mental; y a nivel internacional juega un papel importante en la defensa y derechos de esta población<sup>18</sup> y se reconocen por promover un cambio en la visión que se tiene frente a estos trastornos y las personas que los presentan.

Por todo lo anterior el objetivo del presente trabajo fue caracterizar al cuidador del enfermo mental para identificar las condiciones sociodemográficas, clínicas y del cuidado tanto del paciente como del cuidador y demostrar la necesidad de la creación de una red de cuidadores de personas con trastorno mental en la ciudad de Neiva.

---

<sup>15</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Op cit., p.44-45

<sup>16</sup> GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE. Op cit., p. 88-91

<sup>17</sup> LÓPEZ, Marcelino. Alternativas comunitarias ante el estigma y la discriminación. La experiencia de Andalucía España. Acta psiquiátr psicol Am lat. 2004, 50(2): 99-109 Pág. 9.

<sup>18</sup> GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE. Op cit., p. 88-91

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud mental de un individuo según la Organización Mundial de la Salud<sup>19</sup> puede estar afectada por aspectos como el medio ambiente, su familia, que es la parte fundamental para su propio apoyo y su interrelación con el entorno, que permite visualizar elementos que en determinado momento afectan la salud de un sujeto o comunidad.

En la actualidad, según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia global de la Salud Mental constituye alrededor del 15% de la carga mundial de enfermedad y de acuerdo con el Banco Mundial, las enfermedades mentales representan cada vez un mayor protagonismo con respecto a la carga de enfermedad representada en discapacidad y muerte<sup>20</sup>.

En Colombia de acuerdo con los datos aportados por el último Estudio Nacional de salud mental del 2003 , se plantea que hasta un 40,1% de la población podría tener problemas mentales en algún momento de sus vidas, 16% en los últimos 12 meses y 7.4% en los últimos 30 días con un rango de edad entre 18 y 65 años; lo que significa que la probabilidad de adquirir una enfermedad mental se ha duplicado con respecto al Estudio realizado en el 93<sup>21</sup>. Adicional a esto se dice que la discapacidad asociada a los trastornos emocionales y del comportamiento es superior a la observada para las enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, artritis, enfermedades del corazón, etc.)<sup>22</sup>.

Todo lo que hace referencia a la enfermedad mental está relacionado en gran proporción a la historia del individuo ya que de acuerdo a su repertorio conductual e historia personal y social un sujeto puede quebrarse ante dificultades comunes o ser recursivo y superarlas aprendiendo de estas<sup>23</sup>. Por lo tanto existen

---

<sup>19</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la Salud Mental. En: Informe Compendiado (En línea) 2004. Consultado (28 de junio 2010) Disponible en internet: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promoción\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promoción_de_la_salud_mental.pdf)

<sup>20</sup> SANDOVAL MEJÍA, Sandra y TORRES, Mary luz. Estudio epidemiológico de los trastornos mentales diagnosticados con mayor frecuencia por consulta externa y urgencias en el Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá en los años 2003, 2004, 2005 y 2006. P. 15-16

<sup>21</sup> *Ibid* p. 23-24

<sup>22</sup> *Ibid*. p.3

<sup>23</sup> CLAVIJO PORTIELES, Alberto. Crisis, familia y psicoterapia. 2da edición, La Habana - Cuba. Editorial Ciencias Médicas, 2011. ISBN 978-959-212-647-3 p.6-7

situaciones o eventos a los cuales se les atribuye un significado tal que marcan la vida de la persona para siempre y la hace vulnerable a la aparición de una alteración de salud mental porque el individuo se siente frustrado e incrementa los factores de riesgo para la aparición de un desajuste emocional que no se puede controlar de manera adecuada<sup>24</sup>.

Cuando esto ocurre se observa en múltiples oportunidades como estas personas son estigmatizadas y rechazadas tanto por la sociedad como por sus familiares; ellos muestran una visión desesperanzadora de dicho panorama puesto que desde ese momento un integrante de su familia deja de ser plenamente funcional, aportar recursos y ayudar a mantener el equilibrio dentro del sistema familiar para convertirse en sujetos extraños, peligrosos y amenazantes para el bienestar común. Este pensamiento equivoco se sigue manteniendo durante mucho tiempo y como es de esperarse lo único que logra es alejar, aislar y desconocer por completo a este ser humano que aunque presente momentos de crisis dentro del desarrollo de su patología mental puede recuperarse más prontamente con el acompañamiento de sus seres queridos y en una sociedad que les acepte, respete y reinserte laboralmente; pero esta última no se cumple a cabalidad y difícilmente la familia asume la nueva situación sin maltratar al individuo por lo cual trata de descargar esta responsabilidad a otros como una persona cercana del mismo sujeto en el mejor de los casos, a las entidades de salud y la indigencia cómo es posible observarlo.

Cuando se habla de descargar la responsabilidad a una persona cercana del mismo sujeto, se trata de alguien que le brinde cuidado y protección. Se observa de forma frecuente que dicha persona se queda sola con esta obligación que inició de manera voluntaria pero que con el tiempo se torna desgastante, poco generadora de ingreso, absorbente pero además excluyente y nada recompensada. Estas personas son aquellas quienes aunque no tengan nombre, desempeñan un reto importante, valioso y admirable pues son los que se encargan de todos aquellos a quienes otros olvidaron o prefirieron ignorar. Dentro de las definiciones más conocidas encontramos la que plantea que el “Cuidador es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales” (Flórez Lozano et al, 1997).<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> CLAVIJO PORTIELES, Alberto. Crisis, familia y psicoterapia. Op.cit., p.12

<sup>25</sup> DE LOS REYES, María Cristina. Construyendo el concepto cuidador de ancianos. En: IV REUNION DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur (En línea) Noviembre.2001.Curitiba.Brasil Consultado: (28 de junio 2010) Disponible en internet: <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/06CuidadoresdeAncianos.pdf>

Por otro lado, cuando se menciona las entidades de salud se hace referencia especialmente a las unidades mentales o los servicios de urgencias que son los lugares donde son llevados por los familiares; quienes no siempre pero muchas veces luego desaparecen, entonces estos pacientes quedan en dichos servicios sin contar con elementos básicos de aseo, ropa digna y aún menos con el apoyo de personas o familiares cercanos que les proporcionen afecto, atención, ayuda y se hagan presentes cuando exista alguna complicación de salud física.

Otras situaciones que se visualizan son aquellas donde estos pacientes son abandonados a su suerte en distintos lugares y sin identificación para que pasen a engrosar la lista de las personas que viven en la indigencia, acción esta que afortunadamente no es tan frecuente pero que también se presenta.

Es en este sentido donde se considera importante conocer quiénes son esas personas que aunque no son muy nombradas, juegan un rol relevante en la vida de los sujetos mentalmente alterados. O sea sus cuidadores o red social de apoyo y es allí donde se hace entonces apremiante caracterizar a este grupo de personas que cuidan al enfermo mental, ya que encontramos una relación directa entre: “un enfermo que cuenta con un apoyo familiar y social que presenta mayor probabilidad de dar una respuesta favorable a su tratamiento, mejoría y a una reinserción social”<sup>26</sup> y la asunción básica del análisis de redes que es que “la explicación de los fenómenos sociales mejoraría analizando las relaciones entre actores”<sup>27</sup>.

De esta manera se abordará a los pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva para saber si tiene quien lo cuide o no, y si tiene quien lo cuide identificar las características de estas personas. El Hospital UHMP de Neiva es el único de cuarto nivel en todo el sur de Colombia y es de carácter público; cuenta con unidad de salud mental con capacidad para atender 28 pacientes hospitalizados y 10 ambulatorios los cuales participan de un programa que se llama hospital día en donde hay pacientes que llegan a las 8 de la mañana y regresan a sus hogares a las 4:00 de la tarde. La unidad es un lugar de paso para los enfermos mentales que presentan crisis y para las personas que presentan por primera vez los síntomas de enfermedad mental, lo que se busca es estabilizar a la persona desde la parte biológica, psicológica y ocupacional a través de la atención farmacológica, asistencial y ocupacional.

---

<sup>26</sup> SLUZKI, Carlos. Redes el lenguaje de los vínculos. De cómo la red social afecta a la salud del sujeto y la salud del individuo afecta a la red social. España: Gedisa, 1996.

<sup>27</sup> SOCIAL COLLIGATIO. Análisis de redes sociales (Online). Marzo 19 de 2008. Consultado (29 DE JUNIO 2010) Disponible en: <http://josegonzalezcorrales.wordpress.com/tag/analisis-de-redes-sociales/>

Por este motivo el presente estudio busca dar respuesta al siguiente interrogante

¿Cuáles son las características del cuidador del enfermo mental hospitalizado en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva entre diciembre 2010 y enero 2011, con el fin de promover la creación de una red de cuidadores?

## 2. JUSTIFICACION

Todas aquellas personas que asumen el rol de cuidadores lo hacen con voluntad y deseo desconociendo las repercusiones que esta tarea les puede traer como por ejemplo la reducción de su tiempo libre para realizar distintas actividades de la vida cotidiana como trabajar, pagar servicios públicos, ir al mercado, entre otros. También la carga emocional que esta responsabilidad les atribuye puesto que los enfermos mentales de acuerdo a las características propias de su diagnóstico, muestran en la mayoría de ocasiones dificultades en la adherencia al tratamiento porque sus pensamientos se encuentran alterados por lo cual se debe estar pendiente de sus medicamentos en las horas apropiadas y de que realmente los ingieran, como también de su aseo personal porque es frecuente que ellos se descuiden en cuanto apariencia y presentación, se debe supervisar las actividades que realicen en todo momento porque pueden salir de la casa sin intención aparente y luego perderse y empezar a deambular sin rumbo fijo; y brindarles alimentación sana y en cantidades apropiadas debido a que el consumo de fármacos antipsicóticos normalmente trae como efecto secundario el aumento del apetito, motivo por el cual comen exageradamente.

Sin mencionar las condiciones socioeconómicas en las que se encuentra la persona antes de ser cuidadora, es decir la ocupación que tiene, el grado de escolaridad, el ingreso mensual que recibe, si tiene vivienda propia o vive en arriendo, si tiene pareja e hijos menores de edad, si suple sus necesidades básicas elementales o no, entre otros aspectos que toman relevancia en la medida que estas condiciones son las que pasan a ser también del enfermo mental debido a que este es el medio o contexto que le rodea y que en la mayoría de ocasiones debe asumir puesto que es dejado al cuidado de dicha persona que tiene la voluntad pero no necesariamente las condiciones mínimas para tener una buena calidad de vida.

Cuando un cuidador se convierte en la única persona que responde por el paciente, su economía se ve afectada puesto que de su bolsillo sale el dinero para pagar el traslado tanto de él como del paciente desde la casa hasta el hospital para que asista a los controles, si se requiere la compra de algún medicamento adicional él lo debe asumir, si se hospitaliza al paciente él debe visitarlo y llevarle sus implementos de aseo y alimentos, sin hablar del tiempo del que debe disponer para hacer una serie de trámites, autorizaciones, remisiones, facturación y demás.

Lo anteriormente mencionado empieza a tener trascendencia de acuerdo al grado de cercanía y al tipo de cuidados que le brinda el cuidador al paciente porque este

puede ser sólo de tipo material en donde se encarga de su alimentación, elementos de aseo y medicamentos pero no se encarga de brindarle un apoyo emocional, de escucharlo, de ser empático y comprenderlo, como tampoco de ser una compañía social ni nada similar.

Es importante entonces identificar si el paciente tiene o no quien cuide de él y si tiene quien lo cuide entonces caracterizar al cuidador del enfermo mental para saber quiénes son esos cuidadores y poderlos ayudar, ya que no existe esta información en la población de pacientes de la unidad mental de hospital universitario de Neiva para saber cuáles son esas condiciones sociodemográficas de dicho cuidador y de esta manera lograr identificar cuáles son sus mayores falencias, necesidades y de esta forma plantear mecanismos legales, sociales, comunitarios que permitan crear una red especializada de cuidadores a través de la cual se pueda obtener capacitación y financiación por parte del estado u otro tipo de entidades interesadas en ello.

Esto con el fin de que haya más conocimiento frente al tema de los cuidados que se le pueden o deben brindar a un paciente con enfermedad mental de acuerdo a las características particulares del diagnóstico y con el objetivo de que haya una adecuada adherencia al tratamiento promovida con la ayuda del cuidador y una asistencia continua a los controles y demás gestiones o programas en los que el paciente pueda participar como por ejemplo aquellos donde se vinculan a ejercicios ocupacionales. Además de detectar cual es el tipo de cuidado que se le brinda al paciente y fomentar la práctica de diferentes funciones como el apoyo emocional, compañía social, guía cognitiva, regulación social y en lo posible la aplicación de todos juntos para que de esta manera el paciente se sienta valorado, respetado, con un trato digno y empiece a mostrar mejoría en relación al tratamiento, control de los síntomas y de sí mismo, mejor adaptación y reinserción al medio y una rehabilitación adecuada, para que se cumpla lo que propone Sluzky cuando dice que “existe amplia evidencia de que una red social personal estable, sensible, activa y confiable es salutogénica, es decir, protege a la persona de las enfermedades, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida”<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> SLUZKI, Carlos. Redes el lenguaje de los vínculos. De cómo la red social afecta a la salud del sujeto y la salud del individuo afecta a la red social. Op cit., p. 114.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar a los cuidadores del enfermo mental hospitalizado en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Entre diciembre 2010 y enero 2011.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar las características sociodemográficas del enfermo mental hospitalizado como edad, sexo, estado civil, seguridad social, nivel educativo, lugar de procedencia (Dpto. y municipio), zona rural o urbana, tiempo de residencia en la vivienda actual, ocupación, tipo de ocupación dependiente o independiente, nivel de ingresos mensuales por la ocupación que realiza.

Identificar características clínicas del paciente con trastorno mental como diagnóstico, tiempo que lleva con el trastorno, y otros como si tiene cuidador, parentesco, número de cuidadores, tiempo transcurrido desde que esta persona le cuida, y para los pacientes que no tienen cuidador, manifestar las razones del porque esta situación.

Determinar las características sociodemográficas de los cuidadores del enfermo mental hospitalizado como edad, sexo, estado civil, seguridad social, nivel educativo, lugar de procedencia (departamento y municipio), tiempo de residencia en la vivienda actual, ocupación, tipo de ocupación dependiente o independiente, nivel de ingresos por la ocupación que realiza, nivel socioeconómico, nivel del sisben, subsidio de familias en acción u otro subsidio del estado.

Establecer las características y condiciones habitacionales de la vivienda donde habita el cuidador en relación a si la vivienda es arrendada, familiar o propia, número de habitaciones, número de habitantes por vivienda, material predominante en paredes, pisos y techo, si cuenta con servicio básico de energía eléctrica, alcantarillado, acueducto; cuando cocina lo hace con leña, estufa eléctrica o gas.

Describir características sobre el cuidado en cuanto a si el cuidador tiene conocimiento del desarrollo de la enfermedad, si el personal de salud le ha explicado en qué consiste el trastorno y sus síntomas, si cuida el paciente desde el diagnóstico, si las demás personas que viven en la vivienda participan en el cuidado, las horas diarias de cuidado y si está de acuerdo con la creación de una red especializada de cuidadores de pacientes con trastorno mental.

#### 4. ANTECEDENTES

A continuación se mencionan algunos estudios que se han realizado a nivel internacional y nacional que guardan una significativa relación con el Plan de investigación. Es importante mencionar que no se han encontrado estudios similares a nivel local.

En el ámbito internacional existen recopilaciones investigativas, dentro de las cuales es valioso destacar las siguientes:

En Cuba la investigación que se llevo a cabo con el objetivo de “describir características demográficas, sociales, psicológicas y otras de 61 cuidadores informales de personas que padecen demencia y que habían recibido atención en el Centro Iberoamericano para la Tercera Edad en La Habana, de 2004 a 2005”<sup>29</sup>.

Los resultados nos muestran que los cuidadores informales estudiados se caracterizaron por ser en su mayoría del sexo femenino, entre los 40 y 59 años, hijos de los enfermos, casados, sin vínculo laboral en un alto porcentaje y predominio de universitarios en la muestra. La mayoría de los cuidadores atendían al enfermo por razones afectivas, no tenían experiencia de cuidar a un enfermo crónico y llevaban menos de 1 año en esta labor, no tenían información acerca de la enfermedad, padecían de problemas nerviosos, óseos y musculares, entre otros y su estrategia de afrontamiento era, fundamentalmente, la búsqueda de apoyo externo. La afectación de índole socioeconómica se encontró mayormente en el poco tiempo libre, problemas económicos y conflictos familiares. Los sentimientos negativos más frecuentes fueron la angustia o aflicción, la ira, el miedo y la desesperanza.

Además los autores concluyen que los cuidadores informales tiene afectaciones múltiples relacionadas con la salud física y mental así como en el orden social y económico, por lo que se hace inminente la búsqueda de alternativas de apoyo puesto que, además de las dificultades planteadas, no cuentan con un mínimo de información acerca de la demencia y de los problemas que tiene el adulto mayor al que ofrecen sus cuidados, a pesar de tener un nivel de enseñanza superior en su mayoría.

---

<sup>29</sup> ESPIN ANDRADE, Ana Margarita. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cubana Salud Pública [online]. 2008, vol.34, n.3 [citado 2010-06-28], pp. 0-0. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000300008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-3466.

En Chile el estudio realizado sobre “caracterización y nivel de conocimiento del Cuidador informal de usuarios con dependencia severa adscritos al centro de salud Violeta Parra – Chillán”<sup>30</sup>

Dentro de las conclusiones muestra que El 97% de los cuidadores son mujeres con un promedio de edad de 55 años, una cifra importante de cuidadores no terminó sus estudios básicos (32%), el 24% finalizó la enseñanza media y un 13% alcanzó la educación superior completa, destacando que muy pocos estaban desempeñándose profesionalmente. Del total de cuidadores, la mayoría son dueñas de casa (52%), el 72% percibe tener una situación económica regular, siendo la minoría (5%) quienes refirieron tener una buena situación económica.

El 100% de los cuidadores recibió visitas domiciliarias por parte del equipo de cabecera del centro de salud Violeta Parra en los últimos 6 meses previo a la aplicación del instrumento. El 55% presentaba algún grado de sobrecarga, según entrevista de la carga del cuidador de Zarit, de este porcentaje (n=22) el 73% manifestaba una sobrecarga intensa y el 27% califica como sobrecarga leve. Se observa también en un 55% de los encuestados posibles casos de depresión, según la sub-escala de depresión de Goldberg. Un 34% lleva desempeñando el rol del cuidado entre 1 y 5 años, seguido por un 33% de ellos que llevaba más de 10 años como cuidador informal.

El 3% de los encuestados tuvo un nivel de conocimiento clasificado como malo, el 57% de ellos regular y el 40% restante como bueno, según evaluación del conocimiento del cuidador informal.

En nuestro país es posible hacer referencia a las investigaciones que se han llevado a cabo en Cartagena la primera con el objetivo de “Comparar las características de los cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas.”<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> BURGOS GARRIDO, Paola; FIGUEROA RODRÍGUEZ, Viviana, y otros. Caracterización y nivel de conocimiento del cuidador informal de usuarios con dependencia severa adscritos al centro de salud Violeta Parra – Chillán *Theoria* [en línea] 2008, 17 (Sin mes). consulta: (28 de junio de 2010) Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29911533002>> ISSN 0717-196X

<sup>31</sup> MONTALVO PRIETO, Amparo y FLOREZ TORRES, Inna E. Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena (Colombia): Un estudio comparativo. *Salud, Barranquilla*. [online]. jul./dic. 2008, vol.24, no.2 [citado 28 Junio 2010], p.181-190. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522008000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522008000200004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0120-5552.

Participaron 294 cuidadores. Un total de 85 cuidadores de pacientes con Alzheimer; 96, de niños en situación de discapacidad; 58, de pacientes con enfermedad cerebrovascular; y 55, de personas que conviven con el virus del VIH-sida. Dentro de los resultados se encontró heterogeneidad entre las características de los cuidadores de personas que conviven con el virus del VIH y los tres grupos de cuidadores restantes en la ciudad de Cartagena.

La segunda que “Estableció las características y la habilidad de cuidado del cuidador familiar principal del paciente con Alzheimer en la ciudad de Cartagena”<sup>32</sup>.

Este es un estudio descriptivo de abordaje cuantitativo a 84 cuidadores de pacientes con Alzheimer, en la ciudad de Cartagena y pueblos aledaños, de diferente género y estrato social, que acuden como usuarios a la institución hospitalaria Fundación Instituto de Rehabilitación del Epiléptico (FIRE). Los instrumentos utilizados, "Inventario de la habilidad de cuidado (CAI)" de Ngozi Nkongho, cuya confiabilidad se validó en su versión al español, permitió hacer la medición de la dimensiones conocimiento, valor y paciencia de la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares, y caracterizarlos con la encuesta "Caracterización de los cuidadores". Los hallazgos confirman lo expuesto en la literatura acerca de las similitudes que presentan los cuidadores en cuanto a género, edad, relación familiar y la baja habilidad de los cuidadores familiares relacionadas con el conocimiento, el valor y la paciencia en el cuidado de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. Los resultados sugieren la necesidad de fortalecer en los cuidadores familiares la habilidad de cuidado en las tres dimensiones, mediante la organización de grupos de apoyo.

Otro de los estudios realizados en Colombia es el de la Universidad del Cauca que tiene como objetivo “Caracterizar el cuidador principal de los pacientes con discapacidad neurológica”.<sup>33</sup>

Allí se realizó un estudio descriptivo transversal realizado con 16 cuidadores principales de pacientes con discapacidades neurológicas atendidas por el programa de fisioterapia en la Universidad del Cauca.

---

<sup>32</sup> MONTALVO PRIETO, AMPARO ASTRID. Los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado, en la ciudad de Cartagena. *av.enferm.* [online]. 2007, vol.25, n.2 [cited 2010-06-28], pp. 90-100 . Available from: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002007000200009&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002007000200009&Ing=en&nrm=iso)>. ISSN 0121-4500.

<sup>33</sup> UNIVERSIDAD DEL CAUCA. Caracterización del cuidador principal de pacientes con discapacidad de origen neurológico. *Rev. facultad de salud* [online]. 2009 marzo, vol. 11 n. 1 [citado 2010-06-28] disponible en: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/Revista/1101032009.html>

La información se obtuvo de un estudio de las variables sociodemográficas y características personales, también se determinó la carga física y emocional del cuidador principal. Dentro de los resultados se encontró que el 100% de los cuidadores eran mujeres, de los cuales 93,7% son madres, la ocupación después de tomar el cuidado de los pacientes eran amas de casa (75%). Se determinó que 81,3% de los cuidadores no presentó la sobrecarga emocional, mientras que el 18,8% mostró una ligera sobrecarga. En la evaluación física se puso de manifiesto que el nivel de riesgo fue mayor en el 12,5% de los cuidadores durante la actividad de baño, mientras que para la movilidad se presenta un nivel de riesgo promedio de 50%<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> UNIVERSIDAD DEL CAUCA. Caracterización del cuidador principal de pacientes con discapacidad de origen neurológico. Op. cit., p., 2-4

## 5. MARCO CONCEPTUAL

### 5.1 SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos presenta la siguiente definición de salud: “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”<sup>35</sup> y a su vez nos plantea que la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad<sup>36</sup>. Se conoce también como el equilibrio entre la persona y su entorno sociocultural que puede afectar a la familia, la escuela, lugar de trabajo y/o las actividades de ocio<sup>37</sup>.

A diferencia de ello la enfermedad mental se considera como una derrota personal y familiar de la cual se siente temor de hablar, de enfrentar la situación y se guarda la esperanza de que nunca lleguemos a vivirla de manera directa o indirecta<sup>38</sup>. Es así como las personas mentalmente alteradas sufren en soledad su condición personal por temor a ser rotuladas, aisladas o excluidas socialmente, porque son vistas como personas agresivas, violentas, que no tienen esperanza de cura y como individuos débiles de carácter y personalidad con dificultad para afrontar y superar situaciones estresantes<sup>39 40</sup>.

Por lo tanto la salud o enfermedad tiene que ver con la situación del hombre en su mundo, relaciones consigo mismo, con los otros y con la naturaleza. Como dice DUCH y MELIEH<sup>41</sup>, debe buscarse el mundo verdadero porque el hombre que ha encontrado su mundo es en el sentido más profundo del término, saludable y

---

<sup>35</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración de Alma-Mata de 1978

<sup>36</sup> Ibid, p.4

<sup>37</sup> Ibid, p.5

<sup>38</sup> Ibid ,p.19

<sup>39</sup>Ibid, p.19

<sup>40</sup> ALVARES LÓPEZ, Marcelino. XII Jornadas de salud mental y justicia. Una relación compleja e imprescindible para la atención sanitaria y social a personas con trastornos mentales graves. Aracena 4-5 de octubre 2007 p.9

<sup>41</sup> DUCH Luis y MELIEH, Joan Carlos. Antropología de la vida cotidiana. Abadie de Monserrat. Enero 2003. Pág. 3.

armonioso, al igual que el hombre que ha de vivir en un mundo desestructurado y extraño, inevitablemente es infeliz, enfermo y a menudo angustiado”.

Son obstáculos a la salud mental, la enfermedad física, la violencia, la pobreza, la discriminación social, las malas condiciones ambientales, sociales y económicas<sup>42</sup>.

“Los trastornos mentales irrumpen en el tránsito entre la adolescencia y la primera adultez y comprometen muchos aspectos de la vida así como puede tener por esto consecuencias desastrosas por su magnitud, amplitud y duración, tanto para la persona como para la familia y la sociedad. Aunque la prevalencia es relativamente baja (un poco más del 1%) si se le compara con otras enfermedades, el impacto expresado como carga de enfermedad es muy alto y los costos también”<sup>43</sup>. Por lo tanto muchas intervenciones en pro de la salud mental pueden y deben ser atendidas por las redes sociales locales (acompañamiento, apoyo emocional, inclusión social y participación ciudadana). Se deben tener en cuenta: el ambiente de las vivencias subjetivas de bienestar o malestar, el ámbito de las relaciones personales y sociales, y el ámbito de condiciones físicas y socioeconómicas de existencia, a esto se suma la crisis de las instituciones, crisis del trabajo y las crisis del sujeto donde se genera malestar, angustia, depresión, duda, desunión donde se rompen las estructuras básicas de la sociedad<sup>44</sup>. Es en ese sentido donde toma real importancia identificar las características del cuidador del enfermo mental para comprender la naturaleza de las relaciones y vínculos establecidos con personas y organizaciones quienes hacen del hombre su razón de ser, pues le dan su lugar e identidad.

La presencia de enfermedad especialmente la de tipo crónico a nivel mental como la esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, entre otros; tiende a afectar negativamente a la red social, evento que debilita al enfermo y, como consecuencia el sujeto reduce iniciativa de actividad de la red<sup>45</sup>. Lo que es a la larga, suficiente para reducir la participación de los otros, cosa que desvitaliza el intercambio personal, en una suerte de círculo vicioso, hecho que se agudiza en el enfermo mental ya que por definición este es difícil para la vida de relación y suele

---

<sup>42</sup> SAXENA, Sherhar; LLOPIS, Eva Jané y HOSMAN, Clemen. Prevención de los trastornos mentales y del comportamiento: implicaciones para la política sanitaria y la práctica clínica. Op cit., p.6

<sup>43</sup> GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA. Secretaria Departamental de Salud. Proyecto fortalecimiento del componente de Salud Mental de Política de Salud Pública “salud es vida, inclusión con equidad” Cali, Diciembre de 2007.

<sup>44</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Op cit., p.19

<sup>45</sup> SLUZKI, Carlos. Redes el lenguaje de los vínculos. Op cit., 114

ser estigmatizado por la sociedad y por las instituciones<sup>46</sup>; además también se reduce la reciprocidad, es decir la persona enferma tiene menos posibilidad de ofrecer comportamientos recíprocos con las personas que la cuidan (no pueden cuidar cuando son cuidados), y ocurre que muchos vínculos están basados precisamente en ese principio de equidad o reciprocidad<sup>47</sup>.

“La promoción de la salud mental persigue la potenciación de una salud mental positiva mediante el incremento del bienestar psicológico, la competencia y la resiliencia, así como a través de la creación de condiciones de vida y entornos que faciliten estos elementos. La prevención de la enfermedad mental tiene como objetivo la reducción de los síntomas y, en última instancia, de la incidencia de las enfermedades mentales. Utiliza estrategias de promoción de la salud mental como uno de los medios para alcanzar estos objetivos. Aunque se dirige fundamentalmente hacia la potenciación de una salud mental positiva en la comunidad, la promoción de la salud mental también puede producir, como resultado secundario, la disminución de la incidencia de los trastornos mentales. La salud mental positiva es un potente factor de protección frente a la enfermedad mental. Sin embargo, los trastornos mentales y la salud mental positiva no deben ser considerados como los extremos opuestos de una escala lineal sino más bien como dos componentes interrelacionados de un único concepto de salud mental. Los elementos de prevención y promoción están presentes a menudo en los mismos programas y estrategias, implican la realización de actividades similares, y dan lugar a resultados diferentes pero complementarios”<sup>48</sup>.

Existe una evidencia sólida referida a los factores de riesgo y de protección, así como a la vinculación de estos con el desarrollo de los trastornos mentales.<sup>25, 26.</sup>

Los factores de riesgo y de protección pueden ser de índole individual, familiar, social, económica o ambiental. Es principalmente el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo la inexistencia de factores de protección y la interrelación entre las situaciones de riesgo y de protección, lo que predispone a los individuos a recorrer, progresivamente, el camino desde una situación de salud mental hacia un incremento de la vulnerabilidad, un problema mental y, finalmente, el padecimiento de un trastorno mental verdadero (ver Tabla 1). Los principales determinantes socioeconómicos y ambientales de salud mental están

---

<sup>46</sup> GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA. Secretaria Departamental de Salud.

<sup>47</sup> SLUZKI, Carlos. Redes el lenguaje de los vínculos. Op cit., 114

<sup>48</sup> SAXENA, Sherhar. LLOPIS, Eva Jané y HOSMAN, Clemen. Prevención de los trastornos mentales y del comportamiento: implicaciones para la política sanitaria y la práctica clínica. Op cit., p.5

relacionados con diversas cuestiones macroeconómicas, como la pobreza, la guerra y la injusticia<sup>49</sup>.

---

<sup>49</sup>SAXENA, Sherhar; LLOPIS, Eva Jané y HOSMAN, Clemen. Prevención de los trastornos mentales y del comportamiento: implicaciones para la política sanitaria y la práctica clínica. Op, Cit., p.6

**Tabla 1.** Factores de riesgo y factores de protección relativos a la salud mental y a los trastornos mentales<sup>50</sup>. (World Psychiatry 2006)

<b>Factores de riesgo</b>	<b>Factores de Protección</b>
<p><b>Biológicos</b>                      Complicaciones perinatales                      Desequilibrios neuroquímicos                      Dolor crónico                      Embarazo prematuro                      Enfermedades medicas                      Factores genéticos de riesgo                      Insomnio crónico                      Peso corporal bajo al nacer</p>	<p><b>Psicológicos</b>                      Autoestima                      Autonomía                      Capacidad de adaptación                      Capacidad de control social y de control de los conflictos                      Capacidad de solución de problemas                      Capacidad para encarar la adversidad                      Capacidad para superar el estrés                      Comportamiento social positivo                      Conocimiento de la lectura y la escritura                      Control del estrés                      Desarrollo socioemocional                      Estimulación cognitiva temprana                      Habilidad para encarar la vida                      Realización de ejercicio físico                      Relaciones positivas y vínculos colegio                      Sentimientos de control y dominio                      Sentimientos de seguridad</p>
<p><b>Psicológicos</b>                      Alteraciones de la comunicación                      Déficit de atención                      Dificultades de lectura                      Discapacidades sensoriales o problemas orgánicos                      falta de competencia social                      fracaso escolar y desmoralización en el tempranos                      habilidades y hábitos laborales y poco desarrollados                      inmadurez y descontrol emocionales                      soledad                      uso excesivo de sustancias</p>	<p><b>Sociales</b>                      Apoyo social de la familia y amigos                      Comportamiento materno seguro durante el embarazo                      Crianza adecuada por parte de los padres                      Interacciones padres-hijo positivas                      Pertenencia a comunidades seguras y solidarias                      Promoción de la salud mental en el colegio y en el lugar de trabajo</p>
<p><b>Sociales</b>                      Abuso de ancianos                      Abuso de sustancias por parte de los padres                      Abuso y abandono infantiles                      Acontecimientos vitales estresantes                      Conflictos familiares o desorganización Familiar                      Exposición a la agresión, la violencia y los raumatismos                      Necesidad de cuidar a pacientes con enfermedades crónicas o demencia                      padecimiento de enfermedad mental por parte de los padres                      perdida de personas queridas, duelo                      pertenencia a una clase social baja                      uso de sustancias durante el embarazo</p>	

<sup>50</sup> SAXENA, Sherhar; LLOPIS, Eva Jané y HOSMAN, Clemen. Prevención de los trastornos mentales y del comportamiento: implicaciones para la política sanitaria y la práctica clínica. Op cit., p.7

En las personas de baja situación socioeconómica, la satisfacción de las necesidades de alimento, vivienda, instrucción y salud se realiza de un modo insuficiente o inadecuado; las distintas formas de privación hacen que estas personas no puedan llevar la vida que todo el mundo considera adecuada <sup>51</sup>

Actualmente, cerca de 450 millones de personas están afectadas por un trastorno mental o de la conducta. De acuerdo con la Carga Global de las Enfermedades 2001 de la OMS, el 33% de los años vividos con discapacidad son causados por los trastornos neuropsiquiátricos, amén de un 2,1% debido a lesiones autoinfligidas (Ver figura1). Solo el trastorno de depresión unipolar causa 12,15% de años vividos con discapacidad y constituye la tercera causa contribuyente a la carga global de las enfermedades. Cuatro de las seis causas más frecuentes de años vividos con discapacidad son la depresión, los trastornos debidos al uso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar <sup>52</sup>.

**Figura 1.** Años vividos con discapacidad.

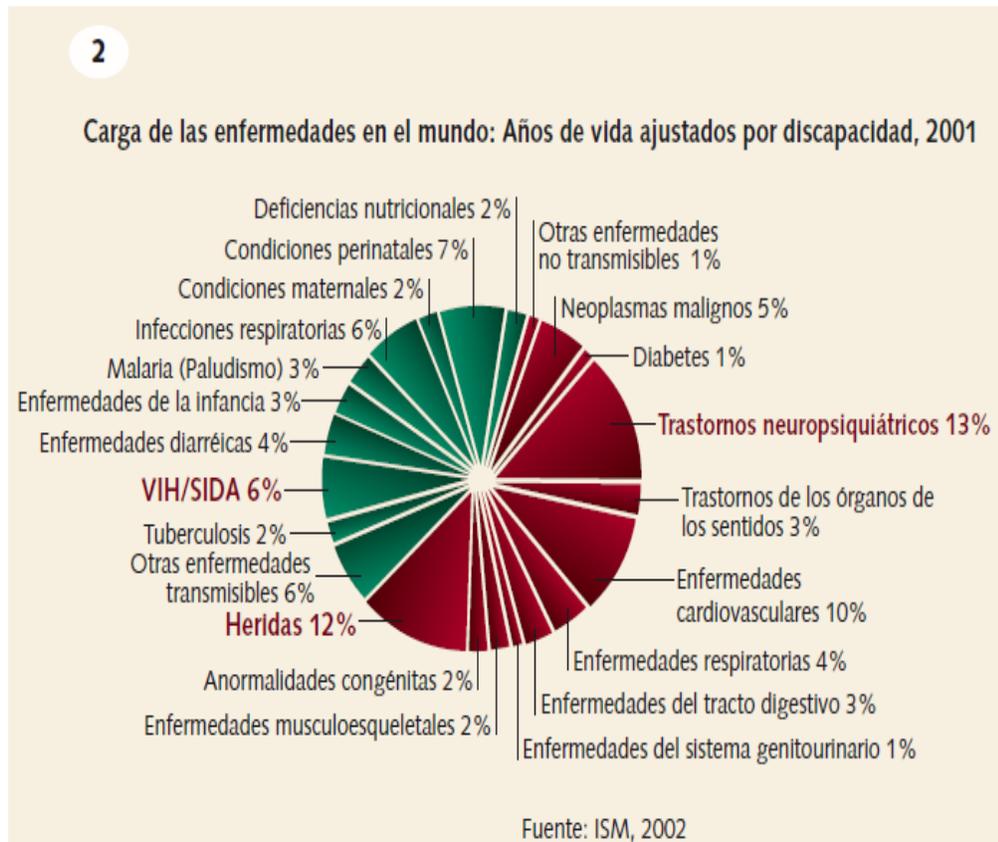


<sup>51</sup> SAXENA, Sherhar; LLOPIS, Eva Jané y HOSMAN, Clemen. Prevención de los trastornos mentales y del comportamiento: implicaciones para la política sanitaria y la práctica clínica. Op cit., p.5

<sup>52</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2004. Invertir en salud. Op cit., capítulo 2 p.8

A las condiciones neuropsiquiátricas se les imputa el 13% de los años de vida ajustados por discapacidad, a las lesiones autoinfligidas el 3,3% y al VIH/SIDA otro 6% (Ver figura2). Estas dos últimas causas incluyen un componente conductual.<sup>53</sup>

**Figura 2.** Carga de las enfermedades en el mundo



Señalar que estas cifras, ahora bastantes conocidas, se acompañan de un inmenso sufrimiento humano<sup>54</sup>.

- Más de 150 millones de personas sufren de depresión en un momento dado.

<sup>53</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2004. Invertir en salud. Op cit., capítulo 2 p.8

<sup>54</sup> Ibid. p. 8

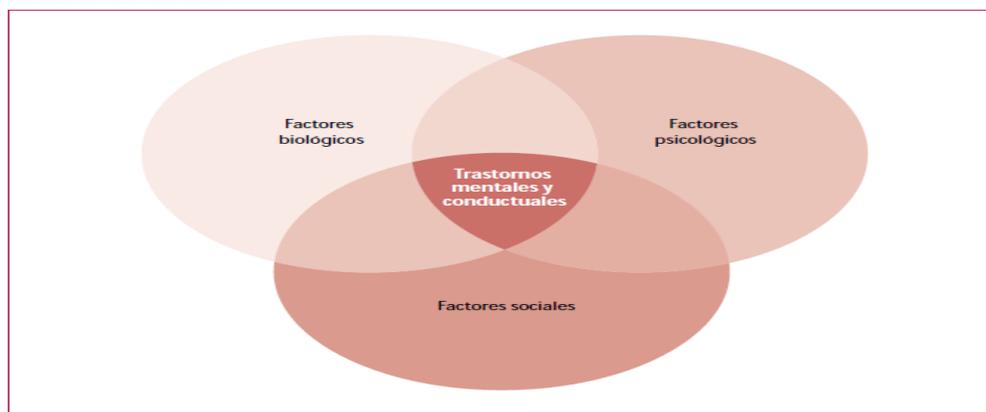
- Cerca de 1 millón se suicidan cada año.
- Alrededor de 25 millones de personas sufren de esquizofrenia.
- 38 millones están afectadas por la epilepsia.
- Más de 90 millones sufren de trastornos causados por el uso de alcohol y las drogas.

El número de individuos con trastornos probablemente aumentará con el envejecimiento de las poblaciones, y como resultado de conflictos sociales. Esta carga creciente implica un costo enorme en términos de sufrimiento, discapacidad y miseria<sup>55</sup>.

Sabemos hoy que la mayor parte de las enfermedades, tanto psíquicas como orgánicas, están influidas por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales (Ver figura 3). Sabemos que los trastornos mentales y del comportamiento asientan en el cerebro. Sabemos que afectan a personas de todas las edades en todos los países y son causa de sufrimiento tanto para las familias y las comunidades como para los individuos<sup>56</sup>.

**Figura 3.** Interacción de factores biológicos y sociales en la aparición de trastornos mentales.

**Figura 1.1** Interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales en la aparición de trastornos mentales

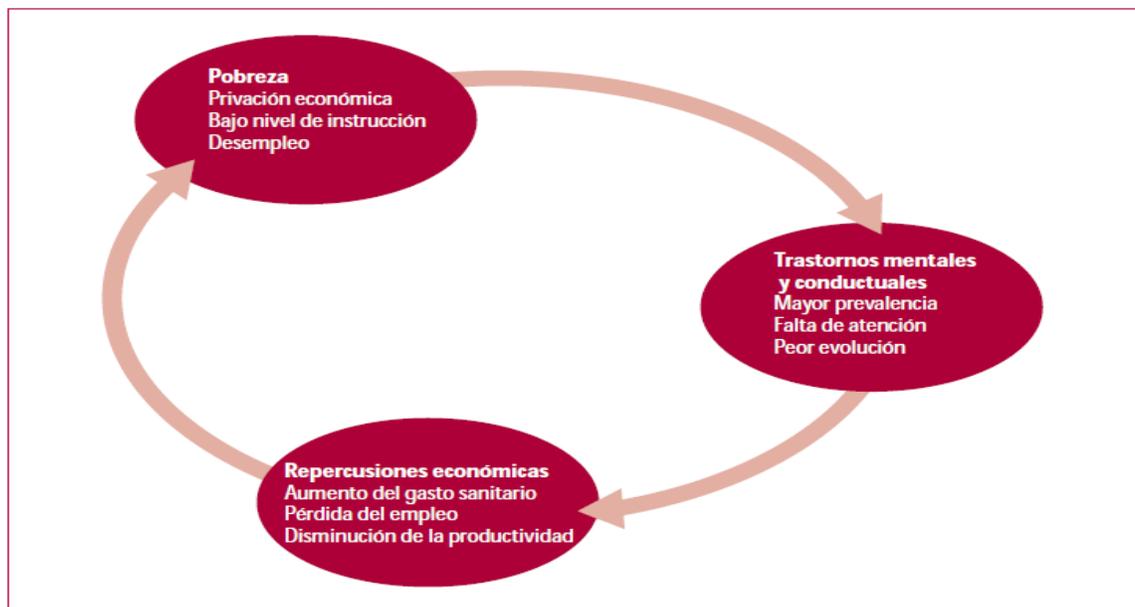


<sup>55</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2004. Invertir en salud. Op cit., capítulo 2 p.8

<sup>56</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre salud en el mundo 2001. Op cit., capítulo 1 p.3-4

La relación entre pobreza y salud mental es compleja y multidimensional (figura 1.4). Según su definición más estricta, la pobreza consiste en la carencia de dinero o posesiones materiales. En términos más amplios, y quizá más apropiados para hablar de los trastornos mentales y del comportamiento, la pobreza puede entenderse como la insuficiencia de medios, lo que comprende la falta de recursos sociales o educativos. La pobreza y las situaciones que conlleva, como el desempleo, la baja instrucción, las privaciones y la falta de un hogar, no sólo abundan en los países pobres, sino que afectan también a una minoría considerable en los países ricos. Entre las víctimas de la pobreza y las privaciones es mayor la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento, incluidos los asociados al abuso de sustancias psicotrópicas. Esta mayor prevalencia puede explicarse por la acumulación de causas de trastornos mentales entre los pobres, así como por la transición de los enfermos mentales hacia la pobreza.

**Figura 4.** El círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales



## 5.2 EL CUIDADOR

FLÓREZ LOZANO dice que: El cuidador es “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”<sup>57</sup>

A partir de esta definición general de cuidadores, se impone la diferenciación de los cuidadores directos, en *cuidadores informales y formales*.

*Los cuidadores “informales”*<sup>58</sup> no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos.

Algunos autores han señalado el carácter de *cuidador principal* (Anderson, 1987, en Flórez Lozano et al, 1997) de estos cuidadores, por lo general desempeñado por el cónyuge o familiar femenino más próximo. Los cuidadores principales o *primarios* son los que asumen su total responsabilidad en la tarea, pasando por diferenciaciones progresivas esta situación según la ayuda, formal o informal, que reciban. A diferencia de los cuidadores primarios, los *secundarios* no tienen la responsabilidad principal del cuidado de los ancianos (Stone et al, 1987, en Flórez Lozano et al, 1997).

Se denomina “*cuidador formal*”<sup>59</sup> a toda aquella persona que cuida en forma directa a las personas dependientes en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo una paga o beneficio pecuniario por su trabajo. Entre los cuidadores formales se incluyen entonces a los profesionales que trabajan en establecimientos destinados a prestar servicios de salud y los responsables de esos establecimientos: encargados, directores y propietarios.

---

<sup>57</sup> DE LOS REYES, María Cristina. Construyendo el concepto cuidador de ancianos. En: IV REUNION DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur Noviembre.2001.Curitiba.Brasil Consultado: (28 de junio 2010) Disponible en internet: <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/06CuidadoresdeAncianos.pdf>

<sup>58</sup> DE LOS REYES, María Cristina. Construyendo el concepto cuidador de ancianos. En: IV REUNION DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL. Op, Cit.,

<sup>59</sup> *Ibíd.* p.

En consecuencia, cuando los cuidadores son informales se debe tener en cuenta elementos como “informarse adecuadamente sobre el proceso que afecta al enfermo y su posible evolución, orientarse sobre cómo hacer frente a las carencias progresivas y a las crisis que puede tener la enfermedad, saber organizarse, valorar los recursos de los que dispone (apoyo físico de otras personas, la disponibilidad de tiempo y los deseos de compartir el cuidado que tienen otros miembros de la familia), conocer cómo obtener ayuda (amigos, asociaciones de voluntariado), mantener, si es posible, sus actividades habituales, cuidarse, planificar el futuro.”<sup>60</sup>

Los miembros de la familia son, con frecuencia, los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales. Como tal, ellos proveen apoyo emocional e instrumental, y con no menor frecuencia también deben afrontar los costos financieros asociados con el tratamiento y la atención.

El papel de la familia y los cuidadores informales se extiende ahora, más allá de la asistencia cotidiana, a la promoción de los intereses de los enfermos mentales. Dicha promoción ha sido determinante para modificar la legislación relativa a la salud mental en algunos países y mejorar los servicios y desarrollar redes de apoyo en otros <sup>61</sup>.

Además el trabajo de cooperación con las familias para reducir las recaídas se ha visto siempre no como un sustituto, sino como un complemento de la medicación de mantenimiento. De hecho, está demostrado que la terapia familiar añadida a la medicación antipsicótica es más eficaz que la medicación por sí sola para prevenir las recaídas en la esquizofrenia <sup>62</sup>.

### **5.3 ENFERMEDADES MENTALES**

Se acoge el diagnóstico establecido para el paciente con base en el CIE-10 y DSM-IVR. Sin embargo a continuación se mencionan algunos aspectos relevantes sobre los trastornos mentales y conductuales.

---

<sup>60</sup> ASTUDILLO A, Wilson y MENDINUETA A, Carmen. Necesidades de los cuidadores del paciente crónico: derechos de los enfermos y cuidadores. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa. p.237-244

<sup>61</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre salud en el mundo 2001. Op cit., capítulo 2 p.57

<sup>62</sup> *Ibíd.* p. 57

“Los trastornos mentales y conductuales se consideran afecciones de importancia clínica, caracterizadas por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad (emociones) o del comportamiento asociadas a angustia personal, a alteraciones del funcionamiento o a ambos. No son sólo variaciones dentro de la «normalidad», sino fenómenos claramente anormales o patológicos. Un episodio de comportamiento anormal o un breve periodo de afectividad anormal no son signos, por sí solos, de la existencia de un trastorno mental o del comportamiento. Para clasificarse como trastornos, estas anomalías deben ser duraderas o recurrentes, y deben causar cierta angustia personal o alteraciones del funcionamiento en una o más facetas de la vida. Los trastornos mentales y conductuales se caracterizan también por síntomas y signos específicos, y suelen seguir una evolución espontánea más o menos previsible, salvo si se llevan a cabo intervenciones terapéuticas”<sup>63</sup>.

Los trastornos mentales y conductuales tienen un gran impacto sobre los individuos, las familias y las comunidades. Los individuos padecen sus síntomas angustiosos, y sufren también porque no pueden participar en las actividades laborales y de ocio, generalmente porque se les discrimina. Les preocupa no poder asumir sus responsabilidades respecto de la familia y los amigos, y temen ser una carga para los demás<sup>64</sup>.

Las familias se ven obligadas a menudo a dedicar gran parte de su tiempo a asistir al familiar afectado, y sufren privaciones económicas y sociales porque éste no es plenamente productivo. Existe también el temor constante a que la recidiva de la enfermedad pueda perturbar de forma súbita e inesperada las vidas de los miembros de la familia<sup>65</sup>.

Considerando únicamente el componente de discapacidad de la carga, las estimaciones del GBD 2000 muestran que las enfermedades mentales y neurológicas son responsables del 30,8% de todos los años de buena salud perdidos por discapacidad (APD). En concreto, la depresión causa la mayor proporción de discapacidad: casi el 12% del total. Entre las 20 primeras causas de discapacidad (APD) en el mundo figuraban seis enfermedades neuropsiquiátricas: el trastorno depresivo unipolar, los trastornos por consumo de alcohol, la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar, la enfermedad de Alzheimer y otras

---

<sup>63</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2004. Invertir en salud. Op cit., capítulo 2 p.24-25

<sup>64</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre salud en el mundo 2001. Op cit., capítulo 2 p.24-25

<sup>65</sup> *Ibíd.* p.24-25

demencias, y la migraña. La tasa de discapacidad por trastornos mentales y neurológicos es elevada en todas las regiones del mundo<sup>66</sup>. De acuerdo a lo anterior y según la OMS, discapacidad dentro de la experiencia de salud, es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.»<sup>67</sup> En este sentido podemos observar el Modelo de discapacidad aplicado a la esquizofrenia, que nos muestra como a partir del campo tradicionalmente asignado a la enfermedad, van encadenándose repercusiones sobre el nivel de funciones concretas («deterioro» o «deficiencia»), el personal o individual («discapacidad») y el de su relación con el entorno social («minusvalía» o «desventaja»). Repercusiones que se ven progresivamente influidas por factores sociales de diverso tipo<sup>68</sup>.

**Figura 5.** Modelo de discapacidad aplicado a la esquizofrenia

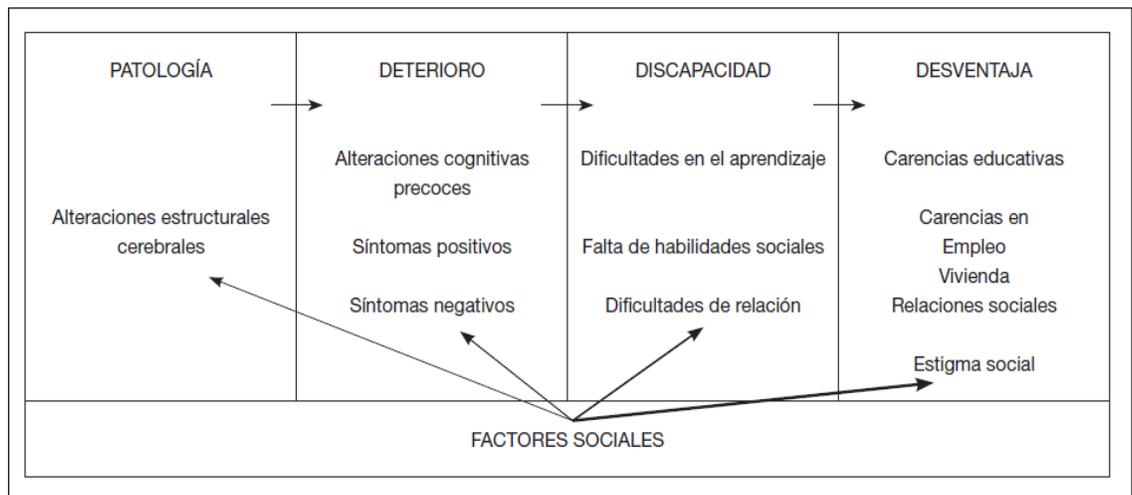


Fig. 1. Modelo de discapacidad aplicado a la esquizofrenia, modificado de Liberman<sup>42</sup>.

<sup>66</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre salud en el mundo 2001. Op cit., capítulo 2 p.26

<sup>67</sup> GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE. Op cit., p.96

<sup>68</sup> LOPEZ, M. LAVIANA; M. LOPEZ, A et al. El sistema para la autonomía y la atención a la dependencia y las personas con trastorno mental grave. Publicación oficial de la federación española de asociaciones de rehabilitación psicosocial (fearp) [www.fearp.org](http://www.fearp.org) volumen 4, número 1 enero-junio 2007 p.11-19

El impacto económico de los trastornos mentales es amplio, duradero y de gran magnitud. Estos trastornos imponen una serie de costos a los individuos, las familias y las comunidades en su conjunto<sup>69</sup>

Los trastornos mentales y conductuales perturban profundamente la vida de las personas afectadas y de sus familias. En varios estudios se ha informado sobre la calidad de vida de individuos con trastornos mentales y se ha concluido que el impacto negativo no sólo es importante, sino prolongado (UK700 Group 1999).

Se ha demostrado que, incluso después de que el paciente se haya recuperado del trastorno mental, la calidad de vida sigue siendo mala debido a factores sociales como la persistencia del estigma y la discriminación<sup>70</sup>.

**Figura 6.** Necesidades de las personas con trastornos mentales



Así como conocemos las necesidades que presentan las personas con trastorno mental, así mismo debe brindárseles los mecanismos para satisfacerlas y que obtengan una adecuada reintegración social, familiar, personal y laboral. Esto se logra a través del tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y de otro elemento

<sup>69</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre salud en el mundo 2001. Op cit., capítulo 2 p.26

<sup>70</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre salud en el mundo 2001. Op cit., capítulo 2 p.29

muy importante que se conoce como la rehabilitación psicosocial; este es un «Proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que los permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible»<sup>10</sup> e implica un espectro de programas de intervención psicosocial y social para personas que sufren de manera continuada trastornos mentales graves, en especial esquizofrenia.<sup>71</sup>

---

<sup>71</sup> RODRÍGUEZ, A.; MUÑOZ, M. y PANADERO, S. Descripción de una red de recursos de atención social para personas con enfermedad mental grave y crónica: el caso de la comunidad de Madrid. Publicación oficial de la federación española de asociaciones de rehabilitación psicosocial (FEARP) Rehabilitación Psicosocial. Volumen 4, Numero 1 Enero – Junio 2007. p.41-47

## 6. DISEÑO METODOLOGICO

### 6.1 TIPO DE ESTUDIO

**6.1.1 Estudio cuantitativo descriptivo**<sup>72</sup>: porque describió de modo sistemático las características de una población, situación, área de interés o acontecimientos; y básicamente no comprobó explicaciones, ni probó determinadas hipótesis. Además tuvo en cuenta la prevalencia de las enfermedades mentales y describió las características del cuidador.

**6.1.2 Prospectivo Corte transversal**<sup>73</sup>: porque la recolección de la información se realizó en un solo momento en el tiempo durante los meses de diciembre 2010 y enero de 2011.

### 6.2 LUGAR

La Unidad Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo que es una institución de 4to. Nivel de atención que brindó sus servicios asistenciales a la población tanto del departamento del Huila, como Caquetá y Putumayo, en lo correspondiente a sus áreas rural y urbana.

### 6.3 POBLACIÓN

La población estuvo compuesta por los pacientes hospitalizados en la Unidad Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva durante los meses de diciembre 2010 y enero de 2011.

### 6.4 MUESTRA

No probabilística, no representativa por conveniencia, esto hace referencia a que no hay tamaño de muestra porque no se va a comparar ni a inferir sobre el

---

<sup>72</sup> ARGIMON PALLAS, José María y JIMÉNEZ VILLA, Josep. Métodos de investigación clínica Y epidemiológica. Capitulo 3 p. 49

<sup>73</sup> ARDILA, Enrique; SÁNCHEZ, Ricardo y ECHEVERRY, Jairo. Estrategias de investigación en medicina clínica. El manual moderno. p. 107

universo. Cuando hablamos de muestreo por conveniencia por definición nos indica que esta sesgado a entrevistar a quienes encuentre aptos para responder la encuesta de acuerdo a los criterios de inclusión. Durante el mes de diciembre de 2010 se atendieron en la Unidad a 51 pacientes hospitalizados y en el mes de enero 2011 a 60; que en total suman 111 pacientes de los cuales se encuestaron a 40 de ellos por cumplir con los criterios de inclusión. La cantidad de pacientes entrevistados pudo ser diferente sin embargo la población es poco cambiante es decir que 1 paciente dura varios días o semanas por lo tanto fue frecuente en cada día de visita encontrar a los mismos pacientes que estaban aptos y a los que no.

## 6.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	SUBVARIABLE	CATEGORÍAS	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES
<b>Edad</b>	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento		Número de años	Numérico	Porcentajes
<b>Sexo</b>	Genero del paciente		Masculino Femenino	Nominal	Porcentajes
<b>Seguridad social</b>	Sistema de vinculación a los servicios de salud		Contributivo Subsidiado Vinculado Desplazado No tiene	Nominal	Porcentajes
<b>Lugar de residencia</b>	Sitio donde vive		Nombre del municipio o ciudad de donde vive	Nominal	Porcentajes
<b>Condiciones de vivienda</b>	Características de la vivienda	Habitaciones	Número de habitaciones	Numérico	Porcentajes
		Personas que viven	Número de personas	Numérico	
		Piso	Tierra Baldosa Cemento Madera	Nominal	
		Techo	Zinc Machimbre Palmiche	Nominal	
		Paredes	Bareque Material Madera	Nominal	
		Servicios públicos	Acueducto Alcantarillado electricidad	Nominal	
		Cocina	Leña Gas Corriente	Nominal	
<b>Vinculo</b>	Tipo de relación que los une		Familia Amistad	Nominal	Porcentajes

			Relaciones laborales Relaciones comunitarias		
<b>Ocupación</b>	Actividad a la que dedica la mayor parte del día y generalmente genera ingresos		Trabajador dependiente Trabajador independiente Hogar Desempleado	Nominal	Porcentajes
<b>Estrato socioeconómico</b>	Nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida.		1 2 3 4 5	Nominal	Porcentajes
<b>Nivel educativo</b>	Es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal.		Primaria Secundaria Universitarios	Nominal	Porcentajes
<b>Enfermedades mentales</b>	Una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo.	Esquizofrenia Trastorno afectivo bipolar Trastorno depresivo	CIE-10	Nominal	Porcentajes

**6.5.1 Criterios de inclusión.** Pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental, mayores de 18 años, que no estuvieron sedados al momento de la entrevista, referidos como aptos por el psiquiatra y que consintieron participar.

**6.5.2 Criterios de exclusión.** Pacientes que no estuvieran hospitalizados, menores de 18 años que no fueron aptos para la entrevista o que estuvieron sedados; en cuanto a los cuidadores algunos criterios de exclusión fue el de no contar con los números telefónicos para la ubicación o que incluso al tener los números telefónicos estos no estuvieron en servicio o que la persona no consintió participar.

## **6.6 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Se aplicó una encuesta al paciente y otra al cuidador. El investigador fue la persona quien aplicó el instrumento durante los días de visitas que fueron los días lunes, miércoles, jueves, viernes, sábado y domingo en la Unidad de salud mental del hospital Universitario en el horario de 2:00pm hasta las 4:00 pm cada semana durante los meses de diciembre 2010 y enero 2011 hasta que se alcanzó la aplicación de la encuesta en un total de 40 pacientes y 28 cuidadores con previo consentimiento informado tanto de los pacientes como de los cuidadores que aceptaron participar del estudio, en algunos casos que no se entrevistó al cuidador personalmente, entonces se optó por hacer la entrevista de forma telefónica. De esta manera se entrevistó de forma personal a 19 cuidadores y por medio telefónico a 9, sin embargo de los 28 cuidadores entrevistados todos tienen medio telefónico a través del cual contactarlos en un 98% celular.

## **6.7 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION**

Se diseñó dos encuestas por parte del investigador como instrumentos de recolección (Anexo A y B) que se aplicaron una al paciente y otra al cuidador y adicionalmente se creó un formato con datos básicos que fueron extraídos de la historia clínica.

## **6.8 CODIFICACION Y TABULACION**

La tabulación de la información recepcionada se realizó sistematizándola en el programa Microsoft Excel y realizando su análisis mediante programa ANALYSIS.EXE (Epiinfo Versión 3.5.1) almacenando las variables y haciendo una óptima digitación de los datos.

## **6.9 FUENTES DE INFORMACIÓN**

Las fuentes de información para este trabajo fueron directas ya que se aplicó la encuesta al paciente y este refería si tenía o no cuidador para aplicarle la encuesta. Además se registró un formato de datos básicos que fueron extraídos de la historia clínica de los pacientes.

## **6.10 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Después de la recolección de la información y la sistematización, se realizó un análisis univariado e interpretación de los datos obtenidos con el fin de describir exhaustivamente las características sociodemográficas tanto de los pacientes como de sus cuidadores, las características de la vivienda de los cuidadores, las condiciones clínicas de los pacientes y las características sobre el cuidado.

## **6.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La presente investigación contempló las normas éticas que aplican según la Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; específicamente los contenidos en el Capítulo I, artículo 5,6,8,10 dentro del cual se resalta el artículo 14 y 15 que trata del consentimiento informado, el artículo 16 del consentimiento informado del sujeto pasivo de la investigación en su párrafo tres cuando es necesario determinar la capacidad mental de un individuo para otorgar su consentimiento, en su párrafo quinto cuando el sujeto de investigación es un enfermo psiquiátrico internado en una institución.

En cuanto al artículo 11 de la misma resolución se estableció que este estudio se está en la Categoría A que corresponde a Investigación sin riesgo ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio y se empleó la encuesta como instrumento.

En el capítulo III de las investigaciones de menores de edad y discapacitados en su artículo 25, 26 y 28 en su párrafo primero cuando el riesgo es mínimo, numeral A.

Esta investigación también contempló las normas éticas de que dispone la ley 1090 de 2006 "por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones". Específicamente en el Título II en su artículo 22 de los principios universales párrafo 9 donde el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos, Título III de la actividad profesional del psicólogo en su artículo 32 párrafo A en el Diseño, ejecución y dirección de investigación

científica, disciplinaria o interdisciplinaria, destinada al desarrollo, generación o aplicación del conocimiento que contribuya a la comprensión y aplicación de su objeto de estudio y a la implementación de su quehacer profesional, desde la perspectiva de las ciencias naturales y sociales, Título V de los derechos, deberes, obligaciones y prohibiciones del profesional de psicología en su artículo 9,10 y 11.

El Título VII del Código Deontológico y Bioético para el ejercicio de la profesión de psicología en su artículo 13 en donde el Código Deontológico y Bioético, está destinado a servir como regla de conducta profesional, en el ejercicio de la psicología en cualquiera de sus modalidades, proporcionando principios generales que ayuden a tomar decisiones informadas en la mayor parte de las situaciones con las cuales se enfrenta el profesional de la Psicología, fundamentado en los principios de beneficencia, no-maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, además de las contempladas en la presente ley.

El capítulo VII de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicación especialmente en el artículo 49 donde se establece que los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización. Artículo 50 que establece que los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes. Y el capítulo XI del proceso deontológico y bioético disciplinario para los profesionales de la psicología.

La presente investigación pretende aplicar el principio de beneficencia el cual contempla no causar daño de ninguna forma a las personas que participen en el estudio como también se tuvo en cuenta el respeto a la Dignidad Humana a través del uso del consentimiento informado e incluyó el derecho del sujeto a un trato justo y a la privacidad. Se informó debidamente al participante del objetivo del estudio, de la confidencialidad y la utilidad del mismo; también se informó de manera escrita a través del consentimiento informado (Anexo 3) como ya se había mencionado antes con el propósito de que el individuo de forma autónoma autorizara y aprobara su participación dentro del estudio o la rechazara sin riesgo de alterar ni el cuidado ni la calidad de la prestación del servicio que estuvo recibiendo el paciente en la institución.

El estudio se realizó con previa aprobación del comité de ética de la facultad de salud de la Universidad Surcolombiana y del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.

## 7. RESULTADOS

Dentro de los resultados encontramos agrupados los datos de los 40 pacientes y de los 28 cuidadores encuestados.

### 7.1 ANALISIS UNIVARIADO

**Tabla 2.** Características sociodemográficas de los pacientes con trastorno mental de la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva - Huila. Diciembre 2010 y enero 2011.

<b>CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS PACIENTE</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Genero</b>		
Femenino	11	27,5
Masculino	29	72,5
TOTAL	40	100
<b>Edad</b>		
Entre 18 y 35	25	62,5
Entre 36 y 53	11	27,5
Igual o superior a 54	4	10
TOTAL	40	100
<b>Estado civil</b>		
Casado	3	7,5
Soltero	22	55
Separado	9	22,5
Unión libre	6	15
Viudo	---	---
TOTAL	40	100
<b>SGSSS</b>		
Contributivo	6	15
Subsidiado	22	55
Especial	5	12,5
Vinculado	7	17,5
TOTAL	40	100
<b>EPS</b>		
Asmetsalud	1	2,5
Caprecom	8	20
Centro de salud	5	12,5
Colsanitas	1	2,5
Comfamiliar	12	30
Comparta	1	2,5
Ecoopsos	1	2,5
Nueva EPS	4	10
Sanidad militar	5	12,5
Secretaria de salud Cundinamarca	1	2,5

Solsalud	1	2,5
TOTAL	40	100
<b><i>Nivel de escolaridad</i></b>		
Sin estudios	1	2,5
Primaria incompleta	10	25
Primaria completa	6	15
Secundaria incompleta	13	32,5
Secundaria completa	8	20
Estudios superiores	2	5
TOTAL	40	100
<b><i>Departamento de donde proviene</i></b>		
Cundinamarca	1	2,5
Huila	39	97,5
TOTAL	40	100
<b><i>Municipio donde vive</i></b>		
Acevedo	1	2,5
Baraya	1	2,5
Campoalegre	1	2,5
Fusagasugá	1	2,5
Garzón	4	10
Hobo	1	2,5
Iquirá	1	2,5
La plata	2	5
Neiva	26	65
Palermo	1	2,5
Teruel	1	2,5
TOTAL	40	100
<b><i>Zona</i></b>		
Urbana	35	87,5
Rural	5	12,5
TOTAL	40	100
<b><i>Tiempo de residencia en vivienda actual (años)</i></b>		
Menos de 1 año	9	22,5
1 – 10	15	37,5
11 – 21	6	15
22 – 32	6	15
33 – 43	3	7,5
44 – 54	1	2,5
TOTAL	40	100
<b><i>Trabaja actualmente</i></b>		
Si	31	77,5
No	9	22,5
TOTAL	40	100
<b><i>Tipo de trabajo</i></b>		
Ninguno	9	22,5
Dependiente	8	20
Independiente	23	57,5
TOTAL	40	100
<b><i>Ocupación</i></b>		
Ninguna	9	22,5

Agricultura	1	2,5
Carpintería y ebanistería	2	5
Construcción	2	5
Construcción y ventas	1	2,5
Conteo de personas centro comercial	1	2,5
Cuidador de carros y corta pasto	1	2,5
Cortador de pasto	1	2,5
Empleada domestica	1	2,5
Fabricación de plástico	1	2,5
Estilista	1	2,5
Ingeniería electrónica	1	2,5
Sellador de bolsas	1	2,5
Mecánica de motos	2	5
Mecánica de motos y carros	1	2,5
Moto taxi	1	2,5
Oficios varios (lavar y planchar ropa, platos y aseo general)	5	12,5
Reciclaje	1	2,5
Recolección de café, cebolla y frijol	2	5
Ejercito (soldados profesionales)	4	10
Ventas ambulantes	1	2,5
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Ingresos mensuales en pesos \$</b>		
No trabajan + Ningún ingreso	13	32,5
Menos de 1 salario mínimo	18	45
Igual o superior al mínimo	9	22,5
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

La mayoría (72,5%) de pacientes son del sexo masculino. El grupo etáreo más frecuente está entre los 18 y 35 años con el 62,5%. La mayoría de los pacientes (55%) son solteros. En cuanto al sistema de seguridad social un 17,5% son del régimen vinculado. En relación a las EPS un 12,5% pertenece a Sanidad militar. En cuanto al nivel de escolaridad es importante destacar que un alto porcentaje (25%) no termino la primaria. La mayoría (97,5%) de los pacientes son del Departamento del Huila. En cuanto al municipio de donde provienen, se identifica que Neiva presenta el 65% de la población y el 87,2% son de la zona urbana.

De los pacientes el 22,5 % llevan menos de 1 año residiendo en la vivienda actual. La mayoría (77,5%) de los pacientes en el momento de la entrevista responden que si trabajan y dentro del tipo de trabajo que desempeña se encuentra con mayor frecuencia (57,6%) la actividad laboral independiente así como dentro de las ocupaciones más comunes encontramos con igual porcentaje (5%) las actividades de carpintería y ebanistería, seguido de construcción, mecánica de motos y recolección café, cebolla y frijol. Es de mencionar que del 32,5% de los pacientes que no reciben ingresos el 10% aunque trabaja no recibe

remuneración económica sino que su trabajo es compensado con hospedaje y alimentación.

**Tabla 3.** Características de los pacientes con trastorno mental de la unidad de salud mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva – Huila. Diciembre 2010 y enero 2011.

<b>CARACTERISTICAS CLINICAS</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Diagnostico</b>		
Esquizofrenia	10	25
Psicosis secundaria a consumo de sustancias psicoactivas	8	20
Trastorno afectivo bipolar	12	30
Otros	10	25
TOTAL	40	100
<b>Cronicidad del trastorno en años</b>		
Menos de 1 año	9	22,5
Entre 1 y 15 años	23	57,5
Más de 15 años	8	20
TOTAL	40	100
<b>Tiene cuidador</b>		
Si	30	75
No	10	25
TOTAL	40	100
<b>Parentesco</b>		
Ninguno	10	25
Amiga	1	2,5
Conyuge	7	17,5
Cuñada	1	2,5
Hermana	4	10
Hermano	2	5
Hija	1	2,5
Hijo	1	2,5
Madre	10	25
Padre	3	7,5
TOTAL	40	100
<b>Número de cuidadores</b>		
0	10	25
1	8	20
2	18	45
3 ó más	4	10
TOTAL	40	100
<b>Tiempo desde que esta persona lo cuida</b>		
Ninguno	10	25
Menos de 10 años	25	62,5
Entre 10 y 31 años	2	5
Entre 32 y 52 años	2	5
Igual o superior a 53	1	2,5
TOTAL	40	100

<b>Razones que justifican el porqué no tiene cuidador</b>		
Ninguna	30	75
Por los síntomas de la enfermedad la familia se canso de cuidarlo	3	7,5
Porque cuando se enfermo se negó a recibir ayuda de la familia	2	5
Porque no tiene quien le brinde cuidado y Protección	5	12,5
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Dentro de los diagnósticos más frecuentes encontramos el Trastorno afectivo bipolar con el 30%, así mismo identificando el tiempo de cronicidad del trastorno mental se reconoce que el 57% de los pacientes lleva entre 1 y 15 años con la enfermedad.

En el momento de la entrevista el 25% de la población manifiesta no tener cuidador. Por otro lado, el parentesco que se presenta con mayor frecuencia es el de madre con un porcentaje del 25%. El 65% de los pacientes tiene entre 1 y 2 cuidadores, y del periodo de tiempo que lleva esta persona cuidándolo un 10% lleva entre 10 y 52 años de dedicación y cuidado.

**Grafica 1.** Distribución de si el paciente tiene o no cuidador, Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva – Huila. Diciembre 2010 y enero 2011.



Fuente: Autor

El 12,5% de los pacientes expresan que no tiene cuidador porque nunca han tenido quien les brinde cuidado y protección.

**Tabla 4.** Características sociodemográficas de los cuidadores del paciente con trastorno mental de la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva – Huila. Diciembre 2010 y enero 2011.

<b>CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Genero</b>		
Femenino	20	71,4
Masculino	8	28,6
TOTAL	28	100
<b>Edad</b>		
Entre 18 y 35	9	32,1
Entre 36 y 53	12	42,8
Igual o superior a 54	7	25
TOTAL	28	100
<b>Estado civil</b>		
Casado	6	21,4
Soltero	1	3,6
Separado	7	25
Unión libre	11	39,2
Viudo	3	10,7
TOTAL	28	100
<b>SGSSS</b>		
Contributivo	5	17,9
Subsidiado	17	60,7
Especial	2	7,1
Vinculado	4	14,2
TOTAL	28	100
<b>EPS</b>		
Caprecom	2	7,1
Centro de salud	6	21,4
Comfamiliar	11	39,2
Coomeva	1	3,6
Humana vivir	1	3,6
Nueva EPS	1	3,6
Saludcoop	2	7,1
Sanidad militar	2	7,1
Solsalud	2	7,1
TOTAL	28	100
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin estudios	1	3,6
Primaria incompleta	6	21,4
Primaria completa	7	25
Secundaria incompleta	8	28,6
Secundaria completa	4	14,2
Estudios superiores	2	7,1

TOTAL	28	100
<b><i>Municipio donde vive</i></b>		
Campoalegre	1	3,6
Garzón	3	10,7
Iquira	1	3,6
Neiva	20	71,4
Palermo	1	3,6
Suaza	1	3,6
Teruel	1	3,6
TOTAL	28	100
<b><i>Zona</i></b>		
Urbana	25	89,2
Rural	3	10,7
TOTAL	28	100
<b><i>Tiempo de residencia en vivienda actual (años)</i></b>		
Menos de 1 año	4	14,2
1 – 10	7	25
11 – 21	7	25
22 – 32	5	17,8
33 – 43	3	10,7
44 – 54	1	3,6
55 – 65	1	3,6
TOTAL	28	100
<b><i>Trabaja</i></b>		
Si	12	42,9
No	16	57,1
TOTAL	28	100
<b><i>Tipo de trabajo</i></b>		
Ninguno	16	57,1
Dependiente	3	10,7
Independiente	9	32,1
TOTAL	28	100
<b><i>Ocupación</i></b>		
Ninguna	16	57,1
Agricultura	2	7,1
Aseo	2	7,1
Asesoría comercial	1	3,6
Ebanistería	1	3,6
Oficios varios	2	7,1
Panadería	1	3,6
Recolección de cosechas	1	3,6
Ventas ambulantes	2	7,1
TOTAL	28	100
<b><i>Ingresos mensuales</i></b>		
Ninguno	16	57,1
Menos de 1 salario mínimo	10	35,7
Igual o superior al mínimo	2	7,1

TOTAL	28	100
<b>Nivel socioeconómico bajo</b>		
Si	27	96,4
No	1	3,6
TOTAL	28	100
<b>Nivel de SISBEN</b>		
Ninguno	1	3,6
1	21	75
2	5	17,8
3	1	3,6
TOTAL	28	100
<b>Subsidio de familias en acción</b>		
No aplica	1	3,6
No	21	75
Si	6	21,4
TOTAL	28	100
<b>Otro subsidio</b>		
No aplica	1	3,6
No	25	89,2
Si	2	7,1
TOTAL	28	100

---

Un total de 28 cuidadores participaron en el estudio de los cuales la mayoría (71,4%) son de sexo femenino. El grupo etáreo más frecuente es entre 36 y 53 años, lo esperado de acuerdo a la edad joven de los pacientes. En cuanto al estado civil el 39,2% vive en unión libre. El 60,7% son del régimen subsidiado lo que manifiesta el bajo nivel de ingresos que estos poseen. La mayoría (39,25) están afiliados a comfamiliar como EPS.

Por otro lado la mayoría (28,6 %) de los cuidadores presenta secundaria incompleta, todos son del departamento del Huila y un 28,7% viven en otros municipios diferentes a Neiva. El 89,25% se encuentran en zona urbana y un 14,2% lleva menos de 1 año habitando la vivienda actual.

En lo que corresponde al trabajo el 57,1% no trabaja, situación que empieza a explicarse a partir de la edad de los cuidadores. De los que trabajan un 32,1% desarrollan ocupaciones de tipo independiente y dentro de las ocupaciones encontramos con igual porcentaje (7%) agricultura, aseo, oficios varios y recolección de cosechas lo que confirma el grado de informalidad y subempleo.

Dentro del nivel de ingresos se identifica que el 57,1% de la población de los cuidadores no obtiene ningún ingreso, esto se confirma a la vez cuando al momento de la entrevista el 96,4% manifiesta ser de un nivel socioeconómico bajo y el 75% pertenecen al nivel 1 del sisben.

Además es importante mencionar que el 89,2% no recibe subsidios del estado.

En cuanto a las características habitacionales de la vivienda del cuidador del enfermo mental se identifica que el 35,7% se encuentra en vivienda arrendada. El 82.1% tienen entre 1 y 3 habitaciones por vivienda, además el 50% de las viviendas albergan menos de 5 personas. Las familias se mantienen con más de 2.9 personas por cuarto, cuando se toma en cuenta el número de cuartos en sus viviendas.

Las paredes de la vivienda son de material en el 86% de ellas, solo el 68% tienen piso de cemento, el 93% tiene techo de zinc, el 100% de la población está conectado al sistema de alcantarillado, 96% conectado a red eléctrica, alcantarillado y el 86% de la población tiene servicio de gas natural para cocinar.

**Tabla 5.** Descripción sobre el cuidado del paciente con trastorno mental por parte del cuidador. Unidad de Salud Mental, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva – Huila. Diciembre 2010 y enero 2011.

DESCRIPCION SOBRE EL CUIDADO	No	%
<b><i>Las demás personas que viven en la vivienda</i></b>		
<b><i>Participan en el cuidado del paciente</i></b>		
No	7	25
Si	21	75
TOTAL	28	100
<b><i>Conoce el desarrollo y síntomas del trastorno</i></b>		
No	17	60,7
Si	11	39,2
TOTAL	28	100
<b><i>Recibió explicación por parte del personal de salud sobre el Trastorno</i></b>		
No	16	57,1
Si	12	42,8
TOTAL	28	100
<b><i>Cuida desde el diagnóstico</i></b>		
No	7	25
Si	21	75

TOTAL	28	100
<b>Horas diarias de cuidado</b>		
Más de 12	18	64,2
12 horas o menos	10	35,7
TOTAL	28	100

El 25% de los cuidadores manifiestan que las demás personas que viven con el paciente no participan en el cuidado del mismo. El 60,7% de los cuidadores no tiene conocimiento sobre el desarrollo de la enfermedad, signos y síntomas y el 57,1% reconoce que no ha recibido alguna clase de orientación o explicación por parte del personal de salud sobre la enfermedad. Un 75% cuidan al paciente desde el diagnóstico de la enfermedad y el 64,2% le dedican al paciente más de 12 horas diarias al cuidado. Al 100% de los cuidadores les gustaría que se conformara una red de cuidadores a través del cual se les brinde información sobre el curso de la enfermedad, tratamiento, actualizaciones, entre otros.

## 7.2 ANALISIS BIVARIADO

**Cuadro 1.** Distribución del diagnóstico del paciente, cronicidad del trastorno, si tiene cuidador o no y el rango de edad de acuerdo al género. Unidad de salud mental, hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Diciembre 2010 y enero 2011.

GÉNERO PACIENTE						
DIAGNOSTICO	F		M		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Esquizofrenia paranoide	2	18,2	8	27,6	10	25
Otros	2	18,2	8	27,6	10	25
Psicosis secundaria a consumo	0	0	8	27,6	8	20
Trastorno afectivo bipolar	7	63,6	5	17,2	12	30
CRONICIDAD						
Entre 1 y 15 años	6	54,5	17	58,6	23	57,5
Más de 15 años	4	36,4	4	13,8	8	20
Menos de 1 año	1	9,1	8	27,6	9	22,5
CUIDADOR						
No	3	27,3	7	24,1	10	25
Si	8	72,7	22	75,9	30	75

EDAD						
ENTRE 18 Y 35 AÑOS	4	36,4	21	72,4	25	62,5
ENTRE 36 Y 53 AÑOS	5	45,5	6	20,7	11	27,5
IGUAL O SUPERIOR A 54	2	18,2	2	6,9	4	10
TOTAL	11	100	29	100	40	100

Se encuentra diferencia significativa ( $\chi^2=9,3$   $df = 3$   $p= 0,0253$ ) entre el género del paciente de acuerdo al diagnóstico, sin embargo no se puede confirmar esta diferencia por el tipo de diseño del presente estudio. En la relación género/diagnóstico, se identifica que un 27,6 % de los hombres presentan psicosis secundaria a consumo de sustancias psicoactivas a diferencia de las mujeres que no presentan farmacodependencia y que presentan mayor porcentaje (63,6%) en el trastorno afectivo bipolar, diagnóstico que esta con menor frecuencia en hombres 17,2%.

No se encuentra diferencia significativa entre el género del paciente y el tiempo que este lleva con la enfermedad (cronicidad), sin embargo se evidencia un porcentaje considerable (36,4%) de mujeres que llevan más de 15 años con el trastorno mental en comparación con los hombres que solo muestran en este lapso de tiempo la menor frecuencia. Por otro lado un porcentaje alto de los hombres (27,6%) en comparación con las mujeres (9,1%) llevan menos de 1 año con la enfermedad.

No se encuentra diferencia significativa entre el género del paciente de acuerdo a si tiene cuidador o no, sin embargo se identifica que en un porcentaje considerable siendo un poco mayor el del género femenino, tanto hombres (24,1%) como mujeres (27,3%) no presentan cuidador.

En cuanto a la relación género y edad no se encuentra diferencia estadísticamente significativa pero demuestra que el mayor porcentaje de hombres (72,4%) está en el grupo etáreo entre 18 y 35 años, es decir el más joven a diferencia de las mujeres que tienen mayor frecuencia (45,5%) en las edades entre 36 y 56 años. Además en las mujeres (18,2%) se identifica un porcentaje más alto que en los hombres (6,9%) en el grupo de edad igual o mayor a los 54 años.

**Cuadro 2.** Distribución del diagnóstico del paciente de acuerdo al nivel de escolaridad. Unidad de salud mental, hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Diciembre 2010 y enero 2011.

DIAGNÓSTICO										
ESCOLARIDAD PACIENTE	ESQUIZOFRENIA		OTROS		PSICOSIS SECUNDARIA		T. AFECTIVO BIPOLAR		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ESTUDIOS SUPERIORES	1	10	1	10	0	0	0	0	2	5
PRIMARIA COMPLETA	2	20	2	20	2	25	1	8,3	7	17,5
PRIMARIA INCOMPLETA	2	20	3	30	0	0	3	25	8	20
SECUNDARIA COMPLETA	0	0	3	30	3	37,5	2	16,7	8	20
SECUNDARIA INCOMPLETA	4	40	1	10	3	37,5	6	50	14	35
SIN ESTUDIOS	1	10	0	0	0	0	0	0	1	2,5
CUIDADOR										
NO	4	40	2	20	1	12,5	3	25	10	25
SI	6	60	8	80	7	87,5	9	75	30	75
TOTAL	10	100	10	100	8	100	12	100	40	100

En este cuadro no se encuentra diferencia significativa entre el diagnóstico del paciente y el nivel de escolaridad, sin embargo se observa que el 10% de los pacientes con esquizofrenia tienen estudios superiores al igual otros diagnósticos que muestra el mismo porcentaje. En cuanto a los pacientes con psicosis secundaria a consumo de sustancias psicoactivas el mayor porcentaje (37,5%) muestran estudios de secundaria completa y de los que tienen Trastorno afectivo bipolar solo el 16,7 % terminan sus estudios de secundaria completa.

Por otro lado no se encuentra diferencia significativa entre el diagnóstico del paciente y si tiene cuidador o no, pero se evidencia que el 40% de los pacientes con esquizofrenia no tienen cuidador al igual que el 20% con otros diagnósticos y el 25% con trastorno afectivo bipolar.

El 87,5% de los pacientes con psicosis secundaria a consumo de sustancias psicoactivas si tiene cuidador siendo este el diagnóstico con mayor porcentaje de cuidadores.

**Cuadro 3.** Distribución del diagnóstico y la edad del paciente en relación al grado de cronicidad del trastorno. Unidad de salud mental, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Diciembre 2010 y enero 2011.

CRONICIDAD								
DIAGNÓSTICO	ENTRE 1 Y 15 AÑOS		MAS DE 15 AÑOS		MENOS DE 1 AÑO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	N	%
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	4	17,4	1	12,5	5	55,6	10	25
OTROS	6	26,1	2	25	2	22,2	10	25
PSICOSIS SECUNDARIA A CONSUMO	5	21,7	1	12,5	2	22,2	8	20
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	8	34,8	4	50	0	0	12	30
EDAD								
ENTRE 18 Y 35 AÑOS	15	65,2	1	12,5	9	100	25	63
ENTRE 36 Y 53 AÑOS	6	26,1	5	62,5	0	0	11	28
IGUAL O SUPERIOR A 54	2	8,7	2	25	0	0	4	10
TOTAL	23	100	8	100	9	100	40	100

No existe diferencia estadísticamente significativa entre la cronicidad del trastorno y el diagnóstico, sin embargo se identifica que el diagnóstico que presentan mayor frecuencia en el período de menos de 1 año es la esquizofrenia paranoide con 55,6%, en el período entre 1 y 15 años es el trastorno afectivo bipolar con 34,8%, y por último el diagnóstico que se presenta en el período que comprende más de 15 años es el trastorno afectivo bipolar con el 50%.

Existe diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 14,04$   $df = 4$   $p = 0,0071$ ) entre la cronicidad del trastorno y la edad del paciente, sin embargo no se puede confirmar esta diferencia por el tipo de diseño del presente estudio. Se evidencia que el rango de edad que presenta mayor frecuencia en el período de menos de 1 año está entre los 18 y 35 años con el 100%, en el período entre 1 y 15 años de cronicidad encontramos el rango de edad entre 18 y 35 años con 65,2 % y el rango de edad con mayor porcentaje en el periodo de cronicidad de más de 15 años está entre los 36 y 53 años. Era de esperarse que el porcentaje más pequeño (12,5%) del período de cronicidad de más de 15 años estuviera en el rango de edad entre 18 y 35 años.

**Cuadro 4.** Distribución del estado civil del paciente de acuerdo al diagnóstico. Unidad de salud mental, hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Diciembre 2010 y enero 2011.

ESTADO CIVIL PACIENTE										
DIAGNOSTICO	CASADO		SOLTERO		SEPARADO		UNION LIBRE		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ESQUIZOFRENIA	1	33,3	5	22,7	2	22,2	2	33,3	10	25
OTROS	2	67,7	6	27,3	1	11,1	1	16,7	10	25
PSICOSIS SECUNDARIA	0	0	6	27,3	1	11,1	1	16,7	8	20
T. AFECTIVO BIPOLAR	0	0	5	22,7	5	55,6	2	33,3	12	30
TOTAL	3	100	22	100	9	100	6	100	40	100

Según la distribución por estado civil del paciente y diagnóstico no se encuentra diferencia estadísticamente significativa entre estas variables, sin embargo se identifica que los pacientes que son casados y los que viven en unión libre presentan igual porcentaje (33,3%) de esquizofrenia. Los solteros que son el estado civil con mayor frecuencia, presenta el porcentaje más alto (27,3%) en psicosis secundaria a consumo de sustancias psicoactivas, el 55,6% de los separados tienen trastorno afectivo bipolar.

**Cuadro 5.** Distribución del sistema general de seguridad social del paciente de acuerdo al diagnóstico. Unidad de salud mental, hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Diciembre 2010 y enero 2011.

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) PACIENTE										
DIAGNÓSTICO	CONTRIBUTIVO		ESPECIAL		SUBSIDIADO		VINCULADO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ESQUIZOFRENIA	1	16,7	3	60	4	18,2	2	28,6	10	25
OTROS	1	16,7	2	40	4	18,2	3	42,9	10	25
PSICOSIS SECUNDARIA	1	16,7	0	0	5	22,7	2	28,6	8	20
T. AFECTIVO BIPOLAR	3	50	0	0	9	40,9	0	0	12	30
TOTAL	6	100	5	100	22	100	7	100	40	100

En el cuadro 5 se observa que no hay diferencia estadísticamente significativa en la distribución del Sistema general de seguridad social en salud de acuerdo al diagnóstico, no obstante se reconoce que el mayor porcentaje (50%) del régimen

contributivo presenta trastorno afectivo bipolar y el 60% de régimen especial presenta esquizofrenia.

El 40,9 del régimen subsidiado presenta trastorno afectivo bipolar teniendo en cuenta que este régimen tiene la mayor frecuencia dentro del Sgsss. En el régimen vinculado llama la atención que se presenta la mayor prevalencia (28,6%) en esquizofrenia y en psicosis secundaria al consumo de sustancias de sustancias psicoactivas.

**Cuadro 6.** Distribución de la orientación brindada por parte del personal de salud al cuidador y la cronicidad que presenta el paciente con el trastorno mental. Unidad de salud mental, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Diciembre 2010 y enero 2011

CRONICIDAD	ORIENTACION SOBRE TRASTORNO				TOTAL	
	NO		SI		n	%
	n	%	n	%		
ENTRE 1 Y 15 AÑOS	7	43,8	7	58,3	14	50
MAS DE 15 AÑOS	5	31,3	2	16,7	7	25
MENOS DE 1 AÑO	4	25	3	25	7	25
TOTAL	16	100	12	100	28	100

No existe diferencia estadísticamente significativa en la orientación por parte del personal de salud sobre la enfermedad y tiempo que lleva la persona con el trastorno (cronicidad), sin embargo se identifica que hay un mayor porcentaje (31,3%) en el periodo de cronicidad de más de 15 años en los casos donde no se recibe orientación en comparación con los que si reciben orientación (16,7%) en el mismo periodo de tiempo.

**Cuadro 7.** Distribución de si el paciente tiene cuidador o no y el grado de cronicidad del trastorno mental. Unidad de salud mental, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Diciembre 2010 y enero 2011.

CRONICIDAD	CUIDADOR				TOTAL	
	NO		SI		n	%
	n	%	n	%		
ENTRE 1 Y 15 AÑOS	7	70	16	53,3	23	57,5
MAS DE 15 AÑOS	1	10	7	23,3	8	20
MENOS DE 1 AÑO	2	20	7	23,3	9	22,5

TOTAL	10	100	30	100	40	100
-------	----	-----	----	-----	----	-----

No existe diferencia estadísticamente significativa entre tener o no cuidador y la cronicidad del trastorno, sin embargo se evidencia que en un porcentaje mucho más alto (70%) los que no tienen cuidador tienen un periodo de cronicidad entre 1 y 15 años en comparación con los que si tienen (53,3%).

**Cuadro 8.** Distribución de los ingresos del paciente y los ingresos del cuidador. Unidad de Salud Mental, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Diciembre de 2010 y enero 2011.

INGRESOS CUIDADOR								
INGRESOS PACIENTE	IGUAL O SUPERIOR AL MINIMO		MENOS DEL MINIMO		NINGUNO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
IGUAL O SUPERIOR AL MINIMO	1	50	1	10	4	25	2	21,4
MENOS DEL MINIMO	1	50	4	40	7	43,8	10	42,9
NINGUNO	0	0	5	50	5	31,3	16	35,7
TOTAL	2	100	10	100	16	100	28	28

No existe diferencia estadísticamente significativa entre los ingresos del cuidador y los ingresos del paciente, sin embargo se evidencia que los cuidadores presentan mayor frecuencia en la categoría ningún ingreso (43,8%) cuando los pacientes se ubican en la categoría de menos del mínimo. A la vez que cuando el cuidador muestra mayor porcentaje (50%) en obtener ingresos menos del mínimo, los pacientes presentan mayor frecuencia en la categoría ningún ingreso.

## 8. DISCUSION

Entre los diversos factores que influyen en el proceso de tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial del individuo con trastorno mental es importante destacar el papel que tiene la familia y los cuidadores cuando participan en dicho proceso, ya que a través de diferentes investigaciones con un alto nivel de evidencia se ha confirmado que cuando el paciente cuenta con un buen apoyo familiar el cual recibe psicoeducación, se reduce el número de recaídas o reingresos siendo los efectos observables hasta después de 7 años de la intervención además de que se mejora la utilización de los recursos y la práctica clínica, entre otros<sup>74,75</sup>. A pesar de que reportes previos no han encontrado asociación entre el género del paciente y la prevalencia o incidencia (Kessler et al. 1994) de esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar<sup>76,77</sup>, este estudio encontró que los pacientes de sexo femenino desarrollaron con mayor frecuencia trastorno afectivo bipolar a diferencia de los hombres, y que los pacientes del sexo masculino presentan mayor prevalencia del diagnóstico de esquizofrenia paranoide en comparación con las mujeres; sin embargo, la esquizofrenia parece tener un comienzo más temprano y una evolución más discapacitante en la población masculina (Sartorius et al. 1986)<sup>78</sup>.

Es importante mencionar que este estudio presenta sesgo de selección debido a la autoselección que se muestra en las investigaciones de base hospitalaria<sup>79</sup> y al muestreo por conveniencia especialmente en las encuestas telefónicas que se realizaron a algunos cuidadores ya que a diferencia de las entrevistas de los 28 cuidadores encuestados se presentó un caso donde los números telefónicos no estaban en servicio y en el otro no había registro de datos del cuidador por lo tanto no había números telefónicos en la historia clínica.

---

<sup>74</sup> GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Pág.32 – 40

<sup>75</sup> GUTIÉRREZ ACHURY A. ; VANEGAS VIDAL M, y otros. Factores farmacológicos y no farmacológicos que afectan la adherencia al tratamiento de los pacientes esquizofrénicos dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva entre enero y junio de 2008. Revista facultad de salud RFS Julio – Diciembre 2009. Universidad Surcolombiana. Neiva-Huila VOL. 1 No. 2 – 2009: 25-30

<sup>76</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. p.41

<sup>77</sup> GUTIÉRREZ ACHURY A. ; VANEGAS VIDAL M, y otros. Factores farmacológicos y no farmacológicos que afectan la adherencia al tratamiento de los pacientes esquizofrénicos dados de alta de la unidad de salud mental del hospital universitario de Neiva entre enero y junio de 2008. Op cit., p 25-30

<sup>78</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre salud en el mundo 2001, Op cit., p.42

<sup>79</sup> CASTRO BETANCOURTH, Dolly. Epidemiología. Universidad Surcolombiana, facultad de salud. Neiva 2009. P. 60-62

Por otro lado en lo que corresponde al sistema de seguridad social un 17,5% de los pacientes son del régimen vinculado, siendo este un alto porcentaje que no se esperaría de acuerdo a las políticas de ampliación de cobertura y carnetización del sistema actual de salud. En relación a las EPS llama la atención que un 12,5% pertenece a Sanidad militar, esto cobra relevancia cuando la literatura señala que los desastres naturales, la violencia y la guerra traen consecuencias que alteran la salud mental del individuo y de las comunidades.<sup>80 81 82</sup>

En cuanto al nivel de escolaridad es importante destacar que un alto porcentaje (25%) no terminó la primaria, varios estudios han demostrado una asociación significativa entre la prevalencia de “trastornos mentales comunes” y el bajo nivel educacional (Patel y Kleinman, 2003). Además se afirma que “El analfabetismo o el escaso nivel educacional y la enfermedad están íntimamente ligados en el ámbito de la pobreza”.<sup>83</sup>

Es de mencionar que del 32,5% de los pacientes que no reciben ingresos, el 10% aunque trabaja, no recibe remuneración económica sino que su trabajo es compensado con hospedaje y alimentación, lo que demuestra el grado de discriminación y estigma en el que se encuentran y lo que a su vez se relaciona con la pobreza<sup>84</sup>; se ha demostrado que la pobreza simultáneamente se relaciona con el aumento de los síntomas psiquiátricos y en la morbilidad de los trastornos mentales.<sup>85</sup> Es fundamental resaltar que esto se complementa con la alta frecuencia (57,6%) de la actividad laboral independiente, lo que pone de relieve la falta de oportunidades laborales dignas para esta población.<sup>86 87 88 89</sup>

---

<sup>80</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre salud en el mundo 2001, Op cit., capítulo 1 p.1

<sup>81</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación 2006. p.41

<sup>82</sup> SAXENA, Sherhar. ;LLOPIS, Eva Jané y HOSMAN, Clemen. Prevención de los trastornos mentales y del comportamiento: implicaciones para la política sanitaria y la práctica clínica. p.6

<sup>83</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2004. Invertir en salud. Op cit., p.4

<sup>84</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre salud en el mundo 2001. Op cit., capítulo 1 p.14

<sup>85</sup> SAXENA, Sherhar.; LLOPIS, Eva Jané. y HOSMAN, Clemen. Prevención de los trastornos mentales y del comportamiento: implicaciones para la política sanitaria y la práctica clínica. Op cit., p.6

<sup>86</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2004. Invertir en salud. Op cit., p.4

<sup>87</sup> SEOANE, José Antonio. Derechos y Salud Mental. Capacidades, derechos, justicia. Cuadernos de psiquiatría comunitaria. Tratamiento ambulatorio involuntario. Tratamiento ambulatorio involuntario. Vol. 6, N° 1. 2006. p.25-26

Se identificó que el diagnóstico con mayor frecuencia en el periodo de menos de 1 año de cronicidad es la esquizofrenia paranoide con 55,6%, en el período entre 1 y 15 años es el trastorno afectivo bipolar con 34,8%, y por último el diagnóstico que se presenta en el período que comprende más de 15 años es el trastorno afectivo bipolar con el 50%. Estos hallazgos eran de esperarse puesto estos dos trastornos son catalogados por las mismas características de su duración, síntomas y discapacidad en Trastornos mentales graves<sup>90</sup>. Según la Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave “Parece que existe un consenso general de que el TMG puede afectar de manera considerable las relaciones en las familias de las personas que sufren la enfermedad, y que las relaciones familiares también pueden afectar de algún modo el curso de la enfermedad”.

De acuerdo a las características del cuidador, los hallazgos confirman lo expuesto en la literatura acerca de las similitudes que presentan los cuidadores en cuanto a género (femenino 74%), edad (36-53 años con 42,8%) y parentesco (madre 25%).<sup>91 92</sup> El 28,6% de los cuidadores presente secundaria incompleta en su nivel de escolaridad.

Es preocupante ver que un 10% lleva entre 10 y 52 años de dedicación y cuidado al paciente, ya que esto evidencia el grado de discapacidad <sup>93</sup> y cronicidad que genera la enfermedad mental pero además crea una carga de gran magnitud la cual afecta la calidad de vida familiar<sup>94</sup> tal como lo plantea la OMS cuando menciona en su documento: “Amén de la infelicidad de ver a un miembro afectado, la familia está asimismo expuesta al estigma y a la discriminación. El rechazo por

---

<sup>88</sup> ALVARES LÓPEZ, Marcelino. XII Jornadas de salud mental y justicia. Una relación compleja e imprescindible para la atención sanitaria y social a personas con trastornos mentales graves. Aracena 4-5 de octubre 2007 p.9

<sup>89</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Op cit., p.19

<sup>90</sup> GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE. Op cit., p. 17-19

<sup>91</sup> ESPIN ANDRADE, Ana Margarita. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cubana Salud Pública [online]. 2008, vol.34, n.3 [citado 2010-06-28], pp. 0-0 . Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000300008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-3466.

<sup>92</sup> BURGOS GARRIDO, Paola. ; FIGUEROA RODRÍGUEZ, Viviana y otros. Caracterización y nivel de conocimiento del cuidador informal de usuarios con dependencia severa adscritos al centro de salud Violeta Parra – Chillán.

<sup>93</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2004. Invertir en salud. Op cit., p.8

<sup>94</sup> *Ibíd.*, p.4

parte de los amigos, parientes, vecinos y la comunidad puede acrecentar el sentimiento de aislamiento de la familia, resultando en una restricción de actividades sociales, y la imposibilidad de participar en las redes sociales normales”.<sup>95</sup>

La mayoría de los cuidadores son del régimen subsidiado, el 57,1% no obtiene ningún ingreso los que resalta los pocos recursos económicos con los que cuentan y así mismo el estilo y la calidad de vida que llevan, esto se confirma cuando al momento de la entrevista el 96,4% manifestó ser de un nivel socioeconómico bajo y el 75% pertenecer al nivel 1 del sisben. El 89,2% no recibe subsidios del estado diferentes a familias en acción, aun cuando solo el 21, 4% de los cuidadores recibe familias en acción. Lo que demuestra la falta de políticas claras frente a la priorización de subsidios a personas que cuidan o tienen un ser querido o familiar con enfermedad mental teniendo en cuenta el alto grado de improductividad que el trastorno le genera al paciente como también al cuidador<sup>96</sup>.

Sólo el 42,8% reconoce que ha recibido alguna clase de orientación o explicación por parte del personal de salud sobre la enfermedad, cuando una amplia lista de estudios ha señalado que “las intervenciones psicoeducativas a los cuidadores han demostrado una mejora significativa en la carga que soportan los cuidadores y en la satisfacción percibida por el propio cuidador”<sup>97</sup>. Un 75% cuidan al paciente desde el diagnóstico de la enfermedad y el 64,2% le dedican al paciente más de 12 horas diarias al cuidado.

Es posible afirmar que tanto los pacientes como los cuidadores comparten condiciones de pobreza, insalubridad, dificultades de vivienda, dificultades en acceso a salud, dificultades laborales (Arboleda-Flórez, 2001)<sup>98</sup> entre otras propias de las diferencias sociales. Además es la familia o el cuidador quien dedica tiempo representativo para la atención del paciente afectado quienes por la ausencia de esquemas laborales especiales para enfrentar el problema se les torna difícil conseguir empleo o mantener el empleo actual, o se arriesgan a perder ingresos por ausencias forzadas del trabajo<sup>99</sup>.

---

<sup>95</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2004. Invertir en salud. Op cit., p.4

<sup>96</sup> *Ibíd*, p.5

<sup>97</sup> SAXENA, Sherhar.; LLOPIS, Eva Jané Y HOSMAN, Clemen. Prevención de los trastornos mentales y del comportamiento: implicaciones para la política sanitaria y la práctica clínica. Op cit., p.10

<sup>98</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación 2006. Op cit., p.19

<sup>99</sup> *Ibíd*, p. 19

Es común encontrar tal como se menciona por el Manual De Recursos de la OMS que las familias y las personas a cargo asuman muchas responsabilidades vinculadas con el cuidado de las personas con trastornos mentales: entre ellas, su alojamiento, vestido y alimentación, y la de asegurarse de que recuerden seguir su tratamiento. También se aseguran de que las personas con trastornos mentales aprovechen los programas de atención y rehabilitación, y las ayudan a seguirlos. Con frecuencia deben soportar el lado adverso de la conducta de la persona cuando ésta se enferma o sufre una recaída, y son habitualmente los miembros de la familia y las personas a cargo quienes brindan amor, atención y se preocupan por la persona con trastornos mentales<sup>100</sup>.

Se hace indispensable que los miembros de la familia o cuidadores intervengan de forma organizada a través de redes especializadas (MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL, 2009) para exigir y reclamar los derechos y el respeto que esta población merece en todos los aspectos que se encuentran alterados y deben empoderarse y contribuir en la formulación de políticas de salud mental, participar en el plan de tratamiento especialmente cuando el paciente no está en condiciones de hacerlo solo<sup>101</sup> (Ley de Atención en Salud Mental, Ley 24 de 1998, Isla Mauricio), promover en la legislación la protección de las personas con trastornos mentales frente a la discriminación y a la explotación en el empleo<sup>102</sup> ya que es el estado quien debe hacerse cargo de la dependencia y vulnerabilidad que genera una situación de trastorno mental<sup>103</sup>.

Esta necesidad se explica por la “creciente comprensión de la carga personal, social y económica que significan los trastornos mentales en todo el mundo. Se estima que casi 340 millones de personas en todo en mundo sufren de depresión, 45 millones de esquizofrenia y 29 de demencia. Los trastornos mentales representan una gran proporción de los años de vida potencialmente perdidos por discapacidad (AVPPD), y se predice que esta carga aumentará significativamente (OMS, 2001b) en el futuro”<sup>104</sup>

---

<sup>100</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación 2006. Op cit., p. 44-45

<sup>101</sup> *Ibíd*, p. 44-45

<sup>102</sup> ALVARES LÓPEZ, Marcelino. XII Jornadas de salud mental y justicia. Op cit., p.9

<sup>103</sup> SEOANE, José Antonio. Derechos y Salud Mental. Capacidades, derechos, justicia. Op cit., p.30

<sup>104</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación 2006. Op cit., p.19

## 9. CONCLUSIONES

Luego de analizar la información recolectada sobre las características del cuidador del enfermo mental hospitalizado en la unidad de salud mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva se concluye lo siguiente:

- En los pacientes el género con mayor predominio fue el masculino con el 72,5%, el rango de edad más frecuente es el de 18 y 35 años con el 62,5%, el estado civil más representativo es el de soltero con un porcentaje del 55%, el sistema general de seguridad social en salud con mayor porcentaje es el subsidiado con el 55%, la Entidad promotora de salud EPS más frecuente entre los pacientes es comfamiliar, el nivel de escolaridad más común es el de primaria completa con el 32,5%. El 97,5% provienen del departamento del Huila, el 65% viven en Neiva y el 87,5% son de zona urbana.
- Dentro del tiempo de antigüedad que llevan en la vivienda actual la categoría más frecuente es entre 1 y 10 años con el 37,5%, el 77,5% trabaja, el 57,5% tiene un tipo de trabajo independiente, la ocupación más frecuente es la de oficios varios con un 12,5% y dentro del nivel de ingresos con mayor porcentaje (45%) encontramos a los que reciben menos del salario mínimo.
- En lo correspondiente a las características clínicas de los pacientes el diagnóstico más prevalente fue el de trastorno afectivo bipolar con el 30%, el periodo de cronicidad con más frecuencia está entre 1 y 5 años con el 57,5%, el 75% de los pacientes si presenta cuidador, el parentesco con mayor predominio es el de madre con el 25%. El 45% tienen 2 cuidadores y el rango de tiempo con mayor porcentaje desde que esta persona lo cuida es el de menos de 10 años con el 62,5%. Dentro de las razones expuestas del porque no tiene cuidador la más común con 12,5% es aquella que expone que no tiene cuidador porque no tiene quien le brinde cuidado y protección.
- En los cuidadores el género más representativo es el femenino con el 71,4%, el rango de edad más frecuente es entre 36 y 53 años con el 42,8%, el estado civil más común es el de unión libre con un porcentaje del 39,2%, el sistema general de seguridad social en salud con mayor porcentaje es el subsidiado con el 60,7%, la Entidad promotora de salud EPS más frecuente entre los cuidadores es comfamiliar con el 39,2%, el nivel de escolaridad más común es el de secundaria incompleta con el 28,6%. El 100% provienen del departamento del Huila, el 71,4% viven en Neiva y el 89,2% son de zona urbana. Dentro del tiempo de antigüedad que llevan en la vivienda actual la

categoría más frecuente es entre 1 y 21 años con el 50%, el 57,1% no trabaja, el 32,1% tiene un tipo de trabajo independiente, las ocupaciones más frecuentes y con igual porcentaje (7,1%) es la de agricultura, aseo, oficios varios y ventas ambulantes y dentro del nivel de ingresos con mayor porcentaje (57,1%) encontramos a los que no reciben ningún ingreso. En tanto el 96,4% es de nivel socioeconómico bajo, el 75% es de nivel 1 del sisben, el 75% no recibe subsidio de familias en acción y el 89,2% no recibe ningún otro subsidio del estado.

- En cuanto a las características y condiciones habitacionales de la vivienda del cuidador el 35,7% vive en domicilio arrendado, el mayor porcentaje (42,9%) de las viviendas tiene 3 habitaciones, el rango más frecuente de habitantes por vivienda está entre 5 y 6 con el 39,2%, en cuanto al piso de la vivienda el 67,9% es de cemento, el 85,7% de las paredes son de material, el 92,8% de las viviendas tienen techo de zinc, el 100% de la población está conectado al sistema de alcantarillado, 96% conectado a red eléctrica, alcantarillado y el 86% de la población tiene servicio de gas natural para cocinar.
- Dentro del cuidado el 75% de las personas que viven en la vivienda participan en el cuidado del paciente, el 60,7% de los cuidadores no conoce el desarrollo y síntomas del trastorno, el 57,1% de los cuidadores no recibió ninguna explicación u orientación por parte del personal de salud sobre el trastorno y sus síntomas, el 75% cuida al paciente desde el diagnóstico y el 64,2% le dedica más de 12 horas diarias de cuidado.
- Es necesario crear una red de cuidadores a través de la cual se suministre ayuda mutua a sus participantes evitando la estigmatización y discriminación, obteniendo financiación que les permita brindar auxilios o subsidios a los cuidadores de los pacientes y a los pacientes para que cuenten con el recurso necesario para el transporte y los medicamentos, permitiendo así una mayor asistencia a los controles y una mejor adherencia al tratamiento, además de la realización de conferencias, talleres informativos sobre organización, grupos de apoyo, asistencia de relevo, capacitación a los cuidadores y a los profesionales y generando presión frente al gobierno para que aumente el presupuesto para la salud mental y desarrolle nuevas políticas de cuidado de la salud.

## 10.RECOMENDACIONES

La Unidad de salud mental del Hospital Universitario HMP de Neiva debe promover la creación de una red de cuidadores de pacientes con trastorno mental en la ciudad, dicha red debe estar constituida por los cuidadores de las personas con trastorno mental, profesionales de la salud mental y pacientes que deseen participar.

Esta red debe operar a través de la solicitud de apoyo por parte de las autoridades públicas y privadas para obtener financiación económica que les permita brindar auxilios o subsidios a los cuidadores de los pacientes y a los pacientes por ejemplo para que cuenten con el recurso necesario para los transportes y medicamentos y que esto permita una mayor asistencia a los controles y una mejor adherencia al tratamiento, entre otros.

La red de cuidadores debe suministrar ayuda mutua entre sus participantes, sensibilizar a la sociedad al desarrollar tareas de promoción y educación al público en general sobre los trastornos mentales y luchar contra la estigmatización y la discriminación.

La red debe promover al igual que todas las organizaciones u asociaciones de enfermedades mentales que ya existen, la realización de conferencias, talleres informativos sobre organización, grupos de apoyo, asistencia de relevo, capacitar a los cuidadores y a los profesionales y generar presión frente al gobierno para que aumente el presupuesto dispuesto para la salud mental y desarrolle la implementación de nuevas políticas en esta materia que beneficien a dicha población.

Dentro de las múltiples funciones que debe cumplir una red de cuidadores según la Organización Mundial de la Salud en 2001 se destacan algunas como las siguientes:

Promover la colaboración intersectorial en pro de la salud mental desde sectores gubernamentales como la mano de obra y empleo, comercio, educación, vivienda, servicios de asistencia social y sistema de justicia penal<sup>105</sup>.

---

<sup>105</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre salud en el mundo 2001. Op cit., capítulo 3 p.102

Dentro de la mano de obra y empleo se hace referencia a la creación de un entorno laboral positivo donde no haya discriminación, con unas condiciones de trabajo aceptables y programas de asistencia a los empleados, seguido de la integración de las personas con enfermedades mentales graves en la fuerza de trabajo y la adopción de políticas que fomenten niveles altos de empleo, retengan a las personas en la población activa y ayuden a los desempleados.

En lo que corresponde al comercio plantea la adopción de reforma económica que reduzcan la pobreza relativa y la pobreza absoluta además de análisis y corrección de cualquier impacto potencialmente negativo de la reforma económica en las tasas de desempleo.

En cuanto a la educación la aplicación de políticas de prevención de las bajas que se producen durante la educación secundaria, aplicación de políticas contra la discriminación en las escuelas, atención a los niños con necesidades especiales, como por ejemplo los que tienen problemas de aprendizaje.

Dentro de vivienda la concesión de prioridad al alojamiento de las personas con trastornos mentales, creación de centros de alojamiento (como casas de convalecencia), prevención de la discriminación en el alquiler de viviendas.

Haciendo referencia a servicios de asistencia social, la consideración de la presencia y la gravedad de las enfermedades mentales como factores prioritarios para la concesión de prestaciones sociales, logro de prestaciones para los familiares cuando estos son los principales cuidadores.

En cuanto a sistema de justicia penal, la prevención del encarcelamiento impropio de personas con trastornos mentales, ofrecimiento de tratamiento para los trastornos mentales y conductuales en las prisiones.

Todos estos elementos hacen parte de los factores protectores que se deben potencializar y la carencia de los mismos se convierte en factores de riesgo que debemos reducir o minimizar a través de acciones y organizaciones que velen y promuevan la defensa de los derechos que tiene esta población. La respuesta a esta necesidad es la creación de una red especializada de cuidadores de personas con trastorno mental.

El Gobierno Nacional, Departamental y Local debe articular y enfocar sus acciones teniendo en cuenta las necesidades de esta población y tratar de darle prioridad a la satisfacción de las mismas con la estimulación en la creación y funcionamiento de este tipo de asociaciones u organizaciones por medio de inversión de recursos económicos, logísticos, sociales y profesionales.

## BIBLIOGRAFIA

ALVAREZ LÓPEZ, Marcelino. XII Jornadas de salud mental y justicia. Una relación compleja e imprescindible para la atención sanitaria y social a personas con trastornos mentales graves. Aracena 4-5 de octubre 2007.

ARDILA, Enrique; SÁNCHEZ, Ricardo y ECHEVERRY, Jairo. Estrategias de investigación en medicina clínica. Editorial: El manual moderno. Edición 1ª. México 2001. ISBN 9589446051

ARGIMON PALLAS, José María y JIMÉNEZ VILLA, Josep. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Edición 3. 2007 Editorial: Elsevier Madrid-España.

ASTUDILLO A, Wilson y MENDINUETA A, Carmen. Necesidades de los cuidadores del paciente crónico: derechos de los enfermos y cuidadores. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa. Consultado (30 de abril de 2011) Disponible en: [http://www.eps-salud.com.ar/Pdfs/Paliativo\\_Astudillo\\_Necesidades\\_Cuidadores.pdf](http://www.eps-salud.com.ar/Pdfs/Paliativo_Astudillo_Necesidades_Cuidadores.pdf)

BURGOS GARRIDO, Paola y FIGUEROA RODRÍGUEZ, Viviana. Et al. Caracterización y nivel de conocimiento del cuidador informal de usuarios con dependencia severa adscritos al centro de salud Violeta Parra –

CASTRO BETANCOURTH, Dolly. Módulo de Epidemiología. Universidad Surcolombiana, facultad de salud. Neiva 2009.

CLAVIJO PORTIELES, Alberto. Crisis, familia y psicoterapia. 2da edición, La Habana - Cuba. Editorial Ciencias Médicas, 2011. ISBN 978-959-212-647-3

DE LOS REYES, María Cristina. Construyendo el concepto cuidador de ancianos. En: IV REUNION DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur

ESPIN ANDRADE, Ana Margarita. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cubana Salud Pública

GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA. Secretaria Departamental de Salud. Proyecto fortalecimiento del componente de Salud Mental de Política de Salud Pública "salud es vida, inclusión con equidad" Cali, Diciembre de 2007.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social.

GUTIÉRREZ, Achury A. y VANEGAS VIDAL, M. et al. Factores farmacológicos y no farmacológicos que afectan la adherencia al tratamiento de los pacientes esquizofrénicos dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva entre enero y junio de 2008.

LONDOÑO, Nora H.; MARÍN, Carlos A. y JUÁREZ, Fernando, et al. Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. . Suma psicológica, vol. 17, núm.1, junio, 2010, p. 7 Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=134215244005>

LÓPEZ, Marcelino. Alternativas comunitarias ante el estigma y la discriminación. La experiencia de Andalucía España. Acta psiquiát psicol Am lat. 2004, 50(2): 99-109.

MONTALVO PRIETO, Amparo y FLOREZ TORRES, Inna E. Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena (Colombia): Un estudio comparativo. *Salud, Barranquilla*. [online]. jul./dic. 2008, vol.24, no.2 [citado 28 Junio 2010], p.181-190.

\_\_\_\_\_ Amparo Astrid. Los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado, en la ciudad de Cartagena. *av.enferm*. [online]. 2007, vol.25, n.2 [cited 2010-06-28], pp. 90-100. Disponible en: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002007000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002007000200009&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0121-4500.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2004. Invertir en salud. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. .página web:[http://www.who.int/mental\\_health](http://www.who.int/mental_health)

\_\_\_\_\_. Informe sobre salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.

\_\_\_\_\_. Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Si a la atención, no a la exclusión 2006.

SANDOVAL MEJÍA, Sandra y TORRES Mary luz. Estudio epidemiológico de los trastornos mentales diagnosticados con mayor frecuencia por consulta externa y urgencias en el Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá en los años 2003, 2004, 2005 y 2006. Tunja 2007.

SAXENA, Sherhar; LLOPIS, Eva Jané .y HOSMAN, Clemen. Prevención de los trastornos mentales y del comportamiento: implicaciones para la política sanitaria y la práctica clínica.

SEOSANE, José Antonio. Derecho y salud mental. Capacidades, derecho, justicia. Cuadernos de psiquiatría comunitaria. Tratamiento ambulatorio involuntario. Vol. 6, N° 1. 2006

SLUZKI, Carlos. Redes el lenguaje de los vínculos. De cómo la red social afecta a la salud del sujeto y la salud del individuo afecta a la red social. España: Gedisa, 1996.

SOCIAL COLLIGATIO. Análisis de redes sociales (Online). Marzo 19 de 2008. Consultado (29 DE JUNIO 2010) Disponible en: <http://josegonzalezcorrales.wordpress.com/tag/analisis-de-redes-sociales/>

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL. Rehabilitación Psicosocial (fearp). Barcelona 2007 editor: Elsevier Doyma, S.L. Reservados todos los derechos. ISSN: 1696-9936 [www.fearp.org](http://www.fearp.org) volumen 4, número 1 enero-junio 2007.

UNIVERSIDAD DEL CAUCA. Caracterización del cuidador principal de pacientes con discapacidad de origen neurológico. Rev facultad de salud [online]. 2009 marzo, vol. 11 n. 1 [citado 2010-06-28] disponible en: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/Revista/1101032009.html>

WORLD PSYCHIATRY edición en español. Revista oficial de la asociación mundial de psiquiatría. Volumen 4 Número 1 (WPA) Abril 2006. Editor: M. Maj (Italy) ISSN:1697-0683

# ANEXOS

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGÍA

**Anexo A.** Encuesta de caracterización de cuidadores

CODIGO N° \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista \_\_\_\_ \_ Hora: \_\_: \_\_ Encuestador:

\_\_\_\_\_ Día mes

**1. DATOS PERSONALES DEL CUIDADOR**

01. Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: F \_\_\_\_\_  
M \_\_\_\_\_

02. Cuál es su edad en años cumplidos \_\_\_\_\_ Cual es su fecha de nacimiento  
/ \_\_\_\_\_

03. Es Usted: Soltero(a) \_\_ Casado(a) \_\_ Separado(a) \_\_ Unión libre \_\_  
Viudo(a) \_\_

04. Dónde nació Usted? \_\_\_\_\_  
Municipio Departamento

05. Nació en: zona rural ( ) zona urbana ( )

06. Dónde vive Usted? \_\_\_\_\_  
Municipio Departamento

07. Vive actualmente en: Zona rural ( ) \_\_\_\_\_  
Corregimiento o vereda

Zona urbana ( ) \_\_\_\_\_  
Barrio

08. Hace cuanto tiempo reside en ese sitio? \_\_\_\_\_  
Años Meses

09. En cuántos municipios ha vivido Usted durante los últimos cinco años?  
\_\_\_\_\_



Primaria bachillerato universidad

19. Obtuvo algún título al terminar sus estudios? (SI) (NO)Cuál?  
\_\_\_\_\_

20. Sería Ud. tan amable de informarnos qué, cantidad de dinero gana Usted Mensualmente? \$ \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

## 2. DATOS DE LA VIVIENDA

21. Su vivienda está ubicada en: Zona urbana: \_\_\_\_ Zona rural: \_\_\_\_

22. La vivienda donde usted vive es: Propia \_\_\_\_ arrendada \_\_\_\_ familiar \_\_\_\_

23. Cuántas habitaciones tiene la casa:

0 \_\_\_\_ 1 \_\_\_\_ 2 \_\_\_\_ 3 \_\_\_\_ 4 \_\_\_\_ 5 o más \_\_\_\_

24. Cuántas personas viven dentro de la casa: \_\_\_\_

25. Qué grado de parentesco tienen: \_\_\_\_\_

26. ¿Participan en el cuidado del enfermo? Si ( ) No ( )

Si contesta SI entonces díganos quiénes participan en ese cuidado:  
\_\_\_\_\_

27. Qué tipo de características posee la vivienda donde usted vive, marque con una x:

a. Piso

Tierra \_\_\_\_\_

Baldosa \_\_\_\_\_

Cemento \_\_\_\_\_

Madera \_\_\_\_\_

b. Paredes

Bahareque \_\_\_\_\_

Material \_\_\_\_\_

Madera \_\_\_\_\_

c. Techo

Zinc \_\_\_\_\_

Machimbre \_\_\_\_\_  
palmiche \_\_\_\_\_

28. Su vivienda cuenta con servicio de:

- a. Acueducto \_\_\_\_\_
- b. Alcantarillado \_\_\_\_\_
- c. Electricidad \_\_\_\_\_

29. Usted cocina con:

- a. Leña \_\_\_\_\_
- b. estufa a gas \_\_\_\_\_
- c. estufa eléctrica \_\_\_\_\_

### 3. DATOS SOBRE LA DEDICACIÓN AL CUIDADO

30. Según usted cual es el diagnostico del paciente:

Esquizofrenia \_\_\_\_\_ TAB \_\_\_\_\_ Trastorno de depresión \_\_\_\_\_ Trastorno de  
ansiedad \_\_\_\_\_ otro cual \_\_\_\_\_

31. Tiene usted conocimiento sobre el desarrollo de la enfermedad, sus signos y  
síntomas?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

32. Ha recibido alguna clase de orientación o explicación por parte del personal de  
salud sobre la enfermedad?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

33.Cuál es el tiempo que lleva como cuidador? Tiempo exacto por favor:

\_\_\_\_\_

34. Cuida a la persona desde el momento del diagnóstico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

35. ¿Cuántas horas diarias le dedica al cuidado?

- Más de 12 horas diarias
- 12 horas o menos

36. Le gustaría que se conformara un grupo de cuidadores a través del cual se le brinde información sobre el curso de la enfermedad y su tratamiento entre otros?

Si\_\_\_ No\_\_\_

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGÍA

**Anexo B.** Encuesta de caracterización del paciente

CODIGO N° \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ Hora: \_\_: \_\_ Encuestador:  
\_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_

**1. DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**

01. Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: F\_\_ M\_\_

02. Cuál es su edad en años cumplidos \_\_ \_ Cuál es su fecha de nacimiento \_\_ \_ \_  
\_ \_ \_  
Día mes año

03. Dónde nació ? \_\_\_\_\_  
Municipio Departamento

04. Nació en: zona rural ( ) zona urbana ( )

05. Dónde vive Usted? \_\_\_\_\_  
Municipio Departamento

. Vive actualmente en: Zona rural ( ) \_\_\_\_\_  
Corregimiento o vereda

Zona urbana ( ) \_\_\_\_\_  
Barrio

06. Hace cuanto tiempo reside en ese sitio? \_\_\_\_ \_  
Años meses

07. Es Usted: Soltero(a) \_\_ Casado(a) \_\_ Separado(a) \_\_ Unión libre \_\_  
Viudo(a) \_\_

08. De qué régimen de Seguridad social hace parte:

Contributivo \_\_\_\_ Subsidiado \_\_\_\_ Vinculado \_\_\_\_ No Tiene \_\_\_\_

09.Cuál es su EPS: \_\_\_\_\_

10. Usted trabaja? Si ( ) No ( )

Si responde SI por favor díganos en que trabaja  
\_\_\_\_\_ Independiente ( ) Dependiente ( )

11. Sería Ud. tan amable de informarnos qué, cantidad de dinero gana Usted Mensualmente? \$ \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .

12. Cuál fue el último año de estudios que cursó y aprobó? / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Primaria bachillerato  
universidad

13. Obtuvo algún título al terminar sus estudios? (SI) (NO) Cuál?  
\_\_\_\_\_

**2. DATOS SOBRE EL CUIDADO**

14. Desde hace cuanto tiempo le diagnosticaron a usted la enfermedad?  
Tiempo exacto por favor \_\_\_\_\_

15. Actualmente cuenta con alguien quien le brinde cuidados? Si ( ) No ( )

Si contesta SI continúe respondiendo los cuatro siguientes ítems, si responde NO continúe en el ítem número 21.

16. Desde hace cuanto tiempo esta persona lo cuida?  
Tiempo exacto por favor \_\_\_\_\_

17. Si es familiar cual es el parentesco: madre \_\_\_\_ padre \_\_\_\_ hermano \_\_\_\_  
cónyuge \_\_\_\_ hijo \_\_\_\_ otro cual: \_\_\_\_\_

18. ¿Tiene usted más de una persona que lo cuide? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Cuántas? 2 \_\_\_\_ 3 \_\_\_\_ o más \_\_\_\_

19. Puede usted brindarnos el nombre completo de dichas personas y algún número telefónico de

ellos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20. Si usted no tiene quien lo cuide elija una de las siguientes opciones que según usted expliquen mejor porque se presenta esta situación:

- a. Porque por los síntomas de la enfermedad su familia se cansó de cuidarlo  
\_\_\_\_\_
- b. Porque cuando usted se enfermó se negó a recibir ayuda de su familia  
\_\_\_\_\_
- c. Porque usted nunca ha tenido quien le brinde cuidado y protección  
\_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGÍA

**Anexo C.** Instrucciones para la entrevista y el diligenciamiento del formulario para la encuesta de caracterización de cuidadores. Neiva, 2010.

La ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN DE CUIDADORES está diseñada para ser aplicada a personas adultas de ambos sexos, que se encuentren hospitalizados en la unidad de salud mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva y se encuentren mentalmente lúcidos, es decir sin efectos de antipsicóticos y a sus respectivos cuidadores. Debe aplicarse a los participantes después de explicarles que han sido seleccionados para hacer parte de una investigación que tiene como objeto identificar las características edad, sexo, estrato socioeconómico, ocupación, seguridad social, nivel educativo, parentesco y lugar de procedencia de los cuidadores con el fin de promover la creación de una red de cuidadores de pacientes psiquiátricos para saber cuáles son esas condiciones sociodemográficas de dicho cuidador y de esta manera lograr identificar cuáles son sus mayores falencias, necesidades y de esta forma plantear mecanismos legales, sociales, comunitarios que permitan crear una red especializada de cuidadores a través de la cual se pueda obtener capacitación y financiación por parte del estado u otro tipo de entidades interesadas en ello. Esto con el fin de que haya más conocimiento frente al tema de los cuidados que se le pueden o deben brindar a un paciente con enfermedad mental de acuerdo a las características particulares del diagnóstico y con el objetivo de que haya una adecuada adherencia al tratamiento promovida con la ayuda del cuidador y una asistencia continua a los controles y demás gestiones o programas en los que el paciente pueda participar como por ejemplo aquellos donde se vinculan a ejercicios ocupacionales.

Después de saludar al paciente y hacer su presentación, pídale que lea, y si está de acuerdo, firme la hoja de consentimiento para participar en el estudio.

Luego de que la persona lea y firme la hoja de consentimiento, en la cual se le presenta el mismo texto que Ud. acaba de leer, se le solicita que conteste a las preguntas que usted va a leerle a continuación.

El entrevistador debe haber leído cuidadosamente este instructivo antes de hacer la primera entrevista, y en caso de duda al hacer una pregunta o anotar una respuesta, debe consultar inmediatamente al instructivo. Todo esto con el fin de que las encuestas queden todas igualmente bien diligenciadas y sean comparables entre si los resultados del estudio.

Los cuestionarios ya vienen marcados por el supervisor de las encuestas con un CODIGO, que va a servir para identificar al participante durante todo el estudio con los datos de sus cuidadores. Se debe ser muy cuidadoso en marcar con el mismo código las encuestas de los pacientes y sus cuidadores.

Luego Ud. debe anotar con letras y números bien legibles la fecha y hora de la entrevista, utilizando cada casilla para colocar un número. Igualmente legible debe ser el nombre del entrevistador.

Cada pregunta de la encuesta debe ser leída al entrevistado tal y como está escrita. Usted no puede interpretar a cada entrevistado la pregunta de una manera diferente. La única forma de preguntar lo mismo a todos es respetando estrictamente la regla de leerle la pregunta.

**EL AMBIENTE DE LA ENTREVISTA DEBE SER PRIVADO, NADIE DEBE ESTAR INTERRUMPIENDO LA ENTREVISTA, NI INDUCIENDO AL PARTICIPANTE COMO DEBE RESPONDER ALGUNA PREGUNTA. EL ENTREVISTADOR NO PUEDE FUMAR**

## **1. DATOS PERSONALES DEL ENTREVISTADO**

01. NOMBRE Y SEXO DEL ENTREVISTADO: anote con letra legible el nombre del entrevistado, y marque con una equis (X) en la casilla correspondiente el sexo a que pertenece.

02. EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO: se pregunta primero por la edad " Cuál es su edad en años cumplidos?", se consigna la edad declarada por el paciente, y luego se le vuelve a preguntar: " Cuál es su fecha de nacimiento? ", con el objeto de tener una mejor aproximación a la verdadera edad del entrevistado y evitar que este "redondee " la edad. En este paso el entrevistador vuelve a calcular el mismo la edad a partir de la fecha de nacimiento, y si el cálculo es diferente al del entrevistado, le pide a este que vuelva a hacer las cuentas de su edad y anota la cifra obtenida por ambos.

03. ESTADO CIVIL: en caso de respuestas ambiguas, tales como; "soy casado, pero hace 10 años no vivo con mi esposa", usted debe pedirle al entrevistado que defina cuál considera el mismo que es su actual estado civil.

04. LUGAR DE NACIMIENTO: registre el nombre del municipio donde nació y el departamento actual a que pertenece ese municipio.

05. NACIO EN ZONA URBANA O RURAL: es una variable importante para saber la historia migratoria del entrevistado. Marque con una equis (X) encima de la respuesta obtenida.

06. LUGAR DE RESIDENCIA: nos interesa saber el municipio dónde reside el entrevistado, si corresponde a barrio o vereda.

07. ZONA RURAL O URBANA: si vive en la zona urbana (pueblo o ciudades) o en el área rural (campo), información que es importantes para saber si esto dificulta o facilita la atención en salud de acuerdo al grado de distancia que exista con respecto a los centros de salud. HACE CUANTOS AÑOS vive en su lugar de residencia actual (o MESES en el caso de que lleve menos de un año de vivir en el lugar).

08. MUNICIPIOS EN LOS QUE HA VIVIDO DURANTE LOS ULTIMOS CINCO (5) AÑOS: nos interesa únicamente el número de municipios, para saber si ha cambiado de municipio de residencia; no nos interesa averiguar si durante ese tiempo ha estado cambiando de

09. VÍNCULO: esta pregunta busca identificar qué tipo de relación o vínculo existe entre el paciente y el cuidador. Si llegaron a ser familiares entonces saber que parentesco tienen, si de primer grado u otros.

10. NIVEL SOCIOECONOMICO: nos interesa saber si tiene sisben y que tipo de subsidios recibe del gobierno.

11. RÉGIMEN DE SEGURIDAD: se busca establecer si tiene recurso para pagar o no su sistema de salud y por lo también se pregunta EPS a la que está afiliado.

12. OCUPACIÓN: nos interesa saber si trabaja y en que lo hace, tal cual lo denomine la persona.

13. SI RECIBE O DA ORDENES: esta pregunta está orientada a examinar que tan presionada esta la persona en su trabajo. Debe leerse completa antes de que el entrevistado conteste alguna de ellas. Deténgase todo el tiempo necesario en cada párrafo, para que el entrevistado pueda identificar la situación en que el realmente se encuentra.

14. CUANTO GANA LA PERSONA: Esta es una de las preguntas más delicadas de hacer durante la entrevista. Debe leerse con mucha consideración, mostrando interés, y si el entrevistado se sorprende por este tipo de pregunta, debe explicarle que la pregunta solo va a ser utilizada con fines científicos para averiguar si entre los colombianos las diferencias de ingreso constituyen un riesgo para presentar enfermedad mental o esto al menos dificulta el que un enfermo mental tenga

intervención especializada tardíamente y si permite que tengan una buena calidad de vida. Tenga mucho cuidado de utilizar las casillas para consignar la respuesta.

15. EDUCACION: anote cuidadosamente en la casilla apropiada el último año de estudio que la persona cursó y aprobó en el sistema educativo. Mucha gente tiende a contestar: " Yo estudié 3 años de universidad ", lo que no nos dice es que los tres fueron en primer año de carrera.

16. TITULO OBTENIDO: nos interesa saber si la persona recibió grado de bachiller o un grado profesional y cuál.

## **2. DATOS DE LA VIVIENDA**

17. VIVIENDA: nos interesa saber si la vivienda es propia porque esto hace que no se trasladen frecuentemente y que se eviten el gasto de dinero en arriendo, además aquí también se obtiene información de las características de la vivienda en cuanto a servicios con los que cuenta (saneamiento básico) piso, techo, paredes y conocer el número de habitaciones que posee.

18. PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA: nos permite saber cuántas personas viven en la casa y si viven en condiciones de hacinamiento o no.

19. PARTICIPACION EN EL CUIDADO: nos permite saber si de las personas que viven en la casa alguien más le brinda cuidado o no al paciente y el parentesco que tienen.

## **3. DATOS SOBRE EL CUIDADO**

20. DIAGNOSTICO: nos permite identificar si la persona conoce el nombre de la enfermedad del paciente y el del desarrollo de la misma. Además el tiempo desde que se tiene la enfermedad.

21. TIEMPO COMO CUIDADOR: nos interesa saber el tiempo que lleva desempeñando este rol y cuantas horas diarias le dedica al cuidado.

22. TIEMPO DE CUIDADO: nos interesa conocer el tiempo exacto durante el cual le han brindado cuidado, si desde el diagnostico o menos.

23. CUIDADOR: nos permite saber si cuenta con uno o más de un cuidador y el parentesco que tiene con los mismos.

24. GRUPO DE CUIDADORES: nos interesa saber si al cuidador le gustaría recibir capacitación y orientaciones con respecto al desarrollo de la enfermedad y participar en grupos de autoayuda.

25. NADIE CUIDA: permite que la persona elija un enunciado que explique la razón del porque nadie lo cuida.

**AGRADEZCA AL ENTREVISTADO SU COLABORACION.**

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGÍA

**Anexo D.** Datos de historia clínica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Régimen de Seguridad social al que pertenece:

Contributivo \_\_\_ Subsidiado \_\_\_ Vinculado \_\_\_ No Tiene \_\_\_

Cuál es la  
EPS: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ código CIE-10 \_\_\_\_\_

Se reporta alguna persona como responsable: si \_\_\_ no \_\_\_

Nombre de persona responsable: \_\_\_\_\_ N° telefónico: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

*Fecha* \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGÍA

**Anexo E.** Consentimiento para participar en el estudio de caracterización de cuidadores

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, he sido informado que

La ENCUESTA DE CARACTERIZACION DE CUIDADORES está diseñada para ser aplicada a personas adultas de ambos sexos, que se encuentren hospitalizados en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva y se encuentren mentalmente lúcidos, es decir sin efectos de antipsicóticos y a sus respectivos cuidadores. Debe aplicarse a los participantes después de explicarles que han sido seleccionados para hacer parte de una investigación que tiene como objeto identificar las características edad, sexo, estrato socioeconómico, ocupación, seguridad social, nivel educativo, parentesco y lugar de procedencia de los cuidadores con el fin de promover la creación de una red de cuidadores de pacientes psiquiátricos para saber cuáles son esas condiciones sociodemográficas de dicho cuidador y de esta manera lograr identificar cuáles son sus mayores falencias, necesidades y plantear mecanismos legales, sociales, comunitarios que permitan crear una red especializada de cuidadores.

Es importante destacar que las condiciones sociodemográficas de los pacientes y de los cuidadores no son ni buenas ni malas, existen pacientes con esas características y los pacientes mentales suelen tener acentuadas pérdidas en la parte laboral y educativa si su enfermedad, sobretudo la psicosis es de temprana aparición.

Esta iniciativa surge con el propósito de que haya más conocimiento frente al tema de los cuidados que se le pueden o deben brindar a un paciente con enfermedad mental de acuerdo a las características particulares del diagnóstico y con el objetivo de que haya una adecuada adherencia al tratamiento promovida con la ayuda del cuidador y una asistencia continua a los controles y demás gestiones o programas en los que el paciente pueda participar. Es de aclarar que si el paciente o su cuidador rehúsan participar en la encuesta, esto no afectará o

alterará para nada el cuidado ni la calidad de la atención que sigue recibiendo el paciente en la Institución.

Los materiales que se van a emplear para obtener la información son entrevistas a través de las cuales se registra o responde una encuesta por lo cual no se corre ningún riesgo para la salud durante la entrevista.

Los resultados de la investigación serán socializados a los participantes y se realizara una reunión apenas se obtengan, por lo tanto doy mi dirección y número telefónico en la parte inferior de esta hoja para ser contactada. He entendido lo escrito arriba y libremente firmo esta hoja de consentimiento.

---

*FIRMA CUIDADOR*  
*CC:*

---

*TESTIGO*  
*CC:*

---

*Dirección*

---

*Municipio*

---

*Teléfono*

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGÍA

**Anexo F.** Consentimiento para participar en el estudio de caracterización de cuidadores

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, he sido informado que

La ENCUESTA DE CARACTERIZACION DE CUIDADORES está diseñada para ser aplicada a personas adultas de ambos sexos, que se encuentren hospitalizados en la unidad de salud mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva y se encuentren mentalmente lúcidos, es decir sin efectos de antipsicóticos y a sus respectivos cuidadores. Debe aplicarse a los participantes después de explicarles que han sido seleccionados para hacer parte de una investigación que tiene como objeto identificar las características edad, sexo, estrato socioeconómico, ocupación, seguridad social, nivel educativo, parentesco y lugar de procedencia de los cuidadores con el fin de promover la creación de una red de cuidadores de pacientes psiquiátricos para saber cuáles son esas condiciones sociodemográficas de dicho cuidador y de esta manera lograr identificar cuáles son sus mayores falencias, necesidades y plantear mecanismos legales, sociales, comunitarios que permitan crear una red especializada de cuidadores.

Es importante destacar que las condiciones sociodemográficas de los pacientes y de los cuidadores no son ni buenas ni malas, existen pacientes con esas características y los pacientes mentales suelen tener acentuadas pérdidas en la parte laboral y educativa si su enfermedad, sobretodo la psicosis es de temprana aparición.

Esta iniciativa surge con el propósito de que haya más conocimiento frente al tema de los cuidados que se le pueden o deben brindar a un paciente con enfermedad mental de acuerdo a las características particulares del diagnóstico y con el objetivo de que haya una adecuada adherencia al tratamiento promovida con la ayuda del cuidador y una asistencia continua a los controles y demás gestiones o programas en los que el paciente pueda participar. Es de aclarar que si el paciente o su cuidador rehúsan participar en la encuesta, esto no afectará o alterará para nada el cuidado ni la calidad de la atención que sigue recibiendo el paciente en la Institución.

Los materiales que se van a emplear para obtener la información son entrevistas a través de las cuales se registra o responde una encuesta por lo cual no se corre ningún riesgo para la salud durante la entrevista.

*Los resultados de la investigación serán socializados a los participantes y se realizara una reunión apenas se obtengan, por lo tanto doy mi dirección y número telefónico en la parte inferior de esta hoja para ser contactada. He entendido lo escrito arriba y libremente firmo esta hoja de consentimiento.*

\_\_\_\_\_  
*FIRMAPACIENTE (No menor de 18 años)*  
CC:

\_\_\_\_\_  
*TESTIGO*  
CC:

\_\_\_\_\_  
*Dirección*

\_\_\_\_\_  
*Municipio*

\_\_\_\_\_  
*Teléfono*

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGÍA

**Anexo G.** Libro de códigos

<b>CODIGO</b>	<b>NOMBRE</b>
CODIGO	Código consecutivo para cada formulario individual
SEXO	M= masculino F: femenino
EDAD	Edad del paciente en años cumplidos
FECHA DE NACIMIENTO	Fecha de nacimiento del paciente
SGSSS	Sistema general de seguridad social en salud C=contributivo E=especial S=subsidiado V=vinculado
EPS	Empresa promotora de salud
FECHA de INGRESO	Fecha de ingreso del paciente
DIAGNOSTICO	Diagnostico del paciente 1= otros 2=trastorno afectivo bipolar 3=psicosis secundaria a consumo de sustancias psicoactivas 4=esquizofrenia paranoide
RESP	Acudiente 0=no 1=si
PARENTESCO	Parentesco del paciente con el acudiente
DEPNPAC	Departamento de nacimiento del paciente
MUNVIVPAC	Municipio de nacimiento
ZONANAC	Zona donde nació el paciente U=urbana R=rural
DEPVIVPAC	Departamento donde vive el paciente
MUNVIVPAC_A	Municipio donde vive el paciente
ZONVIVPAC	Zona donde vive el paciente U=urbana R=rural
TRESPAC	Tiempo de residencia en la vivienda actual en meses
ECIVILPAC	Estado civil del paciente SP=separado S=soltero C=casado U=unión libre
TRABPAC	El paciente trabaja 0=no 1=si
TIPOTRAPAC	Tipo de trabajo I=independiente D=dependiente
OCUPAC	Ocupación del paciente
INGRMESPAC	Valor en pesos del ingreso mensual que recibe por su trabajo 0=ninguno 1=menos del salario mínimo 2=igual o superior al mínimo
ESCPAC	Escolaridad del paciente 0=sin estudios 1=primaria completa 2=primaria incompleta 3=secundaria incompleta 4=secundaria completa 5=estudios

	superiores
AÑOESTPAC	Años de estudio del paciente
TITULOPAC	Título del paciente obtenido por el estudio
TDESDEDIAG	Tiempo desde que tiene el diagnóstico del trastorno mental 1=menos de 1 año 2=entre 1 y 15 años 3=más de 15 años
CUIDADOR	Tiene cuidador 0=no 1=si
NUMCUIDA	Numero de cuidadores
TCUIDA	Tiempo en meses desde que esta persona lo cuida
PORQNOCUI	Porque no tiene cuidador A= Porque por los síntomas de la enfermedad su familia se cansó de cuidarlo B= Porque cuando usted se enfermó se negó a recibir ayuda de su familia C= Porque usted nunca ha tenido quien le brinde cuidado y protección
CODIGO_A	Código para cada formulario individual del cuidador relacionado con el del paciente
SEXO_A	M= masculino F: femenino
FECHNCUID	Fecha de nacimiento del cuidador
EDADCUID	Edad del cuidador en años cumplidos
DEPNACUI	Departamento de nacimiento del cuidador
MUNACUI	Municipio de nacimiento del cuidador
ZONACUI	Zona donde nació el cuidador U=urbana R=rural
DEPVIVCUI	Departamento donde vive el cuidador
MUNIVIVCUI	Municipio donde vive el cuidador
ZOVIVCUI	Zona donde vive el cuidador U=urbana R=rural
TRESCUI	Tiempo de residencia en la vivienda actual en meses
ECIVCUI	Estado civil del cuidador SP=separado S=soltero C=casado U=unión libre
RELCUIPA	Relación o parentesco cuidador paciente
NSEBAJO	Nivel socioeconómico bajo 0=no 1=si
SISBEN	Tiene sisben 0=no 1=si
FAMACC	Recibe subsidio de familias en acción 0=no 1=si
OTROSUB	Recibe otro subsidio del estado 0=no 1=si
SGSSSCUI	Sistema general de seguridad social en salud C=contributivo E=especial S=subsidiado V=vinculado
EPSCUI	Empresa promotora del estado
TRABCUI	Trabaja el cuidador 0=no 1=si
TIPTRACUI	Tipo de trabajo del cuidador I=independiente D=dependiente
OCUPCUI	Ocupación del cuidador

INGMESCU	Valor en pesos del ingreso mensual que recibe por su trabajo 0=ninguno 1=menos del salario mínimo 2=igual o superior al mínimo
ESCOCUI	Grado de escolaridad del cuidador 0=sin estudios 1=primaria completa 2=primaria incompleta 3=secundaria incompleta 4=secundaria completa 5=estudios superiores
AÑOESTCUI	Años de estudio del cuidador
TITULOCUI	Título del cuidador obtenido por el estudio
VIVCUI	Vivienda del cuidador P=propia A=arrendad F=familiar
NHABCUI	Número de habitaciones de la vivienda donde reside el cuidador
PERSVIVCUI	Número de personas que viven con el cuidador
PARTCUI	Las personas que viven en la casa participan en el cuidado del paciente 0=no 1=si
PISO	0=piso de tierra, 1=baldosa 2=cemento 3=madera
PAREDES	0=paredes de bahareque 1=material 2=madera
TECHO	0=palmiche 1=zinc 2=Machimbre
ALCANTARILLADO	1=sin conexión a alcantarillado, 0=conectado a alcantarillado
ACUEDUCTO	1=sin conexión a acueducto, 0=conectado a acueducto
ELECTRICIDAD	1=sin energía en la vivienda, 0=con energía
COCINA	0=leña 1=estufa a gas 2=estufa eléctrica
CONOCE	Tiene conocimiento sobre el desarrollo del trastorno 0=no 1=si
ORIENTAC	Ha recibido orientación por parte del personal de salud sobre la enfermedad 0=no 1=si
TIEMPOCUI	Tiempo que lleva como cuidador en meses
CUIDESDIAG	El cuidador cuida desde el diagnostico 0=no 1=si
HORASCUI	Horas diarias de cuidado 1=más de 12 horas 2=menos de 12 horas
GRUPOCUI	Le gustaría que se conformara una red de cuidadores de pacientes con trastorno mental 0=no 1=si

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGÍA

**Anexo H. Aprobación comité ética Hospital Universitario HMP de Neiva.**



Neiva, 3 Diciembre de 2010

Doctora  
**VIVIANA ANDREA CALDERON RAMIREZ**  
Psicóloga  
**Especialización de Epidemiología**  
Neiva

**ASUNTO:** Aprobación Comité Ética "**CARACTERIZACION DEL CUIDADOR DEL ENFERMO MENTAL HOSPITALIZADO EN EL HOSPIATL UNIVERSITARIO H.M.P. DE NEIVA**", a partir de la Fecha.

Cordial Saludo:

Una vez realizadas las aclaraciones sugeridas por el Comité De Ética del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo al Proyecto, "**CARACTERIZACION DEL CUIDADOR DEL ENFERMO MENTAL HOSPITALIZADO EN EL HOSPIATL UNIVERSITARIO H.M.P. DE NEIVA**", según consta en Acta No. 031 del 3 de Diciembre de 2010, no se encuentran objeciones desde el punto de vista ético para la ejecución del estudio en el en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.

  
**ANGELA MARIA SALCEDO RESTREPO.**  
Coordinadora Garantía de la Calidad

Proyecto: Indira Julieth Dussan

*¡ Servimos con calidez humana !*  
PBX: 8-71-59-07. Telefax: 8-71-44-15, 8-71-44-40, 8-71-91-91, 8-71-74-96  
[www.hospitaluniversitarioneiva.com.co](http://www.hospitaluniversitarioneiva.com.co) Email: [hospitalneiva@yahoo.com](mailto:hospitalneiva@yahoo.com)  
Dirección: Calle 9 Nro. 15-25. Neiva- Huila

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGÍA

Anexo I. Aprobación comité de ética Universidad Surcolombiana.



**Universidad Surcolombiana**

NIT 891.180.084-2

**FACULTAD DE SALUD  
COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN  
NCS-050**

Neiva, 13 de Octubre de 2010

Estudiante  
**VIVIANA ANDREA CALDERON RAMIREZ**  
Estudiantes Especialización en Epidemiología  
Ciudad

Cordial saludo,

El comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud en sesión del 12 de Octubre de 2010 y según consta en el acta No. 10 de la fecha, se permite informar que el proyecto **"CRACTERIZACIÓN DEL CUIDADOR DEL ENFERMO MENTAL HOSPITALIZADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA ENTRE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 2010"**. Fue aprobado.

Con el fin de hacer seguimiento a cada protocolo aprobado, el comité solicita a los investigadores informen acerca de:

- Cualquier anomalía acontecimiento adverso grave o inesperado durante el desarrollo de la investigación, en un plazo máximo de 15 días.
- Cualquier otra contingencia que ponga en riesgo a los pacientes a raíz de la investigación, modificaciones del protocolo, suspensión del ensayo y sus causas, en un plazo de 15 días.
- Informe final de la investigación en un plazo máximo de un mes después de terminada la investigación.

Atentamente,

**NANCY CERON SOLARTE**  
Secretaria

*Elaboró: Yofima R.*

Avenida Pastrana Borrero - Carrera 1a. A.A. 385 y 974 - PBX 8754753 - Fax 8758890 - 8759124 - 8752374 - 8752436  
www.usco.edu.co  
NEIVA - HUILA

*JK*  
13/10/10