



FACULTAD DE MEDICINA

**CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
SEGÚN SU PERCEPCIÓN**

CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES (C.R.A)

CUENCA-ECUADOR 2013-2014

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO
DE MÉDICO

AUTORAS: *María Belén Cubero Urgilés*

María Paz Castillo Cabrera

DIRECTOR: *Dr. Juan Aguilera*

ASESORA: *Dra. Yolanda Dávila*

Cuenca-Ecuador

RESUMEN

A pesar de los grandes avances que se han logrado dentro de la salud mental en los últimos años, la esquizofrenia sigue siendo un desafío para el campo de la medicina; ya que, reduce tanto la calidad como la esperanza de vida, por lo que es importante identificar la forma en la que los pacientes esquizofrénicos perciben su calidad de vida de acuerdo a la influencia de sus alucinaciones y delirios; establecer el nivel de calidad de vida a partir de la aplicación del cuestionario Sevilla y diferenciar las condiciones de vida que afectan a la percepción de su enfermedad.

Material y métodos: La presente investigación, es un estudio transversal descriptivo de tipo mixto, cualitativo-cuantitativo. El universo estuvo formado por todos los pacientes diagnosticados de esquizofrenia según los criterios del DSM- IV que asistieron al Centro de Reposo y Adicciones (C.R.A.) ubicado en la ciudad de Cuenca.

Resultados: a partir de la entrevista semiestructurada se identificó que el paciente que posee mejor calidad de vida, presenta favorables condiciones como el apoyo de su familia, el grado de instrucción académica, buen entorno social y mejor posición económica. Además con la aplicación del Cuestionario Sevilla de Calidad de vida se obtuvo que los pacientes que tienen mayor puntuación en aspectos favorables, presentan mejor satisfacción vital, autoestima y armonía, mientras que los pacientes que muestran más factores desfavorables; perciben su calidad de vida como poco óptima.

Conclusión: la percepción de la Calidad de vida de pacientes esquizofrénicos está determinada por la salud física, nivel de instrucción, relación familiar, situación económica, y la capacidad de comprender su entorno.

Palabras claves: esquizofrenia, percepción, alucinación, delirio

ABSTRACT

In spite of the significant advances that have been made in mental health in recent years, schizophrenia remains a challenge for the field of medicine, as it reduces both quality and life expectancy. Consequently, it is important to identify the way in which schizophrenic patients perceive their quality of life according to the influence of their hallucinations and delusions, establish their quality of life level after the application of the Seville Quality of Life questionnaire, and differentiate the living conditions affecting the perception of their illness.

Materials and Methods: This research is a mixed qualitative-quantitative descriptive cross-sectional study. The universe consisted of all patients diagnosed with schizophrenia according to DSM-IV criteria, who attended *Centro de Reposo y Adicciones* (C.R.A) located in the city of Cuenca.

Results: After the application of the semi-structured interview, it was identified that the patient who has better quality of life presents favorable conditions such as family support, level of academic instruction, good social environment and better economic position. In addition, through the application of the Seville Quality of Life questionnaire, it was possible to know that patients who have higher scores on favorable aspects present better life satisfaction, self-esteem and harmony; while patients showing more unfavorable factors perceive their quality of life as suboptimal.

Conclusion: The perception of quality of life of schizophrenic patients is determined by their physical health, level of education, family relations, economic status, and the ability to understand their environment.

Keywords: Schizophrenia, Perception, Hallucination, Delirium


Universidad Azuay
Dpto. Idiomas


Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2011, la esquizofrenia representa el 0,89% de la población general, y el 0,32% de los países en vías de desarrollo; a su vez, en países desarrollados la incidencia de esta enfermedad es de 19,68 casos nuevos por cada 100.000 habitantes¹. En estudios epidemiológicos realizados a nivel de Latinoamérica y el Caribe se muestra una prevalencia aproximada al 1% con psicosis no afectiva², mientras que en nuestro país, del total de pacientes atendidos en establecimientos de salud mental, la esquizofrenia corresponde al 1% de pacientes ambulatorios y al 38% de pacientes hospitalizados¹

A pesar de los grandes avances que se han logrado dentro la salud mental en los últimos años, la esquizofrenia sigue siendo un desafío para el campo de la medicina; ya que, reduce tanto la calidad cuanto la esperanza de vida, por lo que es importante reconocer la extrema dependencia y discapacidad a largo plazo que puede generar esta condición neuropsiquiátrica³. La sintomatología negativa que se presenta conjuntamente con los cambios en el estado de ánimo por efectos secundarios de los antipsicóticos y tratamientos combinados se asocia de manera inversa con la calidad de vida, siendo estos, un grupo de factores extrínsecos e intrínsecos, mismos que alteran la capacidad del paciente de entender y organizar los estímulos generados por el ambiente, para actuar en consecuencia de los mismos⁴.

Es difícil ponerse en los zapatos de otra persona, aún más si está enferma y peor aún si tiene algún trastorno psicótico, pero entonces ¿Cómo poder saber lo que piensa o lo que siente? Es todo un reto describir la vida de estos pacientes y el tormento que viven sus familiares día a día por asumir esta responsabilidad que se escapa de lo normal; por ello, en este trabajo se descifró cada una de las codificaciones que estos pacientes generan por su enfermedad y se interpretó como perciben la calidad de vida⁵, que involucra un concepto muy amplio, mediado de modo complejo por la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia y las relaciones sociales, para tener un enfoque más claro de su nivel cognoscitivo, la capacidad de involucrarse con su entorno y dificultad para distinguir lo bueno de lo malo.

Dentro de los objetivos específicos, identificamos la forma en la que los pacientes esquizofrénicos perciben su calidad de vida de acuerdo a la influencia de sus alucinaciones y delirios; establecimos el nivel de calidad de vida a partir de la aplicación del cuestionario

Sevilla⁶ y diferenciamos las condiciones de vida que afectan a la percepción de su enfermedad.

La esquizofrenia, es un trastorno psiquiátrico discapacitante que se caracteriza por ser crónica y recurrente, que implica alteraciones en el ámbito individual, familiar social y ocupacional⁴. Entre sus diferentes tipos se encuentra: el catatónico, que se caracteriza por presentar estupor, negativismo, rigidez catatónica, flexibilidad cerea y excitación psicomotriz; el tipo paranoide, que se define como la presencia de ideas delirantes, a menudo paranoides (tales como delirios de persecución, referencia, genealógicos) acompañado de alucinaciones, generalmente de tipo auditivo, de persecución, de referencia; el desorganizado, es un tipo de esquizofrenia en el cual predominan síntomas como afectividad aplanada o inapropiada, lenguaje y comportamiento alterados; el tipo residual, en el que se describe una ausencia de ideas delirantes, alucinaciones y alteración del lenguaje; sin embargo, pueden existir síntomas negativos como aplanamiento afectivo o abulia; finalmente, el tipo indiferenciado es aquel que cumple solo con el criterio A para esquizofrenia y no contiene rasgos para los tipos de esquizofrenia ya mencionados³.

Para definir el diagnóstico de esquizofrenia el DSM-IV estableció criterios según los síntomas de la enfermedad, sumándose la disfunción social u ocupacional durante al menos seis meses⁷. Finalmente, es importante resaltar el beneficio que brinden los resultados de este trabajo como aporte teórico, para motivar la elaboración de futuras investigaciones en el ámbito Psiquiátrico que ha sido pobremente estudiado a nivel cualitativo.

METODOLÓGÍA

Diseño: La presente investigación es un estudio transversal descriptivo de tipo mixto, cualitativo-cuantitativo.

Universo y muestra: El universo estuvo formado por todos los pacientes diagnosticados de esquizofrenia según los criterios del DSM- IV, que asistieron al Centro de Reposo y Adicciones (C.R.A.) ubicado en la ciudad de Cuenca. La muestra estuvo conformada por 6 pacientes, 3 de sexo masculino y 3 de sexo femenino, diagnosticados de esquizofrenia 1 año previo al inicio de este estudio, con edades comprendida entre 18 y 50 años y que se encuentren asistiendo frecuentemente a consulta psiquiátrica. Dentro de los criterios de exclusión se encontraban personas diagnosticadas de esquizofrenia fuera del rango de edad descrito anteriormente, que presenten exacerbaciones de la enfermedad durante el estudio y que no hayan estado dispuestas a colaborar.

Técnicas e instrumentos de medición: La obtención de datos necesarios para la presente investigación se realizó mediante una entrevista semiestructurada (Anexo 2), de 13 preguntas orientadas a la percepción del paciente sobre su calidad de vida y la aplicación del Cuestionario Sevilla de Calidad de vida (Anexo 3), es un instrumento diseñado para evaluar la calidad de vida del paciente esquizofrénico de acuerdo a la forma que el paciente lo percibe, dicho test fue validado en Chile en el año de 1998. El marco de referencia temporal fue el momento actual de la aplicación del cuestionario y la puntuación se realizó mediante una escala tipo likert de 5 valores, desde completo desacuerdo hasta completo acuerdo. El Cuestionario Sevilla consta de 59 ítems que se dividen en 12 subgrupos⁶:

Tres aspectos favorables:

- Satisfacción vital
- Autoestima
- Armonía

Nueve aspectos desfavorables de la calidad de vida:

- Falta de aprehensión cognitiva
- Pérdida de energía.
- Falta de control interno.
- Dificultad de expresión emocional
- Dificultad de expresión cognitiva.
- Extrañamiento o desfamiliarización
- Miedo a la pérdida de control
- Hostilidad contenida
- Autoestima

Procedimientos: Inicialmente se seleccionó a todos los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia que cumplieran con los criterios de inclusión, luego se eligió de forma aleatoria a seis participantes, cada uno de ellos firmó un consentimiento informado en el que autorizaron su participación (Anexo 1), posteriormente se realizó un primer acercamiento con cada sujeto en estudio en donde nos familiarizamos con su entorno, en un próximo encuentro se llevó a cabo una entrevista semiestructurada, en la que se evaluó las variables de estudio como la edad, sexo, tipo de esquizofrenia, tipo de alucinaciones, tipo de delirio, nivel de instrucción y nivel socioeconómico que influyen directamente en la vida del paciente y su familia. A continuación se aplicó el Cuestionario Sevilla de Calidad de vida para pacientes

esquizofrénicos en tres sesiones de 1 hora cada una; todo lo descrito se logró en un período de 8 meses y en cada reunión se contó con la presencia del paciente acompañado de su familiar.

Análisis de los datos: Los datos de la entrevista semiestructurada fueron sometidos a un proceso de categorización, mediante la realización de una matriz de doble entrada (Anexo 4), que incluía la edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, situación económica, desenvolvimiento social, relación interfamiliar y con su pareja, aquí se comparó las semejanzas y diferencias de cada paciente según su relato. Posteriormente con la información obtenida de dicha matriz, se formularon definiciones de los comentarios repetitivos de los seis pacientes.

Los resultados del cuestionario Sevilla de Calidad de vida (CSCV), se obtuvieron calculando la media aritmética de los puntos en los ítems que lo forman, todas las puntuaciones correspondieron entre 1 a 5 y no existió puntos de corte; por lo tanto, en los factores desfavorables, a mayor puntuación peor fue la calidad de vida y en los favorables, a mayor puntuación, mejor fue la calidad de vida.

RESULTADOS

Después de haber convivido múltiples experiencias con cada uno de los participantes en estudio y sus familiares, además de las entrevistas y la aplicación del cuestionario de calidad de vida de Sevilla, es complicado describir detalladamente la realidad a la que se enfrentan los participantes; sin embargo se recolectó información sumamente valiosa que se expone a continuación.

Participante I: Paciente de sexo masculino de 43 años de edad, católico, ingeniero comercial, es el último hijo de cuatro hermanos, cuenta con negocio propio, dejó de trabajar hace 6 meses por problemas económicos pero espera reincorporarse pronto; con su madre tiene buena relación, con el resto de su familia es distante, según el paciente, debido a la falta de apoyo y comprensión. Tuvo varias relaciones amorosas inestables “por mi agresividad e inseguridad no pude mantener una relación”. Su desenvolvimiento social está limitado, ya que tiene muy poca relación con sus vecinos, acude a grupos de oración de forma casual. El paciente desarrolló la enfermedad cuando su familia estaba atravesando una crisis económica y su padre fue diagnosticado de cáncer de próstata; por lo que, empezó a sentir un miedo profundo a estar solo, ya que presentía que le perseguían para matarle debido a que tenía una información valiosa. “Los Pérez me quieren hacer daño porque si hablo ellos

van a la cárcel”. Cierta día, el paciente se encontraba haciendo un trabajo en su habitación, entonces imaginó que la Virgen María le hablaba, se levantó y corrió hacia ella, lanzándose por la ventana, al caer fue sobre un vehículo. Tras su accidente fue llevado al hospital, donde fue atendido de su traumatismo, a los 3 días fue dado de alta y fue internado en el Centro de Reposo y Adicciones, donde le diagnosticaron de Esquizofrenia Paranoide. Desde ese momento empezó su tratamiento farmacológico, recuperándose de su patología notablemente. El paciente manifiesta “la medicación me provoca sueño y no me permite trabajar de forma adecuada”. El primer contacto con el paciente fue cuando se encontraba hospitalizado por una crisis, debido a la falta de cumplimiento con los fármacos, el paciente estaba agresivo y no quería conversar con nadie; tuvo varios enfrentamientos con los demás sujetos que se localizaban en el CRA, hasta el punto de haber tenido un riña con uno de ellos, siendo lastimado su globo ocular, por lo que fue llevado a emergencia del hospital; sin embargo, el paciente no recordaba nada de lo sucedido. “Yo no sé porque me internaron, si yo no hago nada; se quieren deshacer de mí, mis hermanos para quedarse con mi dinero”. Lo visitamos por varias ocasiones hasta que se estabilice su cuadro agudo, al ceder el mismo, el paciente fue más colaborador. En el segundo encuentro lo entrevistamos para conocer su vida y su desempeño social, el paciente estaba orientado en tiempo, espacio y persona, vestido de acuerdo a la edad y sexo; estaba preocupado por su padre y la economía de su familia, ya que su padre estaba en SOLCA recibiendo quimioterapia y no tenían el capital suficiente para cancelar el tratamiento. “¿Cómo voy a hacer yo para comprar mi medicación si en papá se va todo?”. El día de la entrevista el paciente nos llamó como 5 veces durante el día para preguntarnos si llegaríamos a la hora acordada, si conocemos el sector de su vivienda o si tenemos algún problema con la llegada; a partir de las 14h30 las llamadas fueron insistentes. En el tercer encuentro le aplicamos el Cuestionario Sevilla de calidad de vida, el paciente permaneció tranquilo, le explicamos el fundamento del cuestionario, respondió sin problema las preguntas; conforme le visitábamos el paciente se abría más y permitía una mejor comunicación.

Análisis del caso: El paciente mantuvo un buen comportamiento y fue colaborador durante la obtención de datos, respondió a la entrevista de forma adecuada, le interesa conocer su estado de salud mental, las características de la patología y como evitar su rápido deterioro. Permaneció orientado en tiempo, espacio y persona, al momento de realizar el cuestionario el paciente no tuvo problema. Se puede mencionar algunos factores en su vida que actuarían como estresores para el desarrollo de la enfermedad, como es el caso del cáncer de próstata de su padre, problemas económicos, dichos factores no son lo suficientemente significativos para justificar la gravedad de su enfermedad. La relación con su madre es excelente; sin

embargo, con el resto de su familia es problemático, con su padre ha tenido constantes enfrentamientos por el negocio que mantiene y que por ahora solo le causa pérdidas; por tal motivo, su padre le exige que venda el mismo. Puede percibir su calidad de vida, ya que en su juicio diferencia lo bueno de lo malo y se controla frente a situaciones difíciles, además reconoce la real de lo ficticio, ha podido convivir con las alucinaciones propias de su patología, llevar una vida tranquila y satisfactoria, puede desenvolverse en un medio social de forma correcta y entablar un diálogo sin problema.

Participante II: Paciente de sexo masculino de 43 años de edad, fue diagnosticado de esquizofrenia tipo paranoide cuando se encontraba en segundo curso del colegio, a los 12 años de edad tuvo que abandonar sus estudios debido a que presentaba fuertes problemas de conducta, sus profesores lo catalogaban como agresivo y peligroso, a pesar de tener buenas calificaciones fue expulsado de la secundaria y desde entonces se siente inútil “soy como una mesa que no hace nada de nada”, es el tercero de siete hermanos y guardaba buena relación con ellos hasta la adolescencia, vivían todos con sus padres por lo que ayudaban en el trabajo de la familia. Su madre recuerda que el paciente era una persona inteligente, tranquila y amorosa, pero cambio repentinamente “después todos le teníamos miedo porque nos lanzaba cosas y nos veía con odio”. El paciente indicó que escuchaba voces, que eran como si sus propios pensamientos se repitieran dentro de su cabeza “la mayoría de voces me repiten que me muera, que mi vida no vale un centavo y que ya es mi hora”. Él reconoce que un cambio significativo se produjo en su vida durante su adolescencia, perdió el interés en sus estudios, le gustaban las herramientas de mecánica y quería ser un gran experto en autos, pero luego “me enojaba fácil, yo sé que todos creían que yo era un parásito y le trataba mal a mi mamá porque no me entendía”. Posteriormente, sus padres visitaron a varios especialistas quienes le diagnosticaron de esquizofrenia; sin embargo, la causa de la enfermedad aun no la comprenden. Desde los 16 años de edad toma medicación que le ayuda a no ser agresivo, pero pasa dormido la mayor parte del tiempo por lo que le gusta encerrarse en su habitación. Debido a sus escasos recursos, en ocasiones dejó de tomar los fármacos y entró en etapa de crisis, por lo que ha estado hospitalizado varias veces “es muy feo ser una carga para mi familia y me siento tan mal por no ser normal como mis hermanos”. Hubo períodos en los que el fracaso repetitivo se intensificó tanto que le impedían salir de casa, lo que hizo que sea difícil avanzar con sus estudios y con su vida personal. Manifiesta que esta situación es molesta y perjudicial porque no puede vivir una vida normal. Actualmente colabora de forma infrecuente en el parqueadero público de su padre, a medida de lo posible tiene una buena relación con sus padres, aunque depende mucho de ellos, en especial de su madre quien se encarga de su aseo personal y lo motiva día a día,

tiene poca relación con el entorno que lo rodea, visita a su hermana de forma ocasional y no tiene problemas con sus vecinos o amigos, nunca ha entablado una relación por su personalidad introvertida y se muestra muy inseguro de sí mismo “no puedo querer a nadie, puedo matar si no cumplo mi tratamiento, mejor me quedo solo”.

Análisis del caso: El paciente participó de las entrevistas sin ningún problema, se notó interesado en conseguir más información sobre su estado de salud mental e interrumpió las entrevistas en varias ocasiones para preguntar sobre su enfermedad. En su vida hay una serie de eventos que se pueden definir como desencadenantes de la enfermedad pero no existe un factor crucial que justifique la magnitud del problema, a pesar de encontrarse estable al momento de las conversaciones, manifiesta que le gustaría tener una mejor calidad de vida y no depender exageradamente de sus padres. El paciente tiene una forma correcta de percibir y diferenciar lo correcto de lo incorrecto; además expresa la inconformidad que presenta por no sentirse una persona normal y repite en varias ocasiones que prefiere estar solo y que le gusta aferrarse a su pequeño mundo para no hacer daño a los demás y que no lo hagan a él. Entiende que sus alucinaciones forman parte de su alteración mental pero que no puede saber cuándo tiene recaídas, por lo que manifiesta la importancia por su terapia y quisiera ayudar a sus padres a conseguir un apoyo económico porque reconoce el alto costo que tiene su tratamiento.

Participante III: Paciente de sexo femenino de 44 años de edad, con instrucción secundaria completa, buena alumna, familia nuclear, primera de cinco hijos, se ocupa del cuidado de 2 niños tres veces a la semana por lo que recibe una mínima remuneración, por lo que prácticamente depende de su madre, vive en casa de sus padres y ayuda a su hermano con su trabajo en una papelería. Tiene buena relación con sus padres, especialmente con su padre, pero con sus hermanos tiene poca comunicación, debido a que le cuesta trabajo entender que su familia se preocupa por ella y se pone agresiva cuando le cuestionan un mal comportamiento. Se lleva bien con sus vecinos y gente que la rodea, le gusta salir a caminar y conversar con los clientes de su hermano. No ha tenido pareja desde que tuvo problemas con su primer enamorado, “intentó aprovecharse de mí en varias ocasiones” y la dejó llena de desconfianza. “Mi padre es mi luz, siempre está pendiente de mí”. La paciente obtenía excelentes calificaciones, eligió ingeniería civil en la universidad, se encontraba en el preuniversitario cuando desencadenó la enfermedad. Su padre falleció en un accidente de tránsito, dejándolos con múltiples deudas; desde aquel momento la paciente empezó a considerarse insegura y con miedo a que los demás le quieran hacer daño, pues ya no contaba con su protección. La paciente refería sentir cosas extrañas, animales (cucarachas

y arañas) que le perseguían y caminaban por su cuerpo que estaba sucio, por lo que se bañaba hasta cuatro veces diarias, motivo por el que tenía problemas en su hogar; además escuchaba a gente desconocida y a su familia conversar de ella para hacerle daño, razones por las que en varias ocasiones fue agresiva y en una crisis lastimó a su madre con palos, por lo que fue internada en el Centro de Reposo y Adicciones, desde aquel momento la paciente se encuentra estable, con la toma correcta de la medicación; sin embargo, cuando la paciente tiene iras no se puede controlar, siendo violenta con el entorno que la rodea por lo que tiene conflictos con su familia. Durante el primer encuentro la paciente estaba orientada en tiempo, espacio y persona, vestida de acuerdo a la edad y sexo, con un aseo personal adecuado, colaboradora. Conversamos acerca de su vida y sus relaciones interpersonales, nos contó que trabaja para una familia cuidando niños, le gusta salir de paseo, no le cuesta comunicarse con los demás, tiene buena relación con sus vecinos; sin embargo, con uno de sus hermanos y su cuñada tienen constantes enfrentamientos porque no le gusta que le protejan o le controlen sus actos; al conversar con su madre nos afirmó que la familia donde labora no le remuneran y se aprovechan de su estado. “No me dejan salir a trabajar porque quieren que les sirva a ellos”. En el segundo encuentro, la entrevistamos para profundizar el conocimiento de su vida y desenvolvimiento social; ese día había tenido un problema con su hermano por lo que estaba indispuesta, lo que dificultó un acercamiento, le preguntamos qué había pasado; sin embargo, no supo responder y únicamente repetía “estoy harta que se metan en mi vida”; esperamos hasta que se tranquilice, la paciente parecía estar desorientada, al pasar el tiempo la paciente colaboró de mejor manera. En el tercer encuentro le aplicamos el Cuestionario Sevilla de calidad de vida, la paciente permaneció con un comportamiento adecuado, le explicamos el fundamento del cuestionario, respondió sin problema las preguntas; además nos comentó de la familia para la cual trabaja, diciendo que la tratan bien y al permanecer con los niños ella se siente viva.

Análisis del caso: La paciente mantuvo un comportamiento aceptable y fue colaboradora durante la obtención de datos, respondió a la entrevista de forma adecuada; sin embargo, negaba estar enferma y no sabía el por qué sus familiares le prohibían salir de su casa y hablar con extraños. Se puede mencionar algunos factores en su vida que actuarían como estresores para el desarrollo de la enfermedad, como la muerte inesperada de su padre, que le causó gran dolor, pero que reaccionó de forma no esperada. La relación con su padre fue excelente; sin embargo, con el resto de su familia es problemática, con el hermano y su cuñada presenta constantes enfrentamientos; su nivel económico es otro factor desfavorable debido a que sobreviven gracias a una papelería que no representa mayor remuneración. Ella puede percibir su calidad de vida, ya que en su juicio diferencia lo bueno de lo malo, además

distingue lo real de lo ficticio y ha podido convivir con las alucinaciones propias de su patología; le cuesta controlarse frente a situaciones difíciles y no acepta la gravedad de su patología.

Participante IV: Paciente de sexo masculino de 27 años de edad, no pudo culminar sus estudios en la secundaria debido a que presentaba dificultad para entender las explicaciones de sus profesores, fue transferido a una escuela para personas con discapacidad mental por problemas en el aprendizaje, es el último de seis hermanos. Vivía con su familia hasta que cumplió 15 años, después cada hermano formó su propio hogar, su padre abandonó la casa y su madre fue la única persona que se quedó con él. Tuvo una adolescencia rebelde, salía de su casa en busca de trabajo y regresaba después de varias semanas drogado “mis aminguis me comprendinguis, me ayudaban a olvidar a mi padre”, poco tiempo después comenzó a ver cosas fuera de lo normal “un simionguis me sigue a todas partes”, repetía sonidos que según él escuchaba y agregaba el sílabo “anguis” al final de ciertas palabras; su madre consideró que era efecto de las sustancias que consumía en la calle, por lo que encerró a su hijo y éste la agredía para poder salir. Fue internado en un centro psiquiátrico, en el cual le diagnosticaron de esquizofrenia y desde entonces tiene tratamiento farmacológico; sin embargo, no cumple con regularidad su terapia por lo que ha sido hospitalizado en varias ocasiones. “Soy solanguis en la vida porque nadianguis me quiere”. La madre del paciente se siente desesperada, ya que se considera incapaz de proteger a su hijo y toda la familia insiste que lo abandone porque es una carga muy grande para ella. El paciente repite que no se siente querido por sus hermanos, en especial por su padre que lo abandonó cuando era muy pequeño, demuestra un fuerte resentimiento y evade el tema cada vez que se le pregunta sobre su familia. Está convencido que todo su tormento comenzó cuando escuchaba la voz de su papá por todos lados y veía animales que lo perseguían para comerlo. Sus amigos le ayudaron a facilitar su vida “me ayudanguis con la pastillanguis de la felicidad” y se olvidaba por un momento del caos que era su vida. Actualmente se encuentra internado en el CRA debido a que presentó una crisis hace 1 mes; sin embargo, al momento está estable, responde las preguntas con dificultad pero se hace entender, a pesar que su lenguaje con neologismo complica la comunicación, establece pequeñas conversaciones con sus compañeros de cuarto y la mayor parte del tiempo pasa encerrado, no presenta delirios de persecución durante las entrevistas, pero menciona que durante la noche observa animales que lo esperan fuera de la habitación para atacarlo.

Análisis del caso: El paciente formó parte de las entrevistas sin mayor problema, aunque en la aplicación del cuestionario se le dificultó entender varias preguntas. Existen varios factores

estresantes que se presentaron en el desarrollo de la esquizofrenia. De alguna manera, el abandono por parte de su padre y la falta de apoyo de sus hermanos ha dominado la vida del paciente. La magnitud del impacto emocional por la pérdida de su progenitor es obvia, incluso hay momentos en los que se muestra triste con tendencia al llanto. Percibe su vida como un sufrimiento real y describe su baja calidad de vida a través de la soledad, el abandono, el miedo y la falta de apoyo en su vida, sabe que no es socialmente aceptado pero cree que no es grave su condición mental.

Participante V: Paciente de sexo femenino de 40 años, con instrucción secundaria incompleta, católica, divorciada, primera hija de 6 hijos, ayuda a su madre en labores de la casa, se encarga de la cocina y no ha tenido problemas en salir de compras, depende básicamente de su madre, con la que mantiene una excelente relación; sin embargo, ha tenido fuertes discusiones por abandono del hogar sin comunicar, su madre es una persona de edad avanzada con patología crónica añadida, sobreviven gracias a los bonos del estado; con sus hermanos no hablan desde hace varios años, a excepción de un hermano que vive con ellas y que también padece una alteración psiquiátrica de causa orgánica. Hace varios años se separó de su esposo por falta de comprensión, con el cual tuvo una hija, la misma que creció bajo el cuidado y protección de su padre, debido a que la paciente era incapaz de hacerse responsable por su patología. La paciente se casó muy joven, a los 15 años, su familia se interpuso a su matrimonio, debido a que el sujeto tenía poca responsabilidad y afán de superación; sin embargo, la paciente no dio importancia a aquella especial circunstancia y seguía adelante con su propósito. Al inicio su relación fue llevadera porque todavía no se visualizaba las actitudes negativas de la personalidad de su pareja, sumado a ello las carencias económicas de una persona que no tenía metas en su vida; conforme pasó el tiempo los problemas familiares, los llevó al fracaso. Estos antecedentes constituyeron un detonante para que durante su primer embarazo y su parto se desencadene la enfermedad; la paciente refiere “a mi primer hijo recién nacido lo enterré vivo por pedido de mi esposo”. Situación que no se puede confirmar, desde aquel momento la paciente presenta constantes alucinaciones visuales con su hijo. Posteriormente se da un segundo embarazo, pero en esta ocasión se separa de su esposo, el mismo que se dedica al cuidado de su hija; manteniendo poco contacto y afectividad hacia la misma. “Yo no le quiero a mi hija, porque ella es mala conmigo”. La paciente estuvo internada en el C.R.A. por varias ocasiones por tener irritabilidad, agresividad hacia su madre, sentimientos extraños, delirios de persecución y alucinaciones visuales y auditivas, por lo que toma medicación constante, para estabilizar su patología. En el primer encuentro con la paciente se encontraba en su hogar con su madre y hermano, el mismo que también fue diagnosticado de esquizofrenia de causa orgánica (tras

un accidente de tránsito), la paciente estaba orientada en tiempo, espacio y persona, vestida de acuerdo a su edad y sexo, demostraba falta de interés propio, aparentaba mayor edad que la que tenía. En nuestra presencia se dio un enfrentamiento con su hermano y su madre, debido a la pérdida de su documento de identidad. Durante el segundo contacto se realizó la entrevista para profundizar el conocimiento de su vida y sus relaciones, en la que la paciente respondió de forma coherente las preguntas planteadas; nos comentó que estaba enamorada de un chofer, por el que se escapaba de su casa. En su último viaje el sujeto la abandonó y robó sus pertenencias, dejándola sin dinero y documentos, por lo que su madre tuvo que ir por ella. En el tercer encuentro la paciente se encontraba tranquila, alegre y nos contó sobre un nuevo amorío, el cual no quiso profundizar. Finalmente le aplicamos el Cuestionario Sevilla de calidad de vida.

Análisis del caso: La paciente mantuvo un comportamiento bueno y fue colaboradora durante la obtención de datos, respondió a la entrevista de forma adecuada, se interesaba de su enfermedad, permaneció orientada en tiempo, espacio y persona, al momento de realizar el cuestionario la paciente no tuvo inconveniente. Se puede mencionar algunos factores en su vida que actuarían como desencadenantes para el desarrollo de la enfermedad, como problemas matrimoniales y su embarazo; la paciente busca la soledad para evitar que le hagan daño. La relación con su madre es excelente; sin embargo, con el resto de su familia es problemática, presenta constantes enfrentamientos con su hermano; su nivel económico es limitado y su madre es una persona anciana con varias comorbilidades; por todo lo mencionado la paciente percibe que su calidad de vida es deteriorada.

Participante VI: Paciente de sexo femenino de 21 años de edad, estaba cursando su tercer año de la secundaria cuando empezó a manifestar signos de agresividad con sus compañeros y hermanos, sus padres por miedo a que se haga daño interrumpieron sus estudios y la obligaron a permanecer en su habitación la mayor parte del día. Con el tiempo continuó presentando características negativas, por lo que fue llevada a un especialista quien hizo el diagnóstico de “alteración de los nervios”, tomaba medicación por dos meses y al ver que no mejoraba la llevaron a un centro de salud mental en donde estuvo internada tres meses y se estabilizó. Ya no pudo continuar estudiando pero ayudaba a su padre en las labores del campo, a su madre con las tareas del hogar e incluso a sus hermanos con deberes escolares, pero permanecía en su cuarto sola por varias horas, sus padres comentan que la escuchan conversando con ella misma y peleando con las cosas pero cuando entran a la habitación se esconde de ellos. Tiene buena relación con sus hermanos aunque en ocasiones pelean y les agrede pero ellos se defienden e inmediatamente se pone más agresiva hasta el punto de

golpear las paredes. Le gusta dibujar personas sin rostro, refiere que los ojos de las personas le dan miedo, sale de su casa con sus padres, se ha perdido en varias ocasiones pero se orienta con facilidad. Tiene dificultad para hablar y expresar lo que siente, le da vergüenza que se burlen de ella como lo hacían en el colegio y es obediente cuando le envían a realizar alguna actividad o le prohíben algo. “Yo veía bichos que me querían chupar la sangre y yo les mataba”, relata que cuando está en su habitación se siente segura y que nadie la persigue, canta en voz alta para que los insectos no se acerquen, tiene miedo que algún día muera por una enfermedad transmitida por vectores “si los bichos me pican me muero con esa enfermedad fea”, sus alucinaciones se presentan sólo cuando interrumpe su tratamiento. Le desagrada el ruido, se asusta cuando sus hermanos pelean por lo que se defiende gritando o huyendo a un lugar más aislado, no se acerca al más pequeño de la casa pero con su hermana mayor tiene discusiones frecuentes. Lastimosamente no cuenta con los recursos necesarios para cumplir el tratamiento a largo plazo y tiene recaídas que obligan a sus padres a encerrarla para cuidar al resto de la familia. “Mi hija se enoja tanto que la tengo que amarrar”, esto ha ocurrido en varias ocasiones y se sienten mal cada vez que su hija llega a esas condiciones.

Análisis del caso: La paciente se mostró colaboradora en las entrevistas, en un inicio fijaba su mirada a un lugar en especial y no respondía las preguntas realizadas, luego se familiarizó lo que facilitó su comunicación. Es una joven que depende totalmente de sus padres, quienes viven de lo poco que logran conseguir para su sustento diario, alimentación y medicación de la paciente. La escasa comunicación que presenta con sus padres es buena, pero con sus hermanos tiene constantes discusiones debido a su estado mental, tiene una buena relación con sus vecinos y amigos, le gusta compartir con ellos el poco tiempo que sale de su habitación. Hay factores que atribuyen su enfermedad como el bajo nivel económico de su familia, la poca instrucción de sus padres y la privación de su libertad como forma de castigo; sin embargo, la paciente está estable y percibe que su vida es diferente a la de sus seres queridos pero sale adelante con su condición enfrentando sus miedos y temores. Considera que su calidad de vida no es la peor pero tampoco es la mejor.

Definiciones y categorías de análisis

Al realizar una comparación, podemos observar características propias de la esquizofrenia que comparten todos los participantes, por lo que estructuramos una categoría de análisis a partir de la información obtenida de la entrevista, semiestructurada, que tiene como propósito definir rasgos que los identifican; en el caso de los pacientes II, IV y VI se evidencia similares problemas en su desenvolvimiento social, dificultad interpersonal y tendencia a la soledad,

debido a sus condiciones socioeconómicas y la severidad de su trastorno, que influye directamente en su calidad de vida. Por otro lado los pacientes I, III y V muestran menos inconvenientes para conseguir trabajo debido a su nivel de instrucción, señalando que colaboran en las actividades domésticas, de campo y negocios familiares. La agresividad y el miedo son factores presentes en todos los participantes en igual magnitud pero su forma de afrontarlos es diferente e influye en la percepción de su calidad de vida.

CARACTERÍSTICAS	PCTE	DEFINICIONES
Instrucción	II, VI I, VI	“Yo era excelente alumno hasta que me enfermé” “Mi hijo/a era inteligente”
Trabajo	III, V I, III	“Ayudo en las labores de la casa” “No puedo conseguir trabajo”
Agresividad	I, IV, VI III, V I, VI	“No puedo controlar mis impulso” “Me enoja que se metan en mi vida, cuando tomo decisiones” “Suelo alzar la mano cuando tengo iras”
Dificultad interpersonal	II, IV II, IV, VI II, III, IV	“Se me hace difícil expresar mis sentimientos” “No puedo comprender a los demás” “No puedo conseguir citas”
Soledad	II, IV, VI I, III, VI	“Me gusta estar solo” “Al estar solo no me pueden hacer daño los demás”
Desenvolvimiento social	II, IV, VI I, II, IV II, III, V III, VI	“No puedo comunicarme con los demás” “Perdí a mis amigos” “La gente se aprovecha de mi estado mental” “La gente tiene miedo a que les lastime”
Somnolencia	II, III, IV I, VI II, VI	“La medicación me provoca sueño” “Paso cansado todo el día” “Duermo mucho”
Miedo	IV, V II, IV	“Abandono familiar” “Nadie me quiere”

Resultado del cuestionario Sevilla de calidad de vida

Los pacientes que tienen mayor porcentaje en aspectos favorables (superior a 75%) son los participantes I, III y VI, ya que presentan mejor puntuación en los ítems de satisfacción vital, autoestima y armonía, lo que indica una calidad de vida adecuada; a su vez, los pacientes II, IV y V, suman valores más altos en factores desfavorables (sobre el 69%) como falta de aprehensión cognitiva, pérdida de energía, falta de control interno, extrañamiento, miedo a la pérdida de control, hostilidad, dificultad de expresión emocional y cognitiva, esto significa que poseen una calidad de vida no adecuada. De esta manera tenemos que el paciente I posee 84,6% en aspectos favorables, mientras que en aspectos desfavorables presenta apenas un 50%, el paciente VI obtiene en aspectos favorables 81,5% y un 65,5% en aspectos desfavorables, el paciente III tiene 78,5% en aspectos favorables con 63,9% en aspectos desfavorables. Por otra parte el paciente IV alcanza la puntuación más alta en los aspectos desfavorables con un 76,1%, sin embargo consigue un 70,8% en aspectos favorables, lo que impide catalogarlo en una calidad de vida no adecuada; el paciente II logra un resultado de 71,3% en aspectos desfavorables con un 55,4% en aspectos favorables. Finalmente el paciente V consigue 69,1% en aspectos desfavorables y 49,2% en aspectos favorables, lo que justifica una mala calidad de vida.

Se puede realizar una correlación de los ítems que forman parte tanto de los aspectos favorables como desfavorables para analizar la calidad de vida de los participantes; de esta manera tenemos que el paciente I obtiene el valor más alto en aspectos favorables como en el caso de los ítems autoestima y armonía, sin embargo en satisfacción vital su puntuación no es la mejor, evidenciándose así una percepción favorable bastante aceptable sobre su calidad de vida. Si nos vamos al otro extremo de la misma categoría, el paciente V presenta el porcentaje más bajo en los tres ítems, lo que refleja una calidad de vida menos óptima. En cuanto a los aspectos desfavorables, el paciente I muestra el puntaje inferior, coincidiendo con los resultados citados anteriormente; a su vez el paciente IV tiene la mayor puntuación en esta categoría con un alto porcentaje en falta de control interno, dificultad de expresión emocional y hostilidad contenida lo que determina pobre calidad de vida según su percepción.

ASPECTOS FAVORABLES						
CATEGORÍAS	PCTE I	PCTE II	PCTE III	PCTE IV	PCTE V	PCTE VI
Satisfacción vital (/25)	19	15	23	15	11	23
Autoestima (/20)	19	11	12	16	10	14
Armonía (/20)	17	10	16	15	11	16
TOTAL (máximo 65)	55	36	51	46	32	53
Porcentaje (%)	84,6	55,4	78,5	70,8	49,2	81,5
ASPECTOS DESFAVORABLES						
Falta de aprehensión cognitiva (/25)	11	18	17	20	22	13
Pérdida de energía (/50)	25	27	37	35	35	35
Falta de control interno (/35)	15	26	23	31	28	20
Dificultad de expresión emocional (/25)	14	24	15	21	20	18
Dificultad de expresión cognitiva (/35)	28	25	17	28	21	28
Extrañamiento (/15)	3	10	14	12	8	11
Miedo a pérdida de control	9	12	6	7	7	12
Hostilidad contenida (/15)	5	8	5	7	11	3
Autoestima (/15)	5	14	13	14	7	11
TOTAL (máximo 230)	115	164	147	175	159	151
PORCENTAJE	50	71,3	63,9	76,1	69,1	65,5

DISCUSIÓN

Al culminar con la presente investigación cualitativa-cuantitativa se ha establecido a la esquizofrenia como una enfermedad difícil de abordar debido a los múltiples factores que implica el desarrollo de la misma, se realizó un análisis de la percepción individual que tiene cada paciente sobre su calidad de vida a partir de la entrevista, se identificó que la calidad de vida es de naturaleza netamente subjetiva y que en los pacientes esquizofrénicos la percepción no se encuentra afectada por las alucinaciones o delirios que pueden manifestar como parte de la sintomatología propia de la enfermedad; es decir que a pesar de sobrellevar un trastorno psicótico son capaces de diferenciar lo real de lo ficticio y han logrado sobrevivir con ello, tal como se menciona en el estudio realizado en Suecia⁸ que los pacientes esquizofrénicos son capaces de sentir y comunicar sus propios déficits.

Nuestros resultados defienden que la calidad de vida de personas que padecen esquizofrenia está fuertemente relacionada con el nivel económico, el grado de instrucción tanto de los pacientes como de sus familiares y de la accesibilidad a un centro de salud mental, como apoyan otras investigaciones que afirman que los pacientes que tenían ocupación laboral y apoyo familiar presentan mejor calidad de vida⁹; mientras que el paciente que tiene peor calidad de vida no cuenta con los mismos beneficios, por lo que suma más factores estresantes para deteriorar su existencia.

Cada paciente en estudio tiene un concepto de lo que es una vida normal, que abarca trabajar, tener una familia y ser socialmente activo, pero no poseen la capacidad necesaria de afrontar esa realidad para fijarse metas como en el caso de los participantes II y IV, al mencionar su falta de interés por superarse o iniciar una relación en algún momento de su vida, a pesar de tener ideas sobre su futuro, carecen de un plan específico y su proyecto de vida se enfrenta a un vacío.

Es característico la preferencia que poseen todos los participantes por aislarse de su entorno y la dificultad que muestran para comunicarse y relacionarse con la gente de su alrededor; al igual que la falta de interés que manifiestan por su apariencia personal que afecta directamente en su vida cotidiana, como describe Pozón¹⁰, los pacientes con esquizofrenia tienen una calidad de vida más baja que la población en general y los enfermos físicos.

La aplicación del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida estableció que los pacientes esquizofrénicos que participaron en la investigación presentan una aceptable calidad de vida,

en el caso de los participantes I, III y VI son los que obtuvieron mayor puntuación y por lo tanto tienen una mejor percepción de su calidad de vida, por otro lado los pacientes II y IV son los que muestran más aspectos desfavorables lo que deteriora la misma, de esta forma dejamos constancia que si es posible valorar la calidad de vida de pacientes con trastornos mentales según su percepción a partir de instrumentos de medición validados¹¹, si son empleados correctamente; sin embargo el paciente V percibe su calidad de vida como regular, ya que si bien el puntaje en aspectos favorables es el más bajo (49.2%), la puntuación de los factores desfavorables se encuentra en el límite inferior, lo que impide calificar a la calidad de vida como adecuada o no adecuada; y por esta razón dejamos planteada la siguiente interrogante ¿Los cuestionarios basados únicamente en la percepción dan una imagen real de la calidad de vida de pacientes con trastornos psicóticos?

Consideramos también importante profundizar en futuras investigaciones sobre cada uno de los factores que influyen en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia, que involucren no solo la esfera individual, sino también familiar y social, en especial esta última; como respalda el estudio realizado por Pozón, quien afirma que la vida de pacientes psicóticos depende de un manejo multidisciplinario conjuntamente con el apoyo social¹⁰.

CONCLUSIONES

Al finalizar con nuestra investigación podemos concluir que la percepción de la Calidad de vida de pacientes esquizofrénicos está determinada por la salud física del sujeto, nivel de instrucción, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, situación económica, y la capacidad de comprender su entorno y actuar en consecuencia a los impulsos que reciben.

Llama la atención la forma en que los pacientes perciben su calidad de vida a partir de un significado personal influenciado por el miedo al ridículo, sentimiento de abandono y sensación de impotencia que poseen todos los participantes; concluyendo así que la percepción de la calidad de vida de pacientes esquizofrénicos puede medirse desde diferentes ámbitos tanto subjetivos como objetivos, mencionando la capacidad de cada individuo para desenvolverse en el medio que le rodea, ya sea participando en labores sociales, actividades o relaciones interpersonales, además de convivir con la distorsión de la realidad. Por tal motivo estos pacientes necesitan la comprensión y apoyo de sus familiares ya que son el pilar fundamental y un tratamiento multidisciplinario con experiencia suficiente fortaleciendo así la confianza en sí mismos y su calidad de vida.

La agresividad e impulsividad que presentan los seis participantes son características negativas por las que son discriminados a nivel familiar y social, lo que interfiere con las relaciones interpersonales que justifica la inestabilidad para mantener una pareja estable o formar un hogar. Se observa además, una asociación entre las etapas iniciales de la enfermedad y varios eventos estresantes que mostraron los pacientes en su vida para desencadenar la esquizofrenia.

Como principales limitaciones encontramos que el tamaño de la muestra es pequeña para generalizar los resultados, además de la dificultad para conseguir a los participantes que cumplan con todos los criterios de inclusión, ya que la mayoría presentaban inestabilidad mental que posiblemente hubieran sesgado el estudio y el escaso número de investigaciones con enfoque cualitativo sobre el tema.

RECOMENDACIONES

La innovación del estudio dentro de la psiquiatría, promueve la ejecución de nuevas investigaciones con enfoque netamente cualitativo sobre calidad de vida, no sólo de los pacientes esquizofrénicos sino también involucrar a la familia o personas que se encuentren a cargo de los mismos; ya que, además de aportar información, permite compartir sus vivencias, convirtiendo a este proyecto en una labor humanitaria.

Siendo la esquizofrenia una enfermedad psiquiátrica, crónica y discapacitante, sugerimos se la considere como un problema de salud pública; para lo que, es necesario la creación de centros públicos especializados con personal altamente calificado para que los pacientes sean asistidos con su respectivo seguimiento conjuntamente con la humanización de su familia; así, los sujetos que padecen de esta patología podrían mejorar su calidad de vida y la de su entorno familiar y social.

AGRADECIMIENTOS

A nuestro Director de investigación, el Doctor Juan Aguilera, quien fue parte creadora del trabajo y nos guió de forma desinteresada, a nuestra asesora metodológica, la Doctora Yolanda Dávila, quien con sus conocimientos nos ayudó en la realización de esta investigación, al Centro de Reposo y Adicciones (C.R.A), ya que sin su colaboración y acogida no hubiéramos podido llevar a cabo este estudio, a cada uno de los pacientes y familiares quienes nos mostraron el lado humano de la medicina y a nuestros padres, quien con su amor, comprensión y palabras de aliento nos motivaron para llegar la meta planteada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villalobos, D. J. *IESM-OMS informe sobre la salud mental en el Ecuador*. Quito: Organización Panamericana de la Salud. 2011.
2. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM. *Trastornos mentales en America Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública* . Rev Panam Salud Pública. 2009.
3. López J, Aliño I, Miyar M. Esquizofrenia y Trastornos psicóticos. Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales. 2008; 141-144.
4. Bernard A, R. W. Schizophrenia: Clinical manifestations, course, assessment and diagnosis. *UPTODATE*. 2013; 2-5.
5. Bonicatto S, Soria J. Los instrumentos de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. *Manual de Usuario*. 2008; 56-64
6. Ibañez E, G. J. *El cuestionario de la Calidad de Sevilla de Calidad de Vida: Propiedades psicométricas* . España: Esp neurol Psiquiatr. 1997; 4-6.
7. Gozález A, Téllez J. *Esquizofrenia. Fundamentos de la Medicina Psiquiátrica*. Quebecor word. 2014; 5-6
8. Rodríguez M, Castro M, Sanhueza V, Valle A, Martínez J. Quality of Life in Schizophrenic Patients. *Scielo* 2011; 5-7.
9. Giráldez, C. A. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad Latinoamericana. *Psicothema*. 2008; 588.
10. Pozón, S. R. La calidad de vida en pacientes esquizofrénicos y sus familias. análisis boético, conceptual y psicopatológico. *Eidon* 2014; 51.
11. Valdebenito M, Cavieres A. Auto evaluación de personas enfermas de esquizofrenia empleando el Cuestionario Sevilla Calidad de Vida. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2008; 4-5.

ANEXOS

Anexo # 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... o mi representante legal, por medio del presente consiento que me sea efectuado el cuestionario que se me dará a continuación.

Se me ha explicado la naturaleza y el objetivo de lo que se me propone. Estoy satisfecho con esas explicaciones y las he comprendido.

Comprendo la naturaleza de la investigación de la que se me propone ser parte, y estoy dispuesto/a voluntariamente responder todas las preguntas que me serán realizadas y cooperar en la examinación física que se me realice.

Asimismo acepto que a su criterio, la información obtenida sea utilizada de la manera más apropiada para los investigadores y de la forma más conveniente para su estudio.

Por la presente certifico que tengo plena conciencia de que toda la información que entregue será tratada de manera absolutamente anónima, y de que me he ofrecido a contestar cualquier pregunta del cuestionario a continuación.

Cuenca,.....dede 201....

Firma.....

Anexo # 2

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE?
2. ¿CREE USTED QUE ESTÁ ENFERMO? SI CONOCE, DESCRIBIR TIPO DE ESQUIZOFRENIA
3. ¿CUÁL PIENSA USTED QUE ES LA CAUSA DE ESTA ENFERMEDAD?
4. ¿ESCUCHA VOCES O SONIDOS INTERNOS DE SU IMAGINACIÓN?
5. ¿OBSERVA COSAS QUE LOS DEMÁS NO PUEDEN VER?
6. ¿SIENTE QUE LE SUCEDEN COSAS EXTRAÑAS?
7. ¿ACUDE A CONSULTA EXTERNA PERMANENTEMENTE?
8. ¿COMO SE ENCUENTRA SU SITUACIÓN ECONÓMICA?
9. ¿CÓMO ES LA RELACIÓN CON SUS AMIGOS?
10. ¿CÓMO ES LA RELACIÓN CON SU FAMILIA?
11. ¿QUÉ PIENSA SU FAMILIA DE USTED?
12. ¿CÓMO SE VE EN EL FUTURO?
13. ¿HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA DE CUMPLIMIENTO CON SU TRATAMIENTO?

Anexo # 3

Fecha de aplicación:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Escolaridad:

Teléfono:

Médico tratante:

Historia clínica:

Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida

P1	Tengo dificultades para comprender la TV	1	2	3	4	5
P2	No me entero de las cosas aunque me interesen	1	2	3	4	5
P3	No comprendo lo que me dice la gente	1	2	3	4	5
P4	Me aburro todo el tiempo	1	2	3	4	5
P5	No puedo aprender nada	1	2	3	4	5
P6	Tengo dificultades para participar en las conversaciones	1	2	3	4	5
P7	Solo hago lo que quieren los demás y no lo que quiero yo	1	2	3	4	5
P8	Me hace sufrir, no puedo controlar mis impulsos	1	2	3	4	5
P9	No puedo dejar de notar cosas desagradables	1	2	3	4	5
P10	Los demás me hacen sufrir	1	2	3	4	5
P11	Me hace sufrir sentir mi cuerpo extraño	1	2	3	4	5
P12	Siento un constante miedo	1	2	3	4	5
P13	Es insoportable estar quieto/a	1	2	3	4	5
P14	Me hace sufrir el sentirme raro/a	1	2	3	4	5
P15	Me da miedo la vida	1	2	3	4	5
P16	Me molesta estar estético/a	1	2	3	4	5
P17	Sufro porque estoy enfermo/a	1	2	3	4	5
P18	Me siento muy cansado/a (todo el tiempo)	1	2	3	4	5
P19	Veo las cosas borrosas	1	2	3	4	5
P20	Me doy miedo yo mismo/a	1	2	3	4	5
P21	No me acuerdo de las cosas que tengo que hacer	1	2	3	4	5
P22	Los vecinos me molestan	1	2	3	4	5
P23	Todo me angustia	1	2	3	4	5
P24	Me mareo con facilidad	1	2	3	4	5
P25	Me desagrada no poder controlar mis pensamientos	1	2	3	4	5
P26	Estoy triste continuamente	1	2	3	4	5
P27	Me gustaría poder hacer daño	1	2	3	4	5

P28	Me cuesta trabajo dirigirme a los demás	1	2	3	4	5
P29	Me siento cobarde	1	2	3	4	5
P30	No puedo controlarme	1	2	3	4	5
P31	Me siento como un zombi o como un robot	1	2	3	4	5
P32	Siento los músculos tensos	1	2	3	4	5
P33	No tengo interés por nada	1	2	3	4	5
P34	El día se me hace muy largo	1	2	3	4	5
P35	Alguien que no sé quién es me hace sufrir	1	2	3	4	5
P36	Me paso el día medio dormido y eso me molesta	1	2	3	4	5
P37	Sufro cuando algo de mi me impide hacer lo que quiero	1	2	3	4	5
P38	Tengo dificultades para encontrar las palabras al hablar	1	2	3	4	5
P39	Repetir una cosa muchas veces me alivia	1	2	3	4	5
P40	Si no dejo salir la rabia me siento muy mal	1	2	3	4	5
P41	Me cuesta trabajo entender lo que sucede a mi alrededor	1	2	3	4	5
P42	No puedo hacer las cosas normales	1	2	3	4	5
P43	No sé lo que me pasa y eso me asusta	1	2	3	4	5
P44	Me molesta no tener gracia para contar chistes	1	2	3	4	5
P45	Me desagrada no poder hacer lo que tengo que hacer	1	2	3	4	5
P46	Cuando hay gente que no quiero ver, me voy de casa o me escondo de ellas	1	2	3	4	5
P47	Consigo lo que quiero	1	2	3	4	5
P48	Los demás están contentos con mi forma de ser	1	2	3	4	5
P49	Cuando decido algo lo realizo	1	2	3	4	5
P50	Estoy contento/a con lo que hago	1	2	3	4	5
P51	Me gusta como soy	1	2	3	4	5
P52	Tengo aficiones que me distraen y llenan mi tiempo libre	1	2	3	4	5
P53	Me siento a gusto con la gente	1	2	3	4	5
P54	Distribuyo bien mi tiempo	1	2	3	4	5
P55	Me siento a gusto con mis pensamientos	1	2	3	4	5
P56	Yo decido como quiero vivir	1	2	3	4	5
P57	Soy capaz de organizarme la vida diaria	1	2	3	4	5
P58	Estoy satisfecho/a con el trabajo o estudio que realizo	1	2	3	4	5
P59	Me satisface la energía que tengo	1	2	3	4	5

	Pcte # 1	Pcte # 2	Pcte # 3	Pcte # 4	Pcte # 5	Pcte # 6
EDAD	43 años	43 años	44 años	27 años	40 años	21 años
SEXO	Masculino	Masculino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
ESCOLARIDAD	Superior (Ing. Comercial)	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria incompleta	Secundaria incompleta
OCUPACIÓN	Tiene una ferretería propia, en la que dejó de trabajar hace 6 meses por problemas económicos pero considera volver a trabajar pronto	Actualmente colabora infrecuentemente en el trabajo de sus padres	Se ocupa del cuidado de 2 niños tres veces a la semana y ayuda a su hermano con su trabajo en una papelería	Actualmente el paciente se encuentra internado en el CRA debido a que presentó una crisis, sin embargo antes de su ingreso no hacía actividad	Ayuda a su madre en las labores de la casa, se encarga de la cocina y no ha tenido problemas en salir de compras.	Ayuda a su madre en las labores de la casa y a su padre en trabajos de campo, sin embargo la mayor parte del tiempo seno sale de su habitación.
E.CIVIL	Soltero	Soltero	Soltera	Soltero	Separada	Soltera.
SITUACIÓN ECONÓMICA	Media, actualmente no cuenta con un trabajo estable, depende económicamente de su familia, vive en casa de sus padres.	Media baja, el paciente no cuenta con un trabajo estable, depende de sus padres	Media, cuenta con un trabajo inestable, en el que recibe una mínima remuneración, por lo que prácticamente depende de su madre.	Baja, no cuenta con un trabajo estable	Media baja, es una dura situación debido a que su madre es una persona de edad avanzada y muy enferma, dependen	Media baja, depende totalmente de sus padres, quienes viven de lo poco que logran conseguir para su sustento diario,

			Vive en casa de sus padres.		básicamente de los bonos del estado y su hermano también tiene una alteración psiquiátrica	para la alimentación de su familia y la medicación de la paciente.
TIPO DE ESQUIZOFRENIA	Esquizofrenia paranoide	Esquizofrenia paranoide	Esquizofrenia paranoide	Esquizofrenia paranoide	Esquizofrenia paranoide	Esquizofrenia Paranoide
RELACIÓN INTERFAMILIAR	Con su madre demuestra tener buena relación, sin embargo con el resto de la familia se puede calificar como distante por la falta de apoyo y comprensión.	Tiene una excelente relación con sus padres, aunque depende mucho de ellos, en especial de su madre, quien se encarga de su aseo y lo motiva día a día.	Buena relación con sus padres, pero con sus hermanos tiene poca comunicación. Le cuesta trabajo entender que su familia se preocupa por ella y se pone agresiva cuando le cuestionan un mal comportamiento.	No es muy buena, tiene problemas de comunicación y la mayor parte del tiempo pasa encerrado en su habitación.	Se lleva bien con su madre aunque ha tenido fuertes discusiones porque muchas veces ha salido de su casa sin avisar, con sus hermanos no se comunica para nada, especialmente con	La poca comunicación que presenta con sus padres es buena, pero con sus hermanos tiene constantemente discusiones, debido a su estado de salud.

					su hermano que vive	
DESENVOLVIMIENTO SOCIAL	Tiene muy poca relación con sus vecinos, asiste a grupos de oración que le ha servido para comunicarse con	Tiene muy poca relación con el entorno que lo rodea, sale de su casa a visitar a su hermana de forma infrecuente y no tiene problemas con vecinos/amigos.	Se lleva bien con sus vecinos y gente que lo rodea, no ha tenido grandes problemas en su trabajo, le gusta salir a caminar y conversar con los clientes de su hermano	No tiene mucho contacto con el exterior, le cuesta trabajo comunicarse	Tiene buena comunicación con sus vecinos, le gusta salir de su casa para acompañar a su mamá cuando tiene que hacer algún trámite. Se ha escapado de su casa en varias ocasiones.	Tiene una buena relación con sus vecinos y amigos, le gusta compartir con ellos el poco tiempo que sale de su habitación, es muy comprendida por todos.
RELACIÓN CON PAREJA	No tiene pareja actualmente, en su juventud tuvo varias relaciones amorosas con las que tuvo varios problemas y desde que se le diagnosticó su	No tiene pareja y no ha tenido por su personalidad introvertida. Le cuesta trabajo hablar sobre el tema y se siente muy inseguro de sí mismo	No ha tenido pareja desde que tuvo problemas que su primer enamorado, quien intentó aprovecharse de ella en varias ocasiones y la	Nunca ha podido establecer una relación amorosa debido a su dificultad para expresar lo que siente.	Se separó hace varios años de su esposo por problemas de comprensión, su hija se fue a vivir con él, debido a	No ha tenido parejas hasta el momento

	enfermedad no ha tenido otra relación.		dejó llena de desconfianza.		que la paciente se sentía incapaz de hacerse responsable de la misma. Actualmente tiene poco contacto con ella.	
PERSONA A CARGO	Su madre es la principal responsable; sin embargo el paciente muestra un buen autocuidado, se viste de acorde a su edad y sexo. No tiene problemas para salir de su casa sólo.	Su madre, una persona mayor, se encarga principalmente de su aseo personal y prácticamente tiene que obligarlo a salir de su habitación	Su madre y hermano son sus principales responsables, aunque es muy difícil para ellos comprenderla y que ella pueda entender las decisiones y prohibiciones que le dicen por su bien.	Actualmente están a cargo los especialistas del CRA	Su madre es su principal responsable.	Sus padres son los que se hacen cargo de ella
OBSERVACIONES	Al momento de la entrevista pudimos notar que el paciente presenta rasgos	Apreciamos un extremado descuido en su higiene e imagen personal, le	La paciente se mostraba muy colaboradora durante la entrevista; sin embargo,	Lastimosamente no se pudo establecer una buena comunicación con el paciente debido	Pudimos darnos cuenta que la paciente tenía características de	Observamos que la paciente mostraba fijación en ciertos objetos y personas,

	compulsivos, tanto en su comportamiento como en su imagen. Incluso en consulta solía llevar un calendario con cada una de las actividades que realizaba diariamente.	cuesta trabajo comunicarse con los demás, habla muy poco y repite lo que sus padres responden; además, demostraba tener un gran respeto y confianza a sus padres.	ocultaba información que nos fue brindada posteriormente con su madre. Nos expuso sobre sensaciones extrañas de insectos que le perseguían y que no le permitían llevar una vida tranquila.	al estado en el que se encontraba; sin embargo nos llamó la atención lo poco comunicativo que se mostraba en varias ocasiones y presentaba neologismo con resonancia en varias ocasiones	circunstancialidad, además le daba vergüenza expresarnos sus vivencias cuando se escapaba de su casa para tener citas amorosas. Nos refirió que su trastorno comenzó cuando su esposo la obligó a enterrar a su hijo recién nacido vivo	debido a que al momento de realizarle el cuestionario, miraba con profundidad a la entrevistadora y presentó un inadecuado comportamiento con la misma.
--	--	---	---	--	---	---