

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



NIVEL DE CONOCIMIENTO DE FAMILIARES CONCERNIENTE A
ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDAD
PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018.

POSTULANTE: Lic. Jenny Lilian Nieto Navarro Quintana

TUTOR: Lic. MSc. Sussy Pizarro Cruz

**TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO
DE MAGISTER SCIENTIARUM EN ENFERMERÍA MEDICO
QUIRÚRGICO**

LA PAZ- BOLIVIA
2019

ÍNDICE DE CONTENIDO

Contenido.	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	18
IV. MARCO TEÓRICO	20
4.1 Marco Conceptual.....	20
4.2 Marco Clínico.....	21
4.3 Marco Social	23
4.4 Marco experimental	27
4.5 Marco situacional.....	33
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	40
VI. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	42
VII. OBJETIVOS	43
7.1 Objetivo general	43
7.2 Objetivos específicos	43
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO	44
8.1 Área de Estudio.....	44
8.2 Tipo de estudio.....	44
8.3 Población y lugar.....	45
8.4 Universo y muestra	45
8.5 Criterios de inclusión y exclusión	45
8.5.1 Criterios de inclusión	45
8.5.2 Criterios de exclusión	46
8.6 Lista de variables	46

8.7	Variables	48
8.7.1	Variable independiente. - (Causa)	48
8.7.2	Variable dependiente. - (Efecto).....	49
8.8	Operacionalización de variables.	51
8.9	Técnicas y Procedimientos	54
IX.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	56
X.	RESULTADOS	57
XI.	DISCUSIÓN.....	71
XII.	CONCLUSIONES.....	80
XIII.	RECOMENDACIONES	83
XIV.	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	94
XV.	A N E X O S	97

INDICE DE GRÁFICOS

Contenido	Pág.
GRÁFICO N° 1 FAMILIARES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS QUE CONOCEN LA ENFERMEDAD HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018	57
GRÁFICO N°2 SÍNTOMAS QUE PRESENTA EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO RECONOCIDO POR EL FAMILIAR HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LAPAZ -2018	58
GRÁFICO N°3 CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE LA ESQUIZOFRÉNIA POR LOS FAMILIARES HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018	59
GRÁFICO N°4 CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRÉNIA POR LOS FAMILIARES HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018	60
GRÁFICO N°5 CONOCIMIENTO DEL FAMILIAR SOBRE RIESGOS SIN TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRÉNIA HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018	61
GRÁFICO N°6 RELACIÓN, EDAD FAMILIARES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS ENCUESTADOS HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018	62
GRÁFICO N°7 GRADO DE FAMILIARIDAD DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018	63
GRÁFICO N°8 GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL FAMILIAR DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018	64

GRÁFICO N°9	
FAMILIARES QUE VIVEN CON EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO	
HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018	65
GRÁFICO N°10	
ACCIONES QUE TOMA EL FAMILIAR DE PACIENTE FRENTE A CRISIS DE	
ESQUIZOFRÉNIA HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S.	
LA PAZ – 2018	66
GRÁFICO N°11	
CUIDADOS DEL FAMILIAR DESPUES DE LA CRISIS AGRESIVA DEL	
PACIENTE CON ESQUIZOFRÉNIA HOSPITAL DE ESPECIALIDAD	
PSIQUIÀTRICO C.N.S. 2018	67
GRÁFICO N°12	
TIEMPO QUE ADOLECE EL PACIENTE LA ENFERMEDAD DE	
ESQUIZOFRÉNIA HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO	
C.N.S. LA PAZ – 2018	68
GRÁFICO N°13	
FAMILIARES QUE BUSCAN AYUDA PARA CONOCER LA	
ENFERMEDAD DE LA ESQUIZOFRÉNIA HOSPITAL DE	
ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018.....	69
GRÁFICO N°14	
FAMILIARES QUE RECIBIERON CAPACITACIÓN POR EL PERSONAL	
DE SALUD HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S.	
LA PAZ – 2018	70

INDICE DE CUADROS

Contenido	Pág.
CUADRO N° 1 FAMILIARES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS QUE CONOCEN LA ENFERMEDAD HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018	118
CUADRO N°2 SÍNTOMAS QUE PRESENTA EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO RECONOCIDO POR EL FAMILIAR HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LAPAZ -2018	119
CUADRO N°3 CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE LA ESQUIZOFRÉNIA POR LOS FAMILIARES HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018	120
CUADRO N°4 CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRÉNIA POR LOS FAMILIARES HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018	121
CUADRO N°5 CONOCIMIENTO DEL FAMILIAR SOBRE RIESGOS SIN TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRÉNIA HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018	122
CUADRO N°6 RELACIÓN, EDAD FAMILIARES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS ENCUESTADOS HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018	123
CUADRO N°7 GRADO DE FAMILIARIDAD DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018	124
CUADRO °8 GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL FAMILIAR DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018	125

CUADRO N°9 FAMILIARES QUE VIVEN CON EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018	126
CUADRO N°10 ACCIONES QUE TOMA EL FAMILIAR DE PACIENTE FRENTE A CRISIS DE ESQUIZOFRÉNIA HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018	127
CUADRO N°11 CUIDADOS DEL FAMILIAR DESPUES DE LA CRISIS AGRESIVA DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRÉNIA HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. 2018	128
CUADRO N°12 TIEMPO QUE ADOLECE EL PACIENTE LA ENFERMEDAD DE ESQUIZOFRÉNIA HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018	129
CUADRO N°13 FAMILIARES QUE BUSCAN AYUDA PARA CONOCER LA ENFERMEDAD DE LA ESQUIZOFRÉNIA HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018.....	130
CUADRO N°14 FAMILIARES QUE RECIBIERON CAPACITACIÓN POR EL PERSONAL DE SALUD HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018	131

INDICE DE ANEXO

Contenido	Pág.
ANEXO N° 1 CORRESPONDENCIA	99
ANEXO N° 2 INSTRUMENTO	103
ANEXO N° 3 DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	107
ANEXO N° 4 ASPECTOS ÉTICOS HOJA DE INFORMACIÓN ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	111
ANEXO N° 5 CUADROS	117
ANEXO N° 6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	132
ANEXO N° 7 PRESUPUESTO	135
ANEXO N° 8 FOTOS	137

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad mental, como otras condiciones humanas, conlleva en muchos casos una discriminación social que, en este caso, desemboca en procesos de estigmatización, que se topan con el miedo y los prejuicios de los demás, con frecuencia basados en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales.⁷

A lo largo de sus vidas, algunas personas pueden padecer algún tipo de trastorno mental de distinta intensidad y duración. Diferentes estudios señalan que la población está expuesta a sufrir enfermedades mentales graves, tales como la esquizofrenia, para estas personas, la vida no es fácil, por el hecho de padecer una enfermedad mental y ser etiquetados como enfermos que sufren una serie de reacciones sociales negativas para su bienestar, adaptación y participación social.

El estigma afecta a todos los agentes implicados, desde las propias personas que sufren la enfermedad, sus familiares, hasta la población en general, pasando por los profesionales que les atienden, los medios de comunicación social también tienen un gran impacto en el mantenimiento de la estigmatización de las personas con enfermedad mental al ser los cristalizadores y difusores de las distintas tendencias sociales.

En el caso de enfermos mentales crónicos el sufrimiento de la familia a veces es mayor que cuando se trata de un enfermo de otro tipo de enfermedad crónica. El motivo del agravante radica en la dificultad de comunicarse con el familiar enfermo, sobre todo si hay un deterioro a nivel cognitivo o una demencia avanzada. El objetivo de este estudio es de establecer un ambiente familiar que determine las bases de un programa de conocimientos básicos sobre esquizofrenia de acuerdo a las necesidades a determinarse.

Entre las enfermedades mentales, la esquizofrenia es uno de los trastornos que directamente o indirectamente es motivo de consulta en atención primaria. A veces son los familiares los que consultan ante la tristeza, astenia, apatía, ideas delirantes, trastornos del pensamiento y auto percepción u otros síntomas.

Otras veces, el comportamiento paternalista del cónyuge, refuerza a que el paciente recaiga y sobre todo si se le sobreprotege y el paciente no es capaz de descubrir que puede hacer las cosas por sí mismo. Si la relación de pareja ha sido un determinante en la patología de uno de los cónyuges, se puede aconsejar iniciar un proceso de terapia de pareja.

En el presente trabajo de investigación dirigido al; “Nivel de conocimiento de familiares concerniente a esquizofrenia en pacientes del Hospital de Especialidad Psiquiátrico de la Caja Nacional de Salud, La Paz - 2018”; se explorarán los factores interpersonales dentro de la familia, y también en otros ámbitos, que pueden contribuir tanto a mantener los síntomas, como a aliviarlos. Si han acudido a la consulta acompañados de un familiar, se recabará información acerca de determinados síntomas de esquizofrenia sobre los que el paciente puede no estar consciente.

II. ANTECEDENTES

“El concepto de esquizofrenia tuvo un inicio histórico en el término «demencia precoz» de Bénédict Morel a mediados del siglo XIX. En 1898 Emil Kraepelin deslindó dentro de la «demencia precoz» varios trastornos como la hebefrenia y la catatonia. Precisamente, debido a la posibilidad de múltiples combinaciones de síntomas, se ha sugerido que la esquizofrenia serían varios trastornos y no uno solo; por este motivo, Eugen Bleuler, cuando acuñó el nombre en 1908, prefirió usar el plural schizophrenias para referirse a esta patología. A pesar de su etimología semejante, la esquizofrenia no es lo mismo que el trastorno de identidad disociativo (antes: trastorno de personalidad múltiple, o de doble personalidad), con el que se la confunde frecuentemente. Actualmente, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales distingue cinco variantes o subtipos dentro de la esquizofrenia, mientras que la Organización Mundial de la Salud distingue siete subtipos. Por otro lado, existe una amplia variedad de modelos categoriales y dimensionales que tratan de abordar y explorar los síntomas de la esquizofrenia y su diagnóstico”¹.

“La Esquizofrenia a Través del Tiempo En la edad media se quemaba a las enfermas mentales creyendo que era brujería, en la época de la Ilustración se recluía forzosamente a los que se denominaban sin razón, las famosas casas de retiro iniciadas por Pinel y Tuckey con tratamiento ocupacional hasta las terapias de corte biológico como el electro convulsivo o los comas insulínicos, no es hasta mediados del siglo pasado que aparecen los psicofármacos. Sin embargo, con el uso generalizado de los psicofármacos, se comprobó que la mejoría de los pacientes era relativa, para alcanzar la independencia funcional de las personas con enfermedad mental no bastaba administrar un buen fármaco, sino que se demostró la necesidad de potenciar alternativas de rehabilitación psicosocial”².

“Así la comprensión de las enfermedades mentales, a través del tiempo fue evolucionando hasta llegar a los conceptos utilizados hoy en día, en esta tónica tenemos que en 1899 Kraepelin formulaba su concepto de enfermedad mental.

A la que denominó demencia precoz, empleó la expresión <trastorno básico>, no en sentido estricto, sino en sentido de síntomas frecuentes característicos, para Krapelin la definición de esquizofrenia era concisa y restringida, con inicio en la primera década o principios de la segunda”²

“Puesto que en nuestra sociedad la familia es una unidad social de gran importancia en el desarrollo de la personalidad, el estudio de los procesos de interacción familiar proporcionará la información más valiosa acerca de las formas de relación interpersonal de los sujetos. En este periodo, la Esquizofrenia ha sido el principal foco de atención de investigadores y terapeutas familiares. La década de los años 50 es la época de la formulación de las teorías familiares más importantes: las de los grupos de Bateson, Lidz y Wynne. A pesar de las marcadas diferencias entre estas tres escuelas, las tres comparten la siguiente hipótesis general: condiciones de la vida familiar, especialmente ciertas formas de interacción entre los miembros familiares, pueden predisponer a un individuo a la esquizofrenia. (Liem, 1980). Los años siguientes a la formulación de estas teorías estarán caracterizados por el gran número de investigaciones que intentan confirmar las hipótesis propuestas por las escuelas mencionadas, utilizando en dichos estudios no sólo familias esquizofrénicas, sino también familias clínicas no esquizofrénicas y familias no clínicas. Las primeras investigaciones realizadas en la década de los 50 utilizaron fundamentalmente procedimientos de auto informe, y en su conjunto merecieron posteriormente el calificativo de "metodológicamente débiles" ³

“Es en los años 60 cuando se llevan a cabo estudios de observación directa, (Madrid España Universidad de Murcia), período de intensa actividad investigadora, con cientos de estudios dirigidos a poner a prueba las teorías propuestas en la década anterior. Es el período optimista de la investigación familiar en psicopatología. No obstante, todos esos estudios utilizaban diseños transversales, examinando las variables familiares después de la aparición de la esquizofrenia en el hijo.

De ese modo, era imposible establecer el impacto de las variables familiares antes del comienzo de la enfermedad y, lógicamente, aparecieron dos interpretaciones posibles: la etiológica y la responsiva. Para la primera, los patrones de interacción familiar observados en las familias de esquizofrénicos podían haber precedido y posiblemente causado la esquizofrenia, mientras que la segunda mantenía que esos patrones característicos de las familias esquizofrénicas podían haber seguido y si causados por la esquizofrenia en el hijo”.³

“La Esquizofrènia es un trastorno mental severo que afecta al pensamiento, las emociones y el comportamiento. Es la forma más frecuente de trastorno mental severo y afecta a una persona de cada 100. Es poco frecuente antes de la pubertad y más probable que comience entre los 15 y los 35 años. Esta enfermedad con frecuencia dura toda la vida”⁴

“Tiende a aparecer en familias. Un niño que tiene un padre con esquizofrènia tiene una probabilidad entre 10 de desarrollar esquizofrènia. Las infecciones virales durante el embarazo, complicaciones en el parto, crecer en el centro de grandes ciudades y el uso de drogas también parecen jugar un papel en el desarrollo de esta enfermedad. La estructura y química del cerebro pueden estar afectadas, pero no existe una prueba simple para su diagnóstico hasta el momento”⁴

“Las familias no causan esquizofrènia (como algunas personas piensan). La evidencia de la investigación sugiere que los acontecimientos estresantes, o dificultades de relación dentro de la familia, pueden algunas veces desencadenar un episodio de esquizofrènia en alguien que es ya vulnerable a desarrollarla debido a la genética y a otros factores”⁴

“La esquizofrènia afecta a diferentes personas de forma diferente. Existen dos formas de grupos: “positivos” y “negativos”. Las personas que sufren la enfermedad normalmente tienen una mezcla de los dos”.⁵

“El estrés de vivir con impredecibles síntomas esquizofrénicos inquietantes puede erosionar las relaciones interpersonales. Las interacciones familiares estresantes se asocian con peor pronóstico. Varios investigadores han desarrollado programas educativos o familiares basados en las habilidades, más intensivos para aumentar el conocimiento de la enfermedad y mejorar el pronóstico en la esquizofrenia”⁵.

“Un amplio número de investigaciones apoyan los beneficios de participar en tratamientos basados en la familia para la esquizofrenia, especialmente las de mayor duración y que hacen hincapié en el desarrollo de habilidades y en la reducción de las tasas de recaída”⁵.

“A pesar de los datos que los avalan, estos programas se aplican y se utilizan poco. Las barreras para su aplicación surgen probablemente de los pacientes, los familiares y los profesionales de la salud mental. Los programas más recientes, que incluyen novedosas estrategias de participación, enfocadas a subpoblaciones con mal pronóstico, o que utilizan tecnologías innovadoras, pueden hacer que estos programas sean más accesibles a un mayor número de las familias. Se precisa involucrar a las personas con esquizofrenia y sus seres queridos en un esfuerzo de colaboración, para diseñar nuevas intervenciones familiares más orientadas a las familias afectadas”⁵

“La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que se traduce en experiencias perceptivas inusuales (“alucinaciones”); creencias idiosincrásicas (“delirios”) y deficiencias significativas en la atención, la memoria, y la concentración. Estos problemas a menudo se acompañan de síntomas “negativos” que incluyen: una reducción de la capacidad de experimentar placer, baja motivación, y falta de interés en estar con otras personas”⁵.

“Debido a que la aparición de la enfermedad por lo general se produce en la adolescencia o en la adultez temprana, las personas con este trastorno a menudo se enfrentan a obstáculos en el cumplimiento de los retos de desarrollo de vida”⁵

Completar una educación, la construcción de una carrera, vivir de forma independiente, comenzar o mantener una relación romántica, y el desarrollo de una identidad “adulta”. Las personas con la enfermedad, a menudo tienen que depender de sus familias para obtener el sustento emocional y práctico que necesitan para sobrevivir”.⁵

“Es una enfermedad psiquiátrica que se manifiesta por múltiples signos y síntomas que involucran: El pensamiento, Las emociones, La percepción, El movimiento, La conducta. Estas manifestaciones se combinan en varios sentidos, creando considerables divergencias de cuadros clínicos entre las personas que la padecen, pero la acumulación de los efectos de la enfermedad es siempre severa y usualmente muy prolongada. El mismo término de psicosis no tiene una definición de aceptación unánime. El término psicótico, en sentido estricto, se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas”⁶.

Para facilitar el diagnóstico y el tratamiento, los psiquiatras han intentado clasificarla en varios tipos. Se lo hizo basándose en la experiencia e investigación de las conductas, síntomas y sentimientos que describen las personas que padecen esquizofrenia y en las observaciones de los familiares, médicos, enfermeras y psiquiatras:

Tipo desorganizado (también llamado hebefrénico). Tiene los siguientes criterios diagnósticos: Problemas precoces de concentración, del humor, confusión e ideas extrañas; Lenguaje muchas veces incoherente, difícil de entender o disperso; Delirios o falsas creencias confusas; No demuestran emoción, o responden de forma inadecuada, por ejemplo, con risas extemporáneas.

Tipo catatónico. El criterio diagnóstico para este tipo incluye: Estupor catatónico (poca reacción a los estímulos) o mutismo; Inmovilidad que implica resistencia a ser físicamente desplazado; Posturas rígidas ó extravagantes (bizarras); Actividad física exaltada sin motivo aparente.

Tipo paranoide. Se caracteriza por: Extrema desconfianza, delirios y/ó alucinaciones con persecución; A veces una exagerada autosuficiencia; Ansiedad, enojo, provocar peleas, celos y violencia ocasional sin motivo aparente.

Tipo residual. Se utiliza este criterio cuando existió por lo menos un claro episodio sin que persistan síntomas psicóticos visibles. Continúan, no obstante, otras señales claras de la enfermedad como: Retracción social; Conducta excéntrica ó bizarra; Emociones y pensamientos inadecuados.

Tipo indiferenciado. Algunas veces los síntomas psicóticos graves no se pueden clasificar dentro de los tipos mencionados, o pueden corresponder a más de un tipo de esquizofrenia. Hoy se habla de grupos de síntomas: Grupos de síntomas positivos; Grupos de síntomas negativos; Grupos de síntomas de cambio del humor; Grupos de síntomas de la conducta; Grupos de síntomas relacionados con la comprensión. ⁶

“Teniendo en cuenta la gran influencia que tiene la familia en la recuperación de los pacientes, Vilaplana, Ochoa, Martínez, Villalt, Martínez-Leal, et al. (2007), plantean que la carga familiar experimentada por los cuidadores de personas afectadas de esquizofrenia constituye una de las consecuencias más relevantes del trastorno. Navarro y Díaz (2007) consideran que las recaídas son frecuentes en la evolución del trastorno y, a pesar de la eficacia demostrada por fármacos y terapias psicosociales, es posible que los pacientes vuelvan a necesitar reingresar en el hospital durante el curso de su enfermedad. Para la prevención de estas recaídas es fundamental el aporte y el compromiso de la familia en relación con la enfermedad del paciente”.⁸

“La esquizofrènia debiera ser una prioridad sanitaria de primer orden debido a su alta frecuencia en relación o tras enfermedades mentales, Es una enfermedad multifactorial que merece también un tratamiento multifactorial (Obiols y Obiols), haciéndose necesario el uso combinado de fármacos y terapia psicosocia”

(Falloon, Hahlweg y Tarrier, Goldstein, Test y Stein). La medicación neuroléptica es necesaria para controlar los síntomas positivos y, en parte, los negativos de la enfermedad, mientras que la intervención indispensable para modificar los factores familiares desfavorables y contribuir en la prevención de recaídas. (Hahlweg, Feinstein, Ursula y Dose)¹⁴

“Estas opiniones, surge de estudios y análisis realizados en Andalucía – España, debido a que, con frecuencia, es difícil para los miembros de la familia y para el paciente aceptar el diagnóstico del mismo, la Psicoeducación también tiene la función de contribuir a la no estigmatización de los trastornos psicológicos y a disminuir las barreras para el tratamiento. La Psicoeducación, a través de una opinión mejorada de las causas y efectos de la enfermedad, a menudo ensancha el punto de vista del paciente acerca de su enfermedad y este mayor entendimiento puede afectar al paciente de manera positiva. De esta manera se disminuye el riesgo de recaída. Los pacientes y los miembros de la familia que están mejor informados sobre la enfermedad se sienten menos impotentes”¹⁴.

“Entre los antecedentes de trabajos similares tenemos: El Estudio de Andalucía (Muela y Godoy,) es un programa multicomponente para la prevención de recaídas en la esquizofrenia diseñado incluyendo en su estructura los principales componentes que la literatura informaba de alta eficacia en la prevención de recaídas (Psicoeducación, grupos de auto apoyo, modificación del clima emocional familiar, entrenamiento en habilidades complejas, especialmente las de afrontamiento del estrés, y control de la adhesión al tratamiento farmacológico) y controlando en su aplicación las estrategias más eficaces”¹⁴.

“La Emoción expresada es un concepto que refleja la atmosfera emocional del ambiente en casa, la comunicación de los familiares del enfermo esquizofrénico con este, y que podría caracterizarse por los siguientes componentes: Criticismo, Hostilidad, sobre implicación emocional y Comentarios positivos”. ¹⁴

“Según Battaglia y Schettini (2010) de Medellín - Colombia, las familias hacen parte central en el tratamiento psiquiátrico de pacientes hospitalizados. Esta inclusión en contexto ha permitido crear espacios de confrontación emocional y reflexión y, por este motivo, se crearon los grupos de auto-ayuda que tienen como fin aprovechar los recursos personales desarrollados para la intervención grupal y transformar la vivencia y la misma idea de la enfermedad mental”⁸

“Por lo anterior, autores como Moreno y Bucchi, plantearon que la familia tenía un papel importante en el cuidado de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental y dieron a conocer que los familiares de pacientes con trastornos psicológicos sólo se convirtieron en objeto de investigación en la década del 40, una situación que resultó crítica del sistema de asilo y de forma paralela al desarrollo de nuevas teorías de la enfermedad mental”.⁸

“Dávila, Pancorbo, Jiménez, Cruz y García (2012) de Medellín - Colombia, plantean que: Las principales actividades del cuidador familiar en el hospital son de acompañamiento, entretenimiento, soporte emocional e intermediación; el desconocimiento de la actividad inhibe al cuidador familiar a realizar más actividades; si se educa y entrena al cuidador familiar en las actividades de cuidado, se harán más; los profesionales desconocen lo que los familiares dicen que hacen; no consideran que muchas de las acciones del cuidador sean realmente cuidados y creen que los cuidadores familiares no ayudan tanto como ellos esperan al cuidado básico de los pacientes”.⁸

“Los estudios realizados en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, establecen la esquizofrenia como trastornos mentales que producen más dificultades a nivel familiar. El efecto negativo de la enfermedad, generalmente, recae básicamente en quienes la padecen y en las personas que conviven con ellas. Cuando algún miembro de la familia tiene esquizofrenia se afecta gravemente la dinámica familiar”¹⁷

“Las características clínicas de esta enfermedad generan un gran número de situaciones negativas, como dificultad en las relaciones familiares, empobrecimiento de la calidad de vida, aislamiento social, que interfiere con el funcionamiento laboral, escolar y en el propio hogar; lo que aumenta el nivel de estrés y lo convierte en un factor adicional de angustia, tanto para el paciente como para su familia, llegando a considerarse como un precipitante de las recaídas, de la exacerbación de síntomas y de las rehospitalizaciones”¹⁷.

“Es evidente que los integrantes de la familia requieren ayuda y apoyo para que puedan manejar a estos pacientes tanto en la casa como en el hospital. El tratamiento integral del paciente a largo plazo es muy conveniente cuando se trata de una enfermedad tan compleja como la esquizofrenia en la que la familia desempeña un papel fundamental cuando se pretende mejorar el nivel del funcionamiento global del paciente, su calidad de vida y su apego al tratamiento. Para cumplir estos objetivos, es necesaria la participación del paciente, de su familia, de un equipo interdisciplinario de profesionistas y de las redes de apoyo social”¹⁷.

“La mayoría de los familiares atribuye el trastorno de los pacientes a una enfermedad mental y a la esquizofrenia, a una enfermedad de los nervios y a una enfermedad física y otros atribuyen a la brujería. Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la necesidad de atender de manera integral al grupo familiar y al paciente. Se plantea un modelo de atención informativo, psicoeducativo y terapéutico para los familiares, que venga a resolver de manera eficaz las necesidades detectadas con el propósito de disminuir las recaídas y modificar la dinámica familiar provocada por las características clínicas de esta enfermedad”.¹⁷

“Los recientes avances científicos en torno al tratamiento médico realizados en México; han demostrado la importancia del manejo psicosocial como componente necesario para el cuidado de individuos que padecen esquizofrenia”¹⁶

“Tanto la familia como el individuo deben participar en los programas de rehabilitación en salud mental para lograr la reintegración del individuo a la sociedad”¹⁶

“El termino PSICOEDUCACION, es una frase que no ha sido claramente definida. Glick, define la psicoeducación como la – Administración sistemática de información acerca de los síntomas, etiología y tratamiento con el objetivo de mejorar el entendimiento y conductas asociadas a la enfermedad”¹⁶.

“El estigma relacionado con la enfermedad mental ha sido uno de los principales obstáculos en los programas de psicoeducación. Se ha observado que frente al diagnóstico puede haber un incremento de la negación de la enfermedad. Lo anterior provoca falta de apego al tratamiento farmacológico y terapéutico o, por el contrario, conduce a una aceptación de la enfermedad y a un mayor interés y participación en el proceso de rehabilitación”¹⁶

“En la actualidad, la psicoeducación dirigida al paciente y sus familiares ha cobrado un papel muy importante ya que otorga el entrenamiento necesario para entender, enfrentar y resolver los problemas producto de la enfermedad mental. Con ello se busca disminuir el índice de recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente. Se ha reportado que el índice de recaídas es mayor en los pacientes que solo reciben tratamiento farmacológico en comparación con aquellos que recibieron tratamiento psicosocial y psicoeducación en conjunto con el tratamiento farmacológico”¹⁶.

“Cada vez son más las investigaciones que describen programas de psicoeducación dirigidos a los familiares de pacientes con algún trastorno psiquiátrico. La mayoría de estos programas se han centrado en reducir la emoción expresada en la familia seleccionándola como una variable de pronóstico. Todos los reportes de programas de psicoeducación muestran un contenido basado en problemas identificados por los profesionales que diseñan dichos

programas. Ninguno de los programas parece haberse diseñado para cumplir con las necesidades identificadas, señales y síntomas de alerta de una recaída. Por último, se efectuó una plástica dirigida a las técnicas de resolución de problemas cotidianos”¹⁶.

“La psicoeducación dirigida al paciente y sus familiares se compone de 5 etapas. La primera consiste en brindar información sobre las causas y los síntomas de la enfermedad. En la segunda de ellas se da información sobre las recaídas. La tercera etapa se aboca a la revisión de síntomas y señales de las recaídas. En la cuarta se da información sobre el tratamiento y los efectos colaterales. La última etapa se dirige hacia eventos de vida propios del paciente, así como hacia las conductas que agudizan los síntomas psicóticos”¹⁶.

“El objetivo de este estudio fue establecer el ambiente familiar de un grupo de pacientes con primer episodio de esquizofrenia y determinar las bases de un programa de psicoeducación de acuerdo con las necesidades expresadas por los familiares incluidos en el grupo”.¹⁶

“En la Evaluación de la Sobrecarga de los Cuidadores Familiares de pacientes con Esquizofrenia, realizados por la Dra. Denisse Jaén Varas, Dra. Emma Callisaya Quispecahuana y Dr. Hans F. Quisbert Gutiérrez, de La Paz – Bolivia, se establece que los cuidadores principales son las madres, mujeres mayores sin incorporación al mercado laboral. Los cambios sociodemográficos y familiares, incorporación de la mujer al mercado laboral y envejecimiento de los cuidadores, pueden afectar a medio plazo al cuidado de los pacientes esquizofrénicos, dificultando el traspaso de las obligaciones de padres a hermanos y la asunción de las cargas del cuidador por las familias de los nuevos enfermos. Conforme envejecen, la capacidad de los cuidadores para ayudar efectivamente a los pacientes se ve limitada, pero aumentan sus preocupaciones por ellos por lo que la carga global nunca disminuye”¹³.

“La disfunción en el ámbito familiar del paciente se correlaciona con la carga del cuidador y está en relación con las horas dedicadas al cuidado del paciente y con la convivencia en el mismo domicilio. A pesar de que la evaluación se ha realizado de forma independiente no es posible diferenciar si esto se debe a que, a mayor convivencia, mayor percepción de la discapacidad y mayor sensación de carga, o a una contaminación de la fuente de información familiar”¹³.

“Se debe realizar intervenciones con los familiares de pacientes esquizofrénicos. Los programas de psicoeducación familiar han demostrado su utilidad para prevenir recaídas y reducir la tensión familiar. Esto permitiría atender a dos niveles de trabajo familiar: Un primer nivel centrado especialmente en la familia, destinado a manejar y controlar sus propias emociones y a asumir la problemática que supone tener un ser querido con un trastorno psiquiátrico grave. Un segundo nivel centrado en el paciente, en el que la pretensión es que los familiares se conviertan en coterapeutas que contribuyan a extinguir los comportamientos inadecuados y a sustituirlos por otros más adecuados. En todo este proceso es necesario la información y el apoyo a las familias por parte de los profesionales, así como la capacidad de estos últimos para reconocer y recoger las demandas familiares y elaborar abordajes adecuados dentro de un marco integral de rehabilitación. Se puede iniciar nuevas formas de intervención como son los Grupos de Ayuda Mutua, ya que puede resultar útil para aliviar esta carga, para reducir este impacto, para disminuir la patología asociada al cuidado que sufren los cuidadores de este tipo de pacientes”.¹³

“Dentro de la cosmovisión de la cultura Aymara se puede observar que el mundo humano y la naturaleza que se conoce como conceptos del occidente, se asocian a un sistema de espíritus tutelares, que interactúan en cada evento del mundo natural. Así pues, existe la creencia de espíritus de los antepasados; protectores de la comunidad, llamados achachilanakas; los uywirinaka que son espíritus del ganado, los mallkunaka protectores locales.”¹⁵

“Y en general hay todo un sistema de seres supra humanos que son dueños de todo aquello que este fuera del ámbito, de lo jaqui humano, incluso las llamas y alpacas, que están dentro del campo de la acción de lo humano, tienen carácter de ser solo prestado (Quispe,)”¹⁵

“Por lo que el origen de las enfermedades, dolencias y malestares en la concepción de los Aymaras está clasificado por las siguientes causas; sobrenatural, emocional, religiosa, natural, personal (hechicería) y cultural (Mamani)”¹⁵

“A diferencia de la locura universalizada, se puede observar que en estos pacientes el eje de su discurso es una cosmovisión mítica, trayendo a sus delirios conocimientos o mitos propios de su cultura, tal es el caso del rito de un enfermo mental dentro de un ambiente de "acontecimientos esotéricos" decidió arrojarde de una altura, siendo ésta una muerte voluntaria, y considerada dentro de la cultura occidental un suicidio, sin embargo ante los ojos de la cultura Aymara esto puede ser como un sacrificio humano dedicado a la Pachamama o algún otro dios”¹⁵

“Entonces se puede decir que tanto para la cultura Aymara como para la (sociedad urbana) cultura occidental, es importante la intervención de la familia, nos muestra la investigación de Eizaguirre y sus compañeros, “Emoción expresada y características de personalidad, psicopatológicas de ajuste diádico en padres de esquizofrénicos” el hecho de haber un nivel bajo de emoción expresada, entendiéndose por esta, a los aspectos de la conducta emocional que se manifiestan dentro del núcleo familiar hacia aquellos miembros que padecen una enfermedad o presentan trastornos de conducta, para evitar la recaída del paciente después de estar hospitalizado”¹⁵

“Sin embargo, la manera en la que se aborda o se interviene será distinta ya que se trata de diferentes culturas con sistemas de creencias distintos, desde cual es la etiología de la enfermedad hasta como debería llevarse el tratamiento”¹⁵.

“Por lo que según la investigación, Creencias sobre las causas de la esquizofrenia en pacientes aymaras y no aymaras y sus cuidadores principales en la región centro-sur aporta que es importante saber las creencias de la causa de la esquizofrenia, tanto del paciente como de los familiares, como del cuidador primario, ya que esto puede afectar en el tratamiento, ya que estudios demostraron que los pacientes que sostienen un modelo psicosocial de creencia, en el que las causas principales de esquizofrenia provienen de factores externos como condiciones económicas, estrés y educación, tienen un mejor resultado clínico, sin embargo aquellos que sustentan un modelo, creencias caracterizado como mágico-religiosa, tienen un resultado clínico negativo”.¹⁵

“El Instituto de Investigación en Ciencias Humanas y de la Educación, de la Universidad La Salle – Bolivia; menciona que las interacciones inadecuadas resultan por lo general de la violación de ciertas reglas de comunicación, que en su continuidad hacen casi imposible la existencia de semejantes interacciones, gran parte de la psicopatología general tiene un origen reconocible en una comunicación escasa y deficiente. La llave del mejoramiento de las relaciones familiares, y por lo mismo de la salud emocional en general, se halla en la comunicación. La comunicación es sin duda un tema importante respecto de la esquizofrenia y la familia; sin embargo, no todos los autores reconocen la precisión de la etiología de la enfermedad de la esquizofrenia”¹⁸

“La presente investigación, describe la percepción que tiene el paciente diagnosticado con esquizofrenia paranoide, sobre el nivel de comunicación existente en su sistema familiar, esto a fin de determinar si existe comunicación deficiente y si ésta podría ser la causa de la enfermedad”¹⁸

“Una comunicación deficiente con dobles mensajes de los padres hacia sus hijos y una comunicación trianguladora, no prevén las consecuencias que pueden afectar el desarrollo físico, psicológico y social de los hijos”¹⁸

“Las muestras estadísticas demostraron lo acertado de las teorías de Watzlawick y Wynne, quienes se animaron a concluir que la comunicación deficiente, está relacionada con la enfermedad de la esquizofrenia. La investigación confirmó la hipótesis de que; La esquizofrenia y el grado de comunicación familiar están relacionados”, lo cual fue medido por la Prueba Chi cuadrado de independencia, en la que se concluyó que la prueba es significativa al 0.05, lo que quiere decir que una probabilidad menor a 0,05 significa el rechazo de la hipótesis nula y la aceptación de la hipótesis de investigación”¹⁸

“Con ello se prueba la relación que existe entre la enfermedad de la esquizofrenia paranoide y el grado de comunicación familiar obtenido a partir del test de Escala de Comunicación Familiar”.¹⁸

III. JUSTIFICACIÒN

Para tener un conocimiento adecuado del nivel de conocimiento de familiares concerniente a esquizofrènia, entendido como trastornos mentales, debido a factores; biològicos, psicològicos y sociales, como sucesos estresantes, problemas familiares, enfermedades cerebrales, trastornos hereditarios o genéticos y problemas médicos, que, no son del todo solucionados en su momento de la intervenciòn familiar, se promoverá a adquirir informaciòn de estos hechos mediante mecanismos técnico científicos.

Han demostrado que la salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psíquico y social. Afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando lidiamos con la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con otras personas y tomamos decisiones.

Los genes, la historia familiar, las experiencias en la vida, así como también la biología, el modelo biopsicosocial, juegan un papel relevante. Esto se refiere, al papel compartido e interactivo de factores biològicos, psicològicos y sociales en el desarrollo de la salud mental. Los trastornos mentales pueden ser ocasionados por factores biològicos (genéticos, neurològicos, etc.), ambientales o psicològicos; afectando a nuestra manera de pensar, nuestro humor y comportamiento afectando a la vida familiar.

Es importante una atención multidisciplinaria para mejorar la calidad de vida de la persona, con PRESENCIA DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR CONSTANTE Y OPORTUNO. La enfermedad mental es un asunto que ha inquietado históricamente en el ser humano. Enfocados, principalmente, en la descripciòn de diagnòsticos como tal, etiología y formas de enfrentarlos, con el fin de brindar mayor conocimiento científico en la recuperaciòn del paciente Psiquiátrico.

La intervención familiar permitirá delinear una metodología de conocimiento sobre la enfermedad a través de una constante y activa participación otorgando información adecuada y real de la relación familia - paciente, logrando una mayor adherencia al tratamiento, para animar y motivar al paciente, acelera los procesos de recuperación y logra el éxito del tratamiento.

Entonces, la problemática de la esquizofrenia manifestado en el Hospital de Especialidad Psiquiátrico de la Caja Nacional de Salud, tiene una responsabilidad en la participación de la familia por lo señalado, en el entendido de que debe haber relación familia – paciente y no se debe descargar toda la responsabilidad en el equipo de salud, porque este es solo un apoyo, una parte del equipo que se complementa con la familia y la comunidad para sacar adelante al enfermo mental.

Los resultados obtenidos de la presente investigación, a través del uso de la técnica de aprendizaje de TRIPTICOS, establecerá el nivel de conocimiento que existe en los familiares de pacientes esquizofrénicos, para que los mismos tomen conocimiento y conciencia del importante rol que cumplen en la recuperación de sus familiares enfermos, acciones que nos permitirá alcanzar un mejor nivel del conocimiento del mal en la familia del paciente esquizofrénico.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco Conceptual.

La esquizofrènia es un diagnòstico psiquiàtric que se utiliza para personas con un grupo de trastornos mentales crònics y graves, caracterizado a menudo por conductas que resultan anòmalas para la comunidad, falta de percepci3n de la realidad, alteraciones en la percepci3n o en la expresi3n de la alteraci3n de la realidad.

La esquizofrènia causa ademàs un cambio mantenido en varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la consciencia de realidad, y una desorganizaci3n neuropsicol3gica màs o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunci3n social. Entre los sntomas frecuentes, estàn las creencias delirantes, pensamiento confuso, alucinaciones auditivas, reducci3n de las actividades sociales y/o aislamiento.

Los sntomas de la esquizofrenia suelen comenzar en adultos, j3venes y aproximadamente 0,4 - 0,6 % de la poblaci3n se ve afectada. Una persona con esquizofrènia, por lo general, muestra un lenguaje y pensamientos desorganizados, delirios, alucinaciones, trastornos afectivos y conducta inadecuada.

El diagn3stico se basa en las experiencias que relata el propio paciente y la conducta vista por el examinador. Se suele considerar que todo tipo de exploraci3n o prueba psicométrica o de psicopatología precisa una informaci3n detallada de su alcance y objetivos y la obtenci3n previa de un consentimiento por parte del paciente. No existen actualmente pruebas de laboratorio diagn3sticos de la esquizofrenia y ninguno de los sntomas es patognom3nico o exclusivo de esta enfermedad, lo que dificulta el diagn3stico cierto.

En los pacientes esquizofrénicos, se ha detectado disfunción de los sistemas de neurotransmisores y anomalías anatómicas cerebrales, así como anomalías del sistema inmunitario. No obstante, no se conocen con certeza las causas de la esquizofrenia. Los estudios sugieren que los principales factores de riesgo son la predisposición genética y factores perinatales. Además, algunas circunstancias socio-ambientales, el aumento de la edad de los padres, ciertos medicamentos y el uso recreativo de drogas parecen provocar o empeorar los síntomas. En un subgrupo de pacientes esquizofrénicos, la enfermedad celíaca o una anomalía en la absorción intestinal, podrían ser causantes del desarrollo de la esquizofrenia. ¹

4.2 Marco Clínico.

Cuanto antes se reconozca que el joven está enfermo, mejores son las posibilidades de conseguir un tratamiento efectivo. Esto acelerará la recuperación y reducirá el daño a largo plazo. Algunas personas pueden recuperarse completamente. Debes contactar con el médico de familia primero. Es importante asegurarse de que no hay un problema médico que explique los síntomas. Si es necesario, el médico hará una derivación al psiquiatra infanto-juvenil de zona. La evaluación y el tratamiento puede en algunas ocasiones llevar a un ingreso en una unidad especializada psiquiátrica de ingresos infanto-juveniles. Si existe riesgo de autolesiones o de agresividad hacia los demás, también se aconseja un ingreso.

El joven puede necesitar permanecer en el hospital durante unas pocas semanas o meses. El objetivo del tratamiento es ayudar al joven a llevar una vida lo más normal posible. Al principio, el tratamiento se centra principalmente en eliminar los síntomas. Para obtener el mejor resultado, todo el mundo implicado, incluida la persona afectada, la familia, el equipo psiquiátrico, los docentes y los servicios sociales, necesitan trabajar juntos desde el inicio. La medicación juega un papel crucial en el tratamiento de la esquizofrenia.

Controla los síntomas de la enfermedad y permite reiniciar una vida normal. La medicación tiende a ser más efectiva con los síntomas positivos y menos con los negativos. Las alucinaciones y las ideas delirantes pueden tardar algunas semanas en desaparecer. Existen varias medicaciones.

Todas pertenecen al grupo de medicación denominado neurolépticos, antipsicóticos o tranquilizantes mayores. Por razones que no se comprenden del todo, no todo el mundo responde a la misma medicación de la misma manera. Algunas veces se han de probar varias medicaciones hasta encontrar la que mejor “encaja”.

Una vez que los síntomas principales de la enfermedad han sido tratados con éxito, es importante continuar con la medicación, bajo supervisión médica, durante algunos meses. Un pequeño grupo de personas son capaces entonces de abandonar la medicación sin que la enfermedad empeore.

La mayoría de las personas, sin embargo, necesitan medicación de mantenimiento indefinidamente para prevenir las recaídas. La medicación puede tener efectos secundarios. Tu médico te aconsejará sobre estos y sobre cómo prevenirlos o aliviarlos. Se debe hacer una valoración de los beneficios y los inconvenientes de la medicación en el tratamiento de la enfermedad.

Es crucial que los tratamientos farmacológicos sean combinados con apoyo y ayuda de tipo práctico para la gente joven y su familia. Esto incluye: • Ayudar en la comprensión y el manejo de la enfermedad. • Reconstruir la autoconfianza • Tener en cuenta los factores de riesgo que puedan llevar a una recaída. • Dar apoyo para continuar con la educación y/o el empleo. Algunos jóvenes enfermarán a pesar de estas medidas. Sin embargo, esto no debe ser impedimento para que lleven una vida plena y feliz.⁴

4.3 Marco Social

Educación familiar: Con frecuencia los pacientes son dados de alta del hospital y quedan a cuidado de sus familias, por esta razón es importante que los familiares aprendan todo lo que puedan acerca de los desafíos y problemas asociados con la enfermedad. La colaboración con la familia en la rehabilitación tiene dos objetivos fundamentales, prevenir las recaídas y fomentar comportamientos que lleven a una rehabilitación satisfactoria, desalentando las conductas que impidan este proceso.

Es necesario que los familiares conozcan los servicios disponibles para asistirlos durante el período posterior a la hospitalización. El educar a la familia en todos los aspectos de la enfermedad y su tratamiento se llama «psico-educación familiar». La psico-educación familiar incluye aprender estrategias para manejar la enfermedad y técnicas de solución de problemas.

En lugar de simular estar de acuerdo con declaraciones que parecen extrañas o son decididamente falsas por parte del paciente, los miembros de la familia y amigos pueden reconocer que las cosas parecen diferentes para el paciente y deben indicar que no ven las cosas de la misma manera o que no están de acuerdo con sus conclusiones. De igual forma, es útil llevar un registro de los síntomas que van apareciendo, los medicamentos (incluyendo las dosis) que toma y los efectos que han tenido los diversos tratamientos. Al saber qué síntomas estuvieron presentes anteriormente, los familiares pueden tener una idea más clara de lo que puede suceder en el futuro.

Además de colaborar a obtener ayuda, la familia, los amigos, y los grupos de personas con condiciones similares, pueden proporcionar apoyo y fomentar que el paciente esquizofrénico recupere sus capacidades. Es importante plantearse metas alcanzables ya que un paciente que se siente presionado o criticado probablemente tendrá estrés, lo que puede causar un empeoramiento o una recaída.

Al igual que otros, las personas con esquizofrenia necesitan saber cuándo están haciendo bien las cosas. A largo plazo, un enfoque positivo puede ser útil y quizás más eficaz que la crítica. ¹

Muchos familiares se sienten abrumados por la perspectiva y el sentido práctico de amar a alguien con esquizofrenia. La enfermedad a menudo se desarrolla a finales de la adolescencia o a principios de la edad adulta, cuando la tarea del desarrollo es la de independizarse de la familia, y puede estar poco claro para el individuo con la enfermedad y sus familiares hasta qué punto debe confiar en su familia para obtener ayuda. Los síntomas pueden ser impredecibles y aterradores, y la persona con este trastorno a menudo experimenta un concurrente desconocimiento de la enfermedad (llamado “anosognosia”), que puede hacerle reacio a buscar o permanecer en tratamiento.

Algunos miembros de la familia pueden haber tenido poca experiencia previa con enfermedades psiquiátricas graves y pueden estar inseguros acerca de dónde obtener las adecuadas indicaciones para el extraño comportamiento o la falta de motivación. Alternativamente, como la esquizofrenia parece tener un sustrato genético, el familiar también puede estar tratando con su propio problema de salud mental. Independientemente de sus experiencias personales previas, muchos familiares responden con sugerencias, incitación e incluso regañinas en un esfuerzo para ayudar a guiar la conducta de la persona enferma.

Sin embargo, una gran cantidad de literatura sugiere que las personas con esquizofrenia son altamente sensibles al estrés ambiental y que estos inputs de los familiares, no importa cuán bien intencionados, pueden tener inesperadas consecuencias negativas. Uno de los hallazgos contrastados sobre los factores psicosociales que predicen el pronóstico en la esquizofrenia constata que, los individuos con el trastorno, cuyos familiares expresan altos niveles de comentarios críticos y/o altos niveles de comportamiento de auto-sacrificio en el momento de exacerbación de un síntoma.

Es decir, los familiares que son altos en emoción expresada, tienen una probabilidad significativamente mayor de recaída dentro de los nueve meses posteriores.

Las innovaciones más recientes de Servicios para la Familia Desarrollo de Estrategias de Participación Efectiva La limitada difusión de servicios familiares basados en la evidencia en la esquizofrenia desmiente el dicho; Si lo creas, vendrán. De hecho, en este campo, tal vez el más importante tema de preocupación reciente es el limitado uso de las intervenciones familiares en la mayoría de los centros. Las barreras a la difusión de las intervenciones familiares basadas en la evidencia en la esquizofrenia pueden ocurrir a nivel del paciente, del familiar o del profesional. Para ejemplo, los pacientes pueden estar demasiado enfermos para participar en las sesiones o no quieren que sus familiares se involucren en su cuidado; los miembros de la familia pueden estar demasiado ocupados o sobrecargados para acudir a la clínica; o los proveedores pueden carecer del conjunto de habilidades para proporcionar el tratamiento de manual o estar preocupados por el reembolso. Glynn y colegas han desarrollado una nueva estrategia para abordar la reticencia del paciente y de la familia a participar en el trabajo familiar conjunto, que se basa en una perspectiva de empoderamiento de los pacientes⁵.

En nuestro medio referente a la educación al Público y familiares no se tiene conocimiento, a pesar de que hay sectores que hacen campañas de concienciación a la población sobre salud mental pero no así de los organismos llamados por ley, de esto se tiene el INFORME SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN BOLIVIA realizado por la Organización Panamericana de Salud: Habiéndose realizado campañas por múltiples sectores no necesariamente en forma coordinada y/o buscando un mismo objetivo. Los entes que han promovido campañas de educación y concienciación al público en los últimos cinco años han sido algunas Organizaciones No gubernamentales y grupos de profesionales.

Estas campañas han estado dirigidas a los siguientes grupos: población en general, niños, adolescentes y mujeres abordando temas ligados a la prevención del uso de sustancias adictivas y/o violencia. Se tiene experiencia de haber trabajado con maestros y la policía abordando los mismos temas principalmente. Disposiciones legislativas y financieras para personas con trastornos mentales, existe disposición legislativa respecto al empleo de personas con discapacidad, amparado por Decreto Supremo N° 27477 del 06 de mayo del 2004. Se está trabajando en su cumplimiento. Sin embargo, hasta el momento no existe apoyo legislativo ni financiero relativo a discriminación, prioridad de viviendas para personas con algún tipo de trastorno mental, etc., vínculos con otros sectores, si bien el apoyo legislativo y financiero es mínimo, existen colaboraciones intersectoriales con los departamentos, agencias responsables de atención primaria de salud, abuso de sustancias, protección infantil, educación y ancianos.

En términos de apoyo a la salud del niño y adolescente, solo 5% de las escuelas primarias y secundarias tiene un profesional de salud mental a medio tiempo o a tiempo completo y corresponden en casi su totalidad a establecimientos privados. Entre 1- 20% de las escuelas primarias y secundarias realizan actividades formales para promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales en la escuela. El porcentaje de presos con psicosis y retardo mental es de menos del 2%. En relación con las actividades de salud mental en el sistema de justicia penal, del 1 al 20% de las cárceles tiene por lo menos un preso por mes en contacto de tratamiento con un profesional de salud mental. Con respecto a la capacitación, del 1 al 20 % de los miembros de la policía y de los jueces y abogados han participado en actividades educativas sobre salud mental en los últimos cinco años. En términos de apoyo financiero, ningún establecimiento de salud mental tiene acceso a programas de oferta de empleo externo (fuera del establecimiento de salud mental) para los usuarios que padecen trastornos mentales graves.

Por último, el único beneficio considerado de asistencia social que da el gobierno es al sector de no videntes registrados en el Instituto Nacional de la Ceguera, con un bono anual de Bs. 3.800 y aunque es posible que en este grupo existan personas con algún problema de salud mental, no se cuenta con esta información.¹⁰

4.4 Marco experimental

En el modelo Family Member Provider Outreach, un especialista en salud mental, que también tiene experiencia personal en enfermedad psiquiátrica a través de un ser querido, se reúne primero con un paciente entre una y tres sesiones para ayudarlo a considerar sistemáticamente los beneficios y los costos de tener a su familia participando en su cuidado. Se utilizan varias técnicas de estimulación motivacional, para ayudar al paciente a tomar una decisión informada acerca de implicar a la familia en el cuidado, y se emplea ensayo de conducta para ayudar al paciente a practicar la petición a la familia a asistir a las sesiones clínicas si el paciente decide hacerlo. Si el familiar acepta la invitación y acude a la clínica, se le proporciona información, recursos, y un enlace con el equipo de tratamiento del paciente para ayudar a fortalecer el sistema de apoyo al paciente. Aunque los resultados de este estudio están todavía siendo analizados, la intervención pone de relieve los tipos de esfuerzo que pueden ser necesarios, como pasos preliminares, antes de que los posibles participantes estén dispuestos a involucrar a sus familias en el cuidado.⁵

Psicoeducación familiar en Esquizofrènia; se presentan la psicoeducación familiar como uno de los pilares fundamentales para el tratamiento de la persona que padece esquizofrenia, a fin de lograr la menor tasa de recaídas, mantener el manejo ambulatorio, y permitir la reinserción familiar y social.

* La psicoeducación es un método de cuidado que provee información y formación a la familia complementario de tratamientos médicos, psicológicos y de rehabilitación.

* El programa es de intenso apoyo y educación a las familias y debe ser sostenido en el tiempo.

* Las intervenciones tienen como objetivo desarrollar una alianza terapéutica positiva que sostenga a los pacientes en la comunidad, minimice las recaídas y disminuya la tensión en los familiares.

* El modelo psicoeducativo está basado en la certeza de que las familias son las cuidadoras de los pacientes y tienen algo muy especial para ofrecer: ternura y comprensión.

* Este modelo intenta disminuir la vulnerabilidad, mejorar el funcionamiento cognitivo, aumentar la motivación para realizar actividades en pacientes compensados y reducir la ansiedad familiar a partir del apoyo y la información sobre la enfermedad.

* El objetivo es mejorar la calidad de vida creando climas de baja emoción expresada en el hogar, en la recreación, en el trabajo o en el estudio. Esto reduce el estrés y las recaídas. El programa incluye información específica y concreta sobre la enfermedad y sugiere actitudes, conductas y técnicas para poder enfrentar los problemas que causan los síntomas en la convivencia y les permite la recuperación y la integración en lo social (recreación, estudio, trabajo).

La psicoeducación intenta romper el círculo vicioso de la repetición de episodios, crisis e internaciones a partir de operar con estos principios:

Crear una alianza que promueva el trabajo vincular entre los profesionales, las personas que padecen esquizofrènia y las familias.

Proveer información sobre la enfermedad y su manejo a la familia y si es posible a la persona que padece esquizofrènia.

Establecer un medio social que apoye a la persona en la comunidad. Integrar gradualmente a la persona en los roles familiares, sociales y laborales. Crear cuidados continuos en la familia y con la persona que padece esquizofrènia.

TÉCNICAS EDUCACIONALES; Una de las metas de la psicoeducación familiar es explicar a los familiares la naturaleza y el curso de la esquizofrènia. La orientación sobre los tipos de tratamientos disponibles y la importancia de la aceptación del tratamiento beneficia tanto a las personas que padecen esquizofrènia como a sus familiares, reduciendo entre estos el nivel de estigma y aumentando la percepción de la enfermedad en la persona que la padece. Si la familia consigue reducir la emoción expresada, la frecuencia de recaídas también se reduce substancialmente aun con menos dosis de neurolépticos.

Las familias aprenden a identificar problemas interpersonales y se les puede sistematizar la manera de resolverlos. Evitando sentimientos y emociones negativas y favoreciendo las positivas se crea un clima diferente en la familia que resulta menos estresante para la persona y que le permite aumentar el nivel de interacciones interpersonales dentro y fuera de la familia.

La búsqueda de trabajo es importante también en la etapa de recuperación de la enfermedad. Un grupo de autoayuda integrado por personas en distintas etapas de la recuperación puede ser de mucha utilidad en esta etapa. Las casas de medio camino y los talleres protegidos, también son un importante recurso para la contención después de la internación.

A pesar que la psicoeducación y la terapia ambulatoria requieren una importante inversión en personal y tiempo, probablemente la relación costo beneficio sea mejor que en las terapias tradicionales, especialmente con aquellos que han sufrido numerosas internaciones. La meta es reducir tanto como sea posible el

número de hospitalizaciones ayudando a las personas y sus familias a una mejor comprensión, motivación y así poder resolver los problemas cotidianos”.⁶

La enfermedad mental – esquizofrènia, viene a ser un factor preponderante en la relación familiar promoviendo una serie de comportamientos del grupo familiar hacia el paciente que padece el mal de Esquizofrènia.

Denotándose la estigmatización de la sociedad para con la familia, sin tomar en cuenta que existe una serie de factores que han llevado al paciente a contraer este padecimiento que puede ser biológico, psicológico, social y otros problemas que llevan a desordenes del raciocinio, este fenómeno en la salud de las personas incluye el bienestar emocional, de cómo pensamos y sentimos cuando lidiamos con la vida.

A partir de la vergüenza y el desorden psicológico emocional, de la familia por la esquizofrènia de un componente, despierta prejuicios, razón de ello; “...a la hora de definir el concepto de estigma muchos autores se inclinan por la definición cardinal de Godfman (1963), quien considera el estigma como un atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo. En otros casos se ha definido el estigma como una característica de las personas que resulta contraria a la norma de una unidad social, considerando como norma- una creencia compartida, dirigida a comportarse de una forma determinada en un momento preciso (Stafford y Scott, 1986). Más recientemente se ha señalado que los individuos estigmatizados poseen (o se cree que poseen) algún atributo o característica que conlleva una identidad social la cual es devaluada en un contexto social particular (Crooker, Major y Steele, 1998)”⁷

Describir la estigmatización lleva a una gran discusión, que en definitiva podemos resumir que se manifiesta en tres aspectos como señalan los estudiosos sobre enfermedad mental (Manuel Muñoz, Elisa Pérez Santos, María Crespo, Ana Isabel Guillen), que; “el estigma se pone de manifiesto en tres aspectos del comportamiento social (Ottati, Bodenhausen y Newman, 2005).

Por un lado, los ESTEREOTIPOS, en los que se incluyen estructuras de conocimientos que son aprendidas por la mayor parte de los miembros de una sociedad. Vienen a representar el acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas, es decir, las creencias sobre ese grupo, la faceta cognitiva del estigma.

Sin embargo, el que una persona tenga conocimiento de un estereotipo, no implica necesariamente que esté de acuerdo con él. Cuando de hecho se aplican y cuando se experimentan reacciones emocionales negativas por ello se están poniendo en marcha, los PREJUICIOS SOCIALES, que se ponen de manifiesto en forma de actitudes y valoraciones, las cuales, en última instancia, pueden dar lugar a la DISCRIMINACION efectiva, esto es, da todos aquellos comportamientos de rechazo, que ponen a las personas con enfermedad mental en situación de desventaja social. ⁷

Por otra parte, es necesario visualizar el factor psicosocial que influye en el conocimiento de los familiares de pacientes esquizofrénicos; “Consideran que el prejuicio se origina como una respuesta emocional negativa, por lo que la raíz del problema se relacionaría con las emociones. La formación de esta respuesta emocional, se produce mediante:

- **“Condicionamiento clásico**, esto es, cuando se experimentan, directa o vicariamente, repetidas asociaciones entre un determinado grupo social y estímulos aversivos (ej. Cuando los padres muestran desagrado ante una persona con enfermedad mental o cuando los medios de comunicación hablan de personas con enfermedad mental en relación con acontecimientos violentos).
- **Malas atribuciones de determinados estados emocionales**, que llevan a que los estados afectivos provocados por un estímulo aversivo se atribuyan erróneamente a otro estímulo (ej. El gesto de desagrado de

la madre causa malestar en el niño, quien lo atribuye al modo de actuar de la persona con enfermedad mental, o el malestar causado por la noticia de un asesinato se atribuye la persona con enfermedad mental mencionada en la misma).

- **Desplazamiento de la agresión**, desde el agente que provoca la ira a otro estímulo, situación o persona. Este fenómeno sucede cuando la reacción ante el agente que provoca la ira es imposible o altamente problemática y suele llevar a reacciones ante otros agentes, que se perciban como provocadores o cuya conducta pueda interpretarse como provocadora, que se encuentren en marcos de referencia desagradables y marginados dentro de la sociedad (tal y como sucede con las personas con enfermedad mental).⁷

El desconocimiento de la enfermedad mental por parte de los familiares, promueve una serie de reacciones como ser:

- **El estereotipo de la peligrosidad**; está relacionada por los comprometidos y grupo social, que, con la desinformación social y potenciado por el tratamiento del problema, que hacen los medios de comunicación. Las personas con enfermedad mental perciben y reconocen que existe un estereotipo, muy homogéneo de enfermo mental fomentado por los medios de comunicación, cuyo eje principal es la asociación de enfermedad mental.
- **El auto- aislamiento social**; la aceptación de la enfermedad y el rechazo social percibido de la misma conduce, en la mayoría de las ocasiones, a la auto discriminación y el auto aislamiento, reconocido por las personas que participan de la excesiva autocrítica. La conciencia de la presencia de limitaciones en las actividades de la vida diaria puede llevar a considerarse incapaz.

- **El ocultamiento del problema;** es consecuencia de la imagen social negativa de la enfermedad mental, que facilita, al menos a corto plazo, la vida diaria.

Las referencias a las razones, las características y las consecuencias, de ocultar la condición de enfermedad mental, a todas las personas que le rodean al entorno familiar del paciente. Muchos familiares expresan que conocidos y amigos reaccionan de forma negativa a la enfermedad mental de su hijos o hermanos, manifestándose el rechazo de diferentes formas como es la falta de comprensión y la negación de ayuda, ya sea por causas sentida en sí mismo, con la culpa, la vergüenza y la autorresponsabilidad, aunque es difícil que se manifieste tener el conocimiento adecuado. ⁷

4.5 Marco situacional

La participación familiar es importante, para que ayude a reconocer los síntomas de la esquizofrenia para evitar la peligrosidad de reacción del paciente, lo contrario se da por la falta de información, reflejado en la sociedad que debido a la desinformación se causa estigma en los enfermos mentales y los medios de comunicación en vez de coadyuvar ahondan el problema, con el tratamiento que se da a estos enfermos, quienes también desconocen las causales del mal, ya que promueve, en los enfermos percepción y reconocimiento de que existe un rechazo marcado hacia sí mismo.

A fin de evitar, auto discriminación y el auto asilamiento, por la enfermedad, los familiares deben participar directamente en el proceso de restablecimiento de su salud, adquiriendo conocimiento científico del mal, para lograr la aceptación de este y evitar el rechazo social que es promovido por la excesiva autocrítica, entonces evitar la presencia de limitaciones en las actividades, de la vida diaria, para evitar la consideración de ser incapaz.

A fin de sobrellevar el mal mental del paciente, la familia debe también evitar el ocultamiento del problema que promueve negatividad en el medio, haciéndose cotidiano en su diario vivir.

Muchos familiares expresan que conocidos y amigos reaccionan de forma negativa a la enfermedad mental de su hijos o hermanos, manifestándose el rechazo de diferentes formas como es la falta de comprensión y la negación de ayuda, ya sea por causas sentida en sí mismo, con la culpa, la vergüenza y la autorresponsabilidad, la familia debe sobrellevar la patología dando apoyo y fortaleza con el conocimiento adecuado del mal.

Entonces, una vez que ingresa un paciente con el problema de salud mental al Hospital de Especialidad Psiquiátrico, el profesional valora al paciente en ausencia de los familiares, una vez que se determina el mal, el paciente debe impregnarse del mismo para su recuperación, a este proceso los familiares son convocados para que coadyuven en la mejoría del paciente.

Cuando el paciente es internado a sala, este se siente aislado, abandonado y empieza a declinar su estado anímico, promoviendo reacción adversa, momento en el cual el familiar tiene que interiorizarse y conocer esta primera etapa para que pueda apoyar al paciente, porque el mismo siente que es agredido y rechazado por el personal de salud y familiares comprometidos.

El Centro Médico de Chile realizado por Nicole Hirmas R., con relación a la participación del familiar en pacientes con esquizofrenia determina:

Conocer la enfermedad: le va a permitir comprender a su familiar y ser más tolerante ante conductas que pueden resultar incomprensibles.

Aceptar la enfermedad: Hay situaciones que uno conoce, entiende y sin embargo a nivel emocional no logra asimilar. La esquizofrenia produce un

cambio muy radical en quien se ve afectado y la familia puede tener la sensación de estar frente a un desconocido. Aceptar a su familiar con esta nueva condición médica y ajustar las expectativas que usted tenía para su futuro es crucial. A veces puede requerir apoyo psicoterapéutico.

Reducir la expresión de sus emociones negativas: Es natural que la familia sienta rabia o impotencia, también que se sienta ansioso o culpable. Estas emociones suelen llevar a relaciones hostiles o de sobreprotección. Se ha visto que esto afecta negativamente el curso de la enfermedad y hace más frecuentes las recaídas. Si se encuentra en esta situación, pida ayuda especializada.

Cooperar con el tratamiento: Su apoyo será más efectivo y oportuno.

Aconseje a su familiar para que no abandone los fármacos, aún si se encuentra bien.

Aprenda a reconocer los signos tempranos de una recaída para intervenir a tiempo.

Anime a su familiar a llevar una rutina lo más normal posible y procure que sea él mismo quien conozca y asuma los cuidados de su enfermedad. También para usted será una tranquilidad ver que él se vale por sí mismo.

Supervise que su familiar no consuma alcohol o drogas.

Ayude a regular, en lo posible, el nivel de estrés al que se ve sometido su familiar. Cuando el estrés sea inevitable, prepárelo con tiempo o sugiérale ver a su médico.

Tome seriamente cualquier amenaza de suicidio: Si su familiar manifiesta que no quiere seguir vivo, habla de cómo podría llegar a quitarse la vida o se muestra desesperanzado y angustiado, llévelo al servicio de urgencia y dé aviso a su médico.

Si su familiar no quiere recibir apoyo: usted puede solicitar una “hospitalización forzosa” o “evaluación involuntaria” en el Servicio de Salud que le corresponde. Esto consiste en que su familiar es llevado contra su voluntad, por carabineros, al médico ya sea para hospitalizarlo o para evaluar qué hacer. Estas medidas son muy invasivas y se sugiere recurrir a ellas sólo en casos extremos.

Cuide su propia salud mental: Hacer frente a la enfermedad psiquiátrica de un ser querido puede ser una enérgica sacudida en su vida. Es importante que usted se cuide. Genere una red de apoyo, no asuma solo toda la responsabilidad. Esto le dará tranquilidad e independencia.

Participe de las organizaciones de familiares: para ayudar a mejorar los servicios y resguardar los derechos fundamentales de las personas con esquizofrenia. Compartir sus experiencias con otros en situaciones similares puede ayudarle a desarrollar un enfoque realista y positivo de la enfermedad”.¹²

La Organización Panamericana de la Salud en su Informe sobre el sistema de salud mental en Bolivia señala: De las Asociaciones de usuarios y familiares: Existen pocas asociaciones de familiares o usuarios en el país específicamente dirigidas al tema de salud mental, habiéndose identificado cinco, tres dirigidos al tema de Alzheimer, una al déficit de atención y otra a los trastornos mentales en general.

Están conformados en forma mixta no solo por familiares y usuarios, sino también por voluntarios. Existen 52 usuarios que son miembros de asociaciones de usuarios y 41 familiares que son miembros de asociaciones de familiares.

El gobierno no proporciona apoyo económico para asociaciones de usuarios ni de familiares. Ninguna Asociación de usuarios o de familiares ha estado

involucrada en la formulación o implementación de políticas, planes o legislación sobre salud mental en los últimos dos años.

Pocos establecimientos de salud mental (1- 20%) han tenido interacción con Asociaciones de usuarios o familiares. Las cinco asociaciones buscan ser un grupo de apoyo tanto para los pacientes como para los familiares.

Además de estas asociaciones, existen 23 Organismos No Gubernamentales en el país, involucradas en actividades de asistencia individual tales como consejería, vivienda o grupos de apoyo o en actividades de promoción de la salud mental con poblaciones vulnerables o que han atravesado algún tipo de trauma o crisis.¹⁰

El mal de salud mental se asemeja a otros males que se resalta en la vida del ser humano, prioritariamente en este estudio se busca salvar el mejor trato al paciente, de ahí que, el Nivel de conocimiento concerniente a familiares en pacientes esquizofrénicos en el Hospital Especialidad Psiquiátrico de la Caja Nacional de Salud, necesitan de la mejor y mayor orientación en el reconocimiento de los síntomas y el cumplimiento del tratamiento del paciente.

Estudios realizados sobre el Hospital Psiquiátrico Dr. José María Alvarado – C.N.S.,(antiguo nombre), por Dra. Denisse Claudia Jaén Varas, Dra. Emma Wilma Callisaya Quispecahuana, Dr. Hans F. Quisbert Gutierrez señala: “Se debe realizar intervenciones con los familiares de pacientes esquizofrénicos. Los programas de psicoeducación familiar han demostrado su utilidad para prevenir recaídas y reducir la tensión familiar.

Esto permitiría atender a dos niveles de trabajo familiar: Un primer nivel centrado especialmente en la familia, destinado a manejar y controlar sus propias emociones, y a, asumir la problemática que supone tener un ser querido con un trastorno psiquiátrico grave. Un segundo nivel centrado en el paciente, en el que

la pretensión es que los familiares se conviertan en coterapeutas, que contribuyan a extinguir los comportamientos inadecuados y a sustituirlos por otros más adecuados.

En todo este proceso es necesario la información y el apoyo a las familias por parte de los profesionales, así, como la capacidad de estos últimos para reconocer y recoger las demandas familiares y elaborar abordajes adecuados, dentro de un marco integral de rehabilitación.

Se puede iniciar nuevas formas de intervención como son los G.A.M. (Grupos de Ayuda Mutua) ya que puede resultar útil para aliviar esta carga, para reducir este impacto, para disminuir la patología asociada al cuidado que sufren los cuidadores de este tipo de pacientes. La ayuda mutua es una condición natural en el ser humano de poder compartir, buscar contacto con otras personas, en las que confiar ante una situación de alegría, tristeza, enfermedad, peligro o ansiedad.⁹

La Revista ESTUDIOS BOLIVIANOS en su artículo Panorama Actual de la Salud Mental comenta.: “La salud mental y el bienestar a nivel individual, están fuertemente influidos por el contexto social inmediato, en el cual las personas viven, trabajan y llevan a cabo sus actividades cotidianas. El objetivo principal de la atención a nivel de la familia y la comunidad es, por consiguiente, fomentar condiciones de vida y de trabajo que permitan el desarrollo psicosocial (en particular de las personas vulnerables) y promuevan interacciones positivas entre las familias y los grupos sociales y dentro de ellos.

Ciertas estrategias de promoción y protección de la salud mental están orientadas a grupos específicos, como las intervenciones en el hogar para familias socioeconómicamente desfavorecidas y para niños con un progenitor que sufre una enfermedad mental; prevención de la violencia en la pareja; intervenciones en la escuela para niños y adolescentes que presentan problemas

emocionales o conductuales; intervenciones basadas en el trabajo, para adultos que buscan empleo o que luchan para hacer frente a tensiones laborales; intervenciones comunitarias orientadas a promover una mejor participación social de los adultos mayores; y apoyo psicosocial para personas afectadas por conflictos o desastres. Otras estrategias son de carácter más universal e incluyen ampliar los sistemas de protección social para pobres u otros grupos vulnerables, salvaguardar la seguridad del vecindario e incrementar los servicios de la comunidad y las redes sociales.¹¹

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los familiares de pacientes con esquizofrènia ante la sociedad en general, juzga la permanencia psiquiàtrica y genera exclusi3n, ignorando la gran responsabilidad que tiene en el surgimiento de enfermedades mentales y su interacci3n con los demàs.

Entre los factores asociados con trastornos depresivos, ansiedad, problemas de conducta y de dèficit de atenci3n, se encuentran tensiones o conflictos familiares, historias de maltrato, alteraciones en la relaci3n parental, disfunci3n familiar, aislamiento social, pobreza, habitar en contexto con alto ìndice de criminalidad y delincuencia o en condiciones de hacinamiento.

Estos pacientes son internados al Hospital de Especialidad Psiquiàtrico, por la complejidad y gravedad de su patologìa como ser esquizofrènia, trastornos bipolares, depresi3n, alcoholismo y otros males mentales que aquejan a estas personas, promoviendo malestar en la relaci3n familia-paciente.

Si bien el nùcleo de un hogar viene a ser la familia que de pronto se transforma en un problema para su interrelaci3n a causa de la aparici3n de enfermedades psiquiàtricas de uno de los componentes de la familia, esto produce rompimiento de la familia al no existir el adecuado conocimiento y paciencia para tratar al paciente psiquiàtrico, por el mal que aqueja y va en detrimento del paciente.

Por lo tanto, es preciso para el diagn3stico, tratamiento, mejoramiento, rehabilitaci3n del paciente en el proceso de atenci3n mèdica, involucrar a los familiares, que vienen a ser el problema de la mejora del paciente psiquiàtrico; a su vez sea coadyuvante con su participaci3n y lograr su recuperaci3n.

Es causal de mala atención al paciente con esquizofrènia, cuando la enfermera no presta la debida atención en el momento crítico de la enfermedad, debiendo por el contrario ser un nexo entre la familia y el enfermo mental, en el entendido de que juega un papel importante en el momento crítico de la reacción del paciente.

Por las referencias obtenidas en el Hospital de Especialidad Psiquiátrico de la Caja Nacional de Salud, algunos pacientes de psiquiatría son rechazados y abandonados por la familia, brindando maltrato, vergüenza y demostrando desinterés a lo largo del tratamiento, debido a la manifestación de estigmas sociales frente a los trastornos psiquiátricos, que afecta tanto al paciente como a la familia.

Los comentarios vertidos por los familiares que asisten al Hospital de Especialidad Psiquiátrico sobre la indiferencia mostrada por el personal Especializado y de apoyo del Hospital, se debe a la falta continua de capacitación y perfeccionamiento del problema de salud en esquizofrenia, factor importante en: primero, decisión del mejor proceso de curación del paciente basado en el entendimiento, paciencia y aplicación de su mejor técnica de solución al problema; segundo, facilitar la mejor forma de otorgación del conocimiento de la enfermedad por parte del personal de salud a los familiares, a fin de evitar disloque al interior de la relación familia – paciente.

Por otra parte, la falta de cuidado por parte de los familiares en pacientes con patología de Esquizofrènia, facilita la aparición de los males como el trastorno depresivo, ansiedad, problemas de conducta y déficit de atención, hecho que no permite mejora en el paciente más al contrario acrecentamiento del problema psiquiátrico.

VI. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el Nivel de conocimiento de familiares concerniente a esquizofrenia en pacientes del Hospital de Especialidad Psiquiátrico C.N.S., La Paz - 2018?

VII. OBJETIVOS

7.1 Objetivo general

Determinar el Nivel de conocimiento de los familiares concerniente a Esquizofrènia en pacientes del Hospital de Especialidad Psiquiátrico C.N.S., La Paz - 2018.

7.2 Objetivos específicos

- Describir el nivel de conocimiento de familiares concerniente a la patología de esquizofrènia.
- Clasificar a los familiares de pacientes esquizofrénicos según edad, familiaridad y grado de instrucción.
- Identificar la relación familiar con el paciente sobre efectos colaterales, fracaso terapéutico y tiempo que adolece.
- Elaborar propuesta de material educativo para orientar a familiares de pacientes esquizofrénicos.

VIII. DISEÑO METODOLOGICO

8.1 Área de Estudio

Lugar: Hospital Psiquiátrico

Ubicación: zona de Miraflores, calle Villalobos entre calle Cuba y Av. Busch.

Institución: Caja Nacional de Salud

Hospital: de Tercer Nivel Referencia Nacional

Población de Estudio: Familiares de pacientes Esquizofrénicos.

Sujeto de estudio: Familiares de pacientes Esquizofrénicos del Hospital Psiquiátrico Dr. José María Alvarado de la Caja Nacional de Salud.

8.2 Tipo de estudio

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo, analítico y de corte transversal.

DESCRIPTIVO. - Investiga características de la población la magnitud de problemas; prevalencia, incidencia, proporción, factores asociados al problema, eventos epidemiológicos, sociológicos, educacionales y administrativos.

CORTE TRANSVERSAL. - Recolección de datos en un determinado periodo.

8.3 Población y lugar

La población de referencia se encuentra constituida a los familiares de pacientes esquizofrénicos que acuden al Hospital de Especialidad Psiquiátrico Caja Nacional de Salud La Paz – Bolivia en la Zona de Miraflores, Calle Villalobos. durante la gestión 2018.

8.4 Universo y muestra

Conformado por 30 familiares de pacientes esquizofrénicos que acuden al Hospital Psiquiátrico, sujeto al proceso de encuesta para la realización de la investigación del Nivel de conocimiento de sus familiares.

8.5 Criterios de inclusión y exclusión

8.5.1 Criterios de inclusión

- Esposas de pacientes esquizofrénicos que acuden al hospital psiquiátrico.
- Padres de pacientes esquizofrénicos que acuden al hospital psiquiátrico.
- Hijos de pacientes esquizofrénicos que acuden al hospital psiquiátrico.
- Hermanos de pacientes esquizofrénicos que acuden al hospital psiquiátrico.

8.5.2 Criterios de exclusión

- Familiares de pacientes con otras patologías psiquiátricas internados en el hospital psiquiátrico.
- Familiares de pacientes que acuden a consulta externa con otras patologías psiquiátricas.
- Familiares de pacientes atendidos por psicología.
- Familiares que no brinden su consentimiento para participar del estudio en el hospital.

8.6 Lista de variables

Nivel de conocimiento. - Reflejo de la calidad general esencial de los objetos y fenómenos del mundo exterior, juicio. Pensamiento y acto mental en que se niega o se afirma, algún hecho de la realidad. Razonamiento.

Edad. - Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Sexo. - Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.

Vivencia. - Experiencia, suceso o hecho que vive una persona y que contribuye a configurar su personalidad.

Grado de instrucción. - Nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

Esquizofrenia. - Enfermedad mental grave que afecta algunas funciones cerebrales tales como el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta.

Síntoma. - Es un aviso útil de que la salud puede estar amenazada sea por algo psíquico, físico, social o combinación de las mismas.

Tratamiento. - Conjunto de los medios de cualquier tipo, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o bien físicos, los cuales tendrán como finalidad primaria la curación o el alivio de enfermedades o algunos síntomas de estas, una vez que ya se ha llegado al diagnóstico de las mismas.

Riesgo.- Es una medida de la magnitud de los daños frente a una situación peligrosa. El riesgo se mide asumiendo una determinada vulnerabilidad frente a cada tipo de peligro.

Crisis Agresiva. - Situación difícil de una persona o una cosa.

Cuidado. - Modo de actuar de la persona que pone interés y atención en lo que hace para que salga lo mejor posible.

Familia. - Conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre o legal.

Enfermedad. - Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.

Educación. - Formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen.

8.7 Variables

8.7.1 Variable independiente. - (Causa) Desconocimiento de la esquizofrenia

Nivel de conocimiento. - Influyente en la aparición de los males mentales, en el entendido de que este factor refleja la calidad general esencial de los objetos y fenómenos del mundo exterior, juicio, pensamiento y acto mental en que se niega o se afirma algún hecho de la realidad a través del razonamiento ya sea por el que está en su sano juicio como por el que empieza a desvariar.

Esquizofrènia. – Es la Enfermedad mental grave que se manifiesta afectando algunas funciones cerebrales, tales como el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta, debido a causas hereditarias, biológicas o desviaciones de la conducta humana.

Síntoma. - Manifestación del paciente como aviso útil de que la salud puede estar amenazada, sea por algo psíquico, físico, social o combinación de las mismas, que orienta al especialista para determinar la verdadera causa del mal.

Crisis Agresiva. – manifestaciones crónicas o progresivas que se dan por la aparición de la enfermedad mental, como parte de la sintomatología clínica, que, se convierte en una situación difícil de una persona afectada en su salud.

Riesgo.- Son factores que se manifiesta de acuerdo a la magnitud de los daños mentales o físicos, que se pueda dar, ante la reacción del paciente, convirtiéndose en una situación peligrosa. El riesgo se mide asumiendo una determinada vulnerabilidad de peligro por la aparición de la enfermedad.

Enfermedad. - Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo, o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa, que por su progresiva manifestación se determinara, como una enfermedad con probabilidad de cura o se torne crónico.

8.7.2 Variable dependiente. - (Efecto) Mala atención y cuidado de la familia.

Edad. – Es la etapa en la que el familiar se encuentra apto para la atención al paciente tomando en cuenta el tiempo de vida transcurrido.

Sexo. - Condición orgánica diferencial, en el entendido de que la mujer es la que está al pendiente del enfermo en su mayoría.

Familia. - Los que acompañan al Enfermo producto de sus males físico y mental, conforman el conjunto de personas por ascendencia o descendencia.

Vivencia. - Acción por la que la familia debe mantener con los enfermos de esquizofrenia dándoles tranquilidad y confiabilidad para recobrar su normalidad.

Grado de instrucción. - Nivel de instrucción que permite dar mayor o menor atención al enfermo por el grado de conocimiento adquirido sobre el mal que aqueja.

Tratamiento. – Disposición que se adopta sobre un mal físico o mental tomando en cuenta el conjunto de los medios de cualquier tipo, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o bien físicos, los cuales tendrán como finalidad primaria, la curación o el alivio de enfermedades o algunos síntomas de estas, una vez que ya se ha llegado al diagnóstico de las mismas.

Cuidado. – Actividades o modo de actuar de una persona que pone interés y atención ante la presencia de la enfermedad de manera física o mental.

Educación. – Conocimiento adquirido en la formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de los que están al lado de pacientes con enfermedad mental o físico.

Variable independiente (Causa)	Desconocimiento de la esquizofrenia.
Variable dependiente (Efecto)	Mala atención y cuidado de la familia.

8.8 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
Nivel de conocimiento	Reflejo de la calidad general esencial de los objetos y fenómenos del mundo exterior, juicio • Pensamiento y acto mental en que se niega o se afirma algún hecho de la realidad. Razonamiento.	Cualitativa, nominal.	Conoce No conoce	Porcentaje
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un Individuo.	Cuantitativa discreta	Numérica	Promedio
Vivencia	Experiencia, suceso o hecho que vive una persona y que contribuye a configurar su personalidad.	Cualitativa nominal	Si vive No vive	Porcentaje
Grado de Instrucción	Nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos	Cualitativa, Ordinal	Ninguno Primaria Secundaria Universitario Técnico Profesional otros	porcentaje
Que es la esquizofrenia	Enfermedad mental grave que afecta algunas funciones cerebrales tales como el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta.	Cualitativa, Nominal	Conoce No conoce	Porcentaje
Síntomas que presenta	Es un aviso útil de que la salud puede estar amenazada sea por algo psíquico, físico, social o combinación de las mismas.	Cualitativa, Nominal	Reconoce No reconoce	Porcentaje

Tratamiento	Conjunto de los medios de cualquier tipo, higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o bien físicos, los cuales tendrán como finalidad primaria la curación o el alivio de enfermedades o algunos síntomas. .	Cualitativa, Nominal	Si No	Porcentaje
Riesgos	Es una medida de la magnitud de los daños frente a una situación peligrosa. El riesgo se mide asumiendo una determinada vulnerabilidad frente a cada tipo de peligro.	Cualitativa, Nominal	Si No	Porcentaje
Crisis Agresiva	Situación difícil de una persona o una cosa.	Cualitativa nominal.	Le entiende Llama a la policía Lo interna Le da tratamiento	Porcentaje
Cuidado	Modo de actuar de la persona que pone interés y atención en lo que hace para que salga lo mejor posible.	Cualitativa Nominal	Si realiza No realiza	Porcentaje
Familiares	Adjetivo que se utiliza para señalar o designar a todo aquello relativo y alusivo a la noción de familia.	Cualitativa, Ordinal.	1er. Grado 2do Grado 3er Grado	Porcentaje
Enfermedad	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.	Cualitativa Nominal	Conoce No conoce	Porcentaje

educación	Formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen.	Cualitativa Nominal	Si recibió No recibió.	Porcentaje
------------------	--	------------------------	---------------------------	------------

8.9 Técnicas y Procedimientos

Para la realización del presente estudio de investigación, Nivel de conocimiento en familiares concerniente a esquizofrenia de pacientes del Hospital de Especialidad Psiquiátrico de la Caja Nacional de Salud, se procedió a través de;

- Entrevista directa, con familiares en ambiente designado para dicha actividad.
- Elaboración de un cronograma de actividades (anexo 6), luego el cronograma de presupuesto (anexo 7), lo que permite la ejecución del Trabajo de investigación.

Para dar salida a los objetivos se utiliza las encuestas correlacionado al mismo, se utiliza el programa de Epiinfo, versión 7.2, para realizar el análisis de los datos cualitativos y Excel que permitirá obtener los resultados graficados en tablas y gráficos para obtener una buena representación de los datos estadísticos.

1.- Para el primer objetivo específico se rige la encuesta, de acuerdo a la pregunta 5, 6, 7, 8, 9, (anexo 2), permite identificar el nivel de Conocimiento de los familiares sobre la patología de esquizofrenia, mediante la variable que permite interpretar de acuerdo a porcentaje la diferencia existente entre los familiares que conocen y los que no conocen.

2.- Para el Segundo objetivo específico, con la encuesta utilizada con las preguntas 1, 2, 4, (anexo 2) se logra saber y clasificar a los familiares referente a la edad, familiaridad, grado de instrucción en porcentajes, con el propósito de que la familia ponga mayor interés por saber la problemática de la enfermedad de Esquizofrènia.

3.- Para el Tercer objetivo específico, con la encuesta utilizada se usa las preguntas requeridas, en los cuadros 3,11,12, 13 (anexo 2), que establecen la relación de familiares que viven con el paciente, acciones que asumen cuando el paciente entra en crisis esquizofrénica, cuidados del familiar después de una crisis agresiva y el tiempo de padecimiento de la enfermedad, a fin de dar

cumplimiento a la identificación de familia- paciente sobre efectos colaterales medido en porcentajes la diferencia de concepción de la enfermedad.

4.- Para el Cuarto objetivo específico, en la encuesta utilizada se describe las preguntas: correspondientes a la búsqueda de ayuda por parte de los familiares, para profundizar el conocimiento de la enfermedad, si el personal de salud otorga capacitación sobre la enfermedad, determinados en los cuadros N° 10 y 14 (anexo 2), que se mide en porcentajes correspondientes, se vio la necesidad de realizar Trípticos para los familiares de pacientes con esquizofrènia, para socializar y/o capacitar a los mismos.

Finalmente, el nivel de Conocimiento de los familiares concerniente a Esquizofrènia de pacientes del Hospital de Especialidad Psiquiátrico C.N.S., La Paz – 2018; En Primer lugar, no conocen la patología, causa y riesgos que puede aparecer sin tratamiento, a su vez los síntomas que presenta el paciente son identificados y asistidos de inmediato. En segundo lugar, influye la edad que tienen los asistentes que oscila entre 40 a 59 años, de primer grado de familiaridad, quienes están en su mayoría con un nivel de educación secundaria y la minoría convive con el paciente, siendo estos los que asisten a los pacientes de manera inmediata.

En conclusión, se establece que el Hospital de Especialidad Psiquiátrico no otorga la información correspondiente menos la capacitación necesaria a los Familiares de Pacientes con Esquizofrènia, causa, que justifica la implementación de un Plan de Capacitación a los Familiares de pacientes con Esquizofrènia.

IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los principios fundamentales bioéticos, nos señala que el principio de respeto a las personas, se apoya en dos convicciones morales fundamentales: trato de personas como agentes autónomos y tutela de derechos de personas cuya autonomía se ve disminuida, entonces, esta base permite mantener la Autonomía, Beneficencia, Justicia y No Maleficencia de las personas.

Enmarcado en lo expuesto, para la prosecución del trabajo de investigación, se procedió a efectuar el trámite administrativo, a través de la emisión de Solicitud a la Unidad de Post Grado de la Facultad de Medicina – UMSA, a la Supervisora Regional de Enseñanza e Investigación - Caja Nacional de Salud Regional La Paz, para que posteriormente se Autorice la realización del Trabajo de Investigación en la recolección de datos al Hospital de Especialidad Psiquiátrico– CNS. (anexo 1).

Una vez obtenido la autorización e intercambiado criterios, con la Jefa de Enseñanza e Investigación del Hospital de Especialidad Psiquiátrico – CNS., sobre el procedimiento de la investigación se analizó la hoja de Información, el consentimiento Informado y el Formulario de Encuesta (Anexo 4), se aplicó en los familiares de los pacientes con esquizofrenia en un total de 30 personas, familiares que asisten a los pacientes

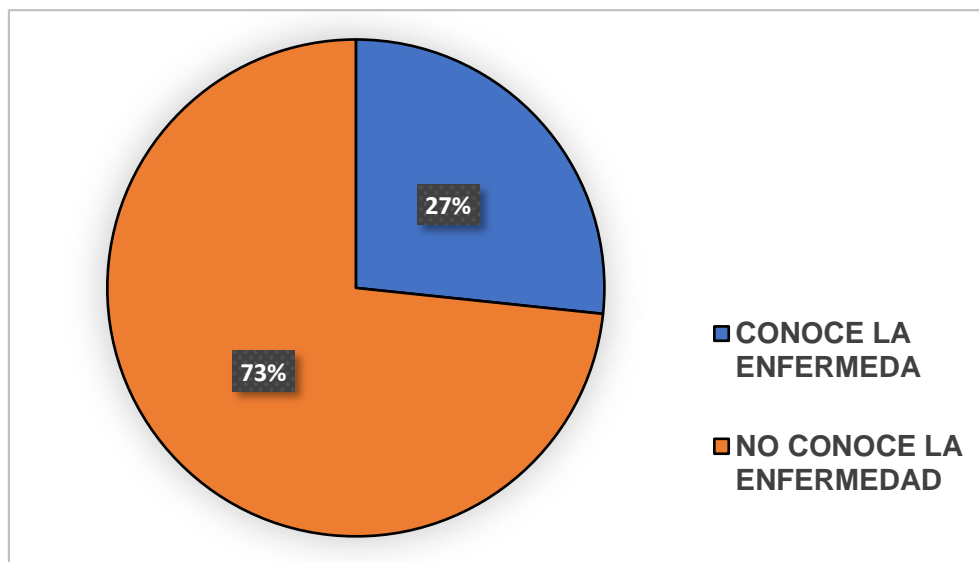
Posteriormente y en los días planificados para la recolección de la Información pertinente se coordinó con el personal del turno Tarde del Hospital de Especialidad Psiquiátrico - CNS, el tiempo que tomo para la realización de la encuesta fue de 5 horas diarias durante la semana, haciendo conocer la hoja de Información al familiar, para la aceptación y firma del Consentimiento Informado y posterior llenado de la encuesta.

X RESULTADOS

Respecto a la descripción del nivel de conocimiento de familiares concerniente a la patología de esquizofrenia:

GRÁFICO N° 1

FAMILIARES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS QUE CONOCEN LA ENFERMEDAD HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018



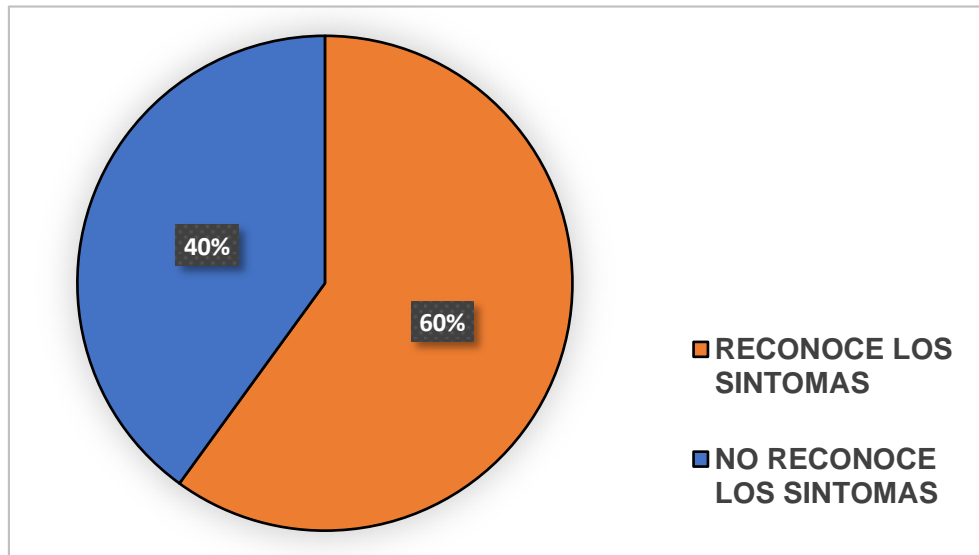
Fuente: Elaboración propia autora 2018

Descripción: En el gráfico N° 1; Se observa que el 73% de los familiares no conocen la enfermedad de esquizofrenia, el 27 % de los familiares conocen la enfermedad del paciente.

Interpretación: De acuerdo al gráfico N° 1, se nota que la mayoría de los familiares no conocen la enfermedad y en menor porcentaje conocen, esto nos permite interpretar que es necesario fortalecer el conocimiento de los familiares de pacientes con esquizofrenia.

GRÁFICO N°2

SINTOMAS QUE PRESENTA EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO RECONOCIDO POR EL FAMILIAR HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018



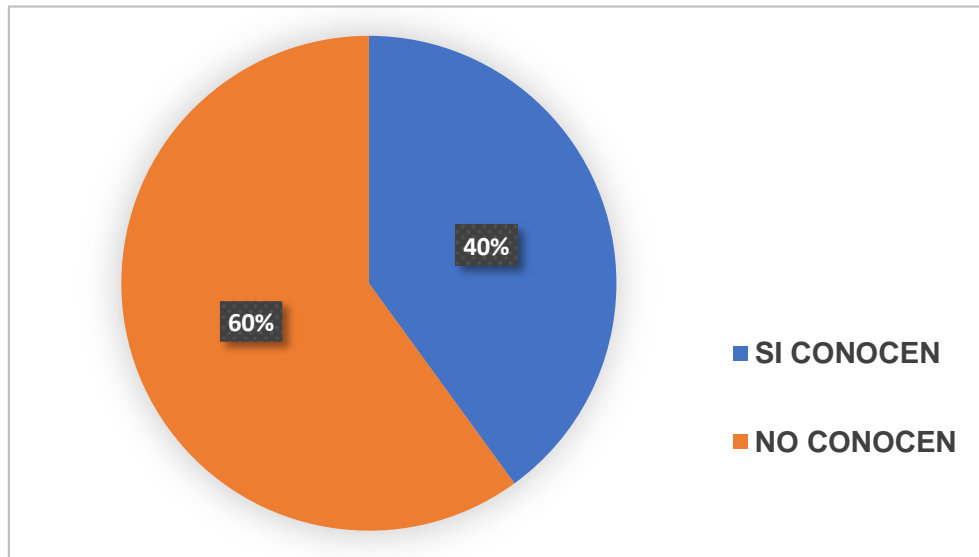
Fuente: Elaboración propia autora 2018

Descripción: En el gráfico N° 2 Se observa que el 60 % de los familiares reconocen los síntomas que presenta el paciente con esquizofrenia, el 40 % de los familiares no reconocen los síntomas del paciente.

Interpretación: Del gráfico N° 2, se establece que la mayoría de los familiares de pacientes con esquizofrenia, reconocen los síntomas que presenta el paciente, un porcentaje menor no reconocen esto nos permite fundamentar que es preciso fortalecer el conocimiento de la enfermedad de Esquizofrenia.

GRÁFICO N°3

CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE LA ESQUIZOFRENIA POR LOS FAMILIARES HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ 2018



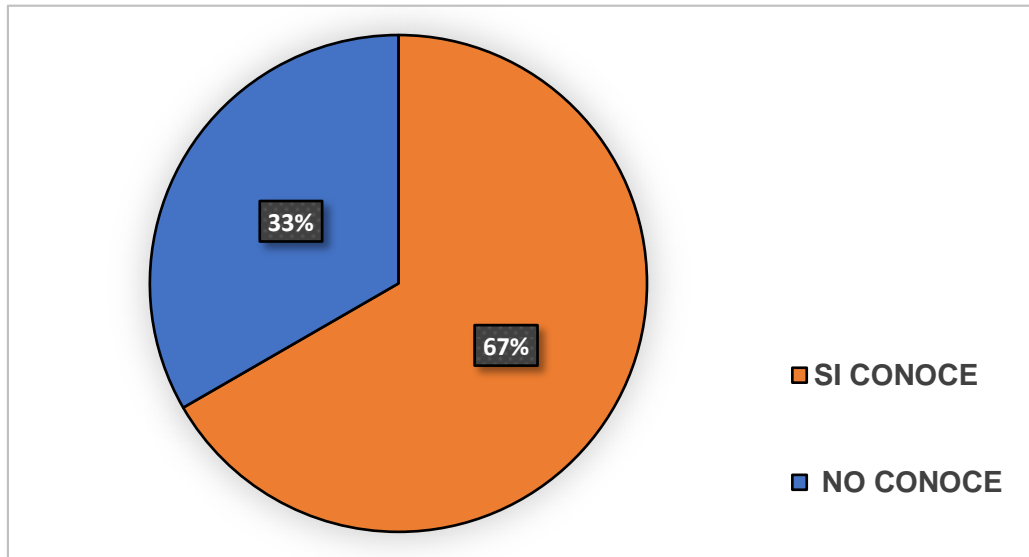
Fuente: Elaboración propia autora 2018

Descripción: En el gráfico N° 3; Se observa que el 60 % de los familiares no conocen las causas de la enfermedad de la esquizofrenia, 40 % de los familiares conocen las causas de la enfermedad del paciente con esquizofrenia.

Interpretación: del gráfico N° 3, Se interpreta que la mayoría de los familiares no conocen las causas de la enfermedad y un menor porcentaje si conocen las causas, por lo que se interpreta que debe capacitarse a los familiares en cuanto a las causas de la enfermedad de esquizofrenia.

GRÁFICO N°4

CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRÉNIA POR LOS FAMILIARES HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018



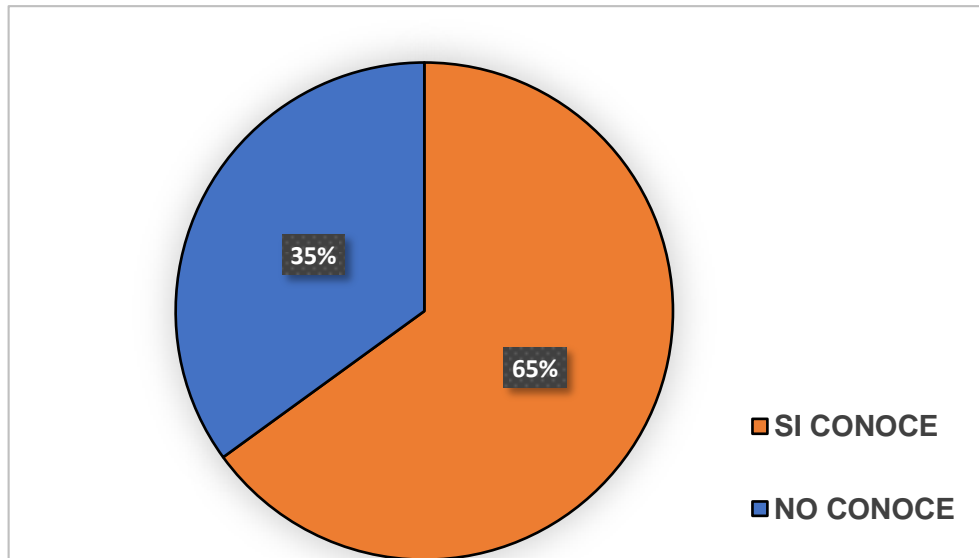
Fuente: Elaboración propia autora 2018

Descripción: En el gráfico N° 4; Se observa que el 67 % de los familiares si conocen el tratamiento de la esquizofrenia, el 33 % de los familiares no conocen el tratamiento de la esquizofrenia.

Interpretación: Del gráfico N° 4, Se interpreta que la mayoría de los familiares con esquizofrenia conocen el tratamiento que se les suministra, más por el contrario el menor porcentaje no conocen el tratamiento, por lo que es preciso permitir un mejor y mayor relación del familiar con el tratamiento que se le viene facilitando.

GRÁFICO N°5

CONOCIMIENTO DEL FAMILIAR SOBRE RIESGOS SIN TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRÉNIA HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018



Fuente: Elaboración propia autora 2018

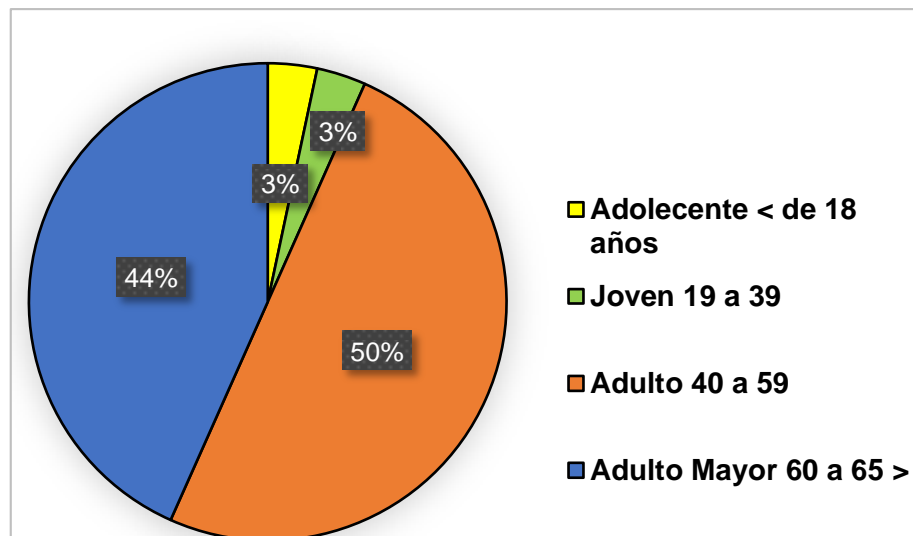
Descripción: En el gráfico N° 5; Se observa que el 65 % de los familiares si conocen el riesgo del paciente sin tratamiento de la esquizofrenia, el 35 % de los familiares no conocen el riesgo del paciente sin tratamiento.

Interpretación: Del gráfico N° 5; Podemos interpretar que la mayoría de los pacientes conocen los riesgos que presenta la esquizofrenia sin tratamiento, mientras que en porcentaje menor no conocen los riesgos que trae la enfermedad sin tratamiento, para tal efecto es preciso socializar el tratamiento que reciben estos pacientes para prevenir las recaídas.

Respecto a la clasificación en familiares de pacientes esquizofrénicos según edad, familiaridad y grado de instrucción:

GRÁFICO N°6

RELACIÓN, EDAD FAMILIARES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS ENCUESTADOS HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ 2018

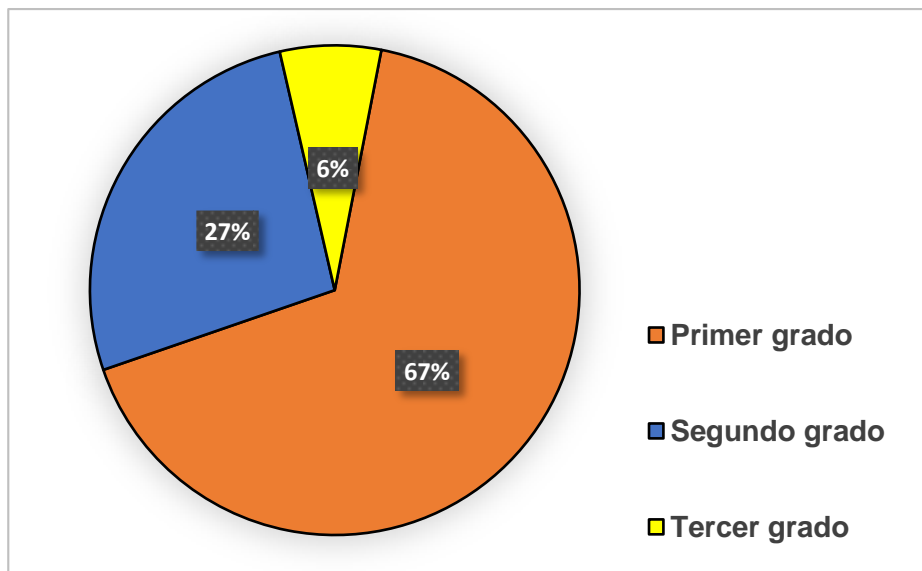


Fuente: Elaboración propia autora 2018

Descripción: En el gráfico N°6; Se observa que; el 50% de los encuestados son personas adultas, el 44% son adultos mayores, el 3% son jóvenes y por último el 3% son adolescentes.

Interpretación: El gráfico N°6; nos muestra que, los que asisten al paciente Esquizofrénico son adultos, que comprenden en 40 a 59 años de edad.

GRÁFICO N°7
GRADO DE FAMILIARIDAD DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO
HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018



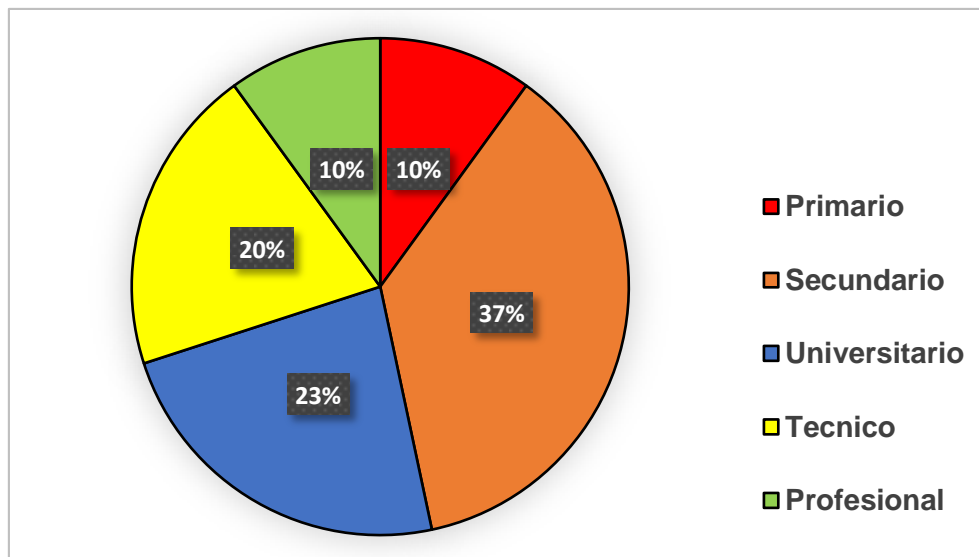
Fuente: Elaboración propia autora 2018

Descripción: En el gráfico N° 7; Se observa que: el 67% son familiares de primer grado, el 27% familiares de segundo grado, y el 6 % familiares de tercer grado.

Interpretación: En el gráfico N° 7, el grado de familiaridad está reflejado en el primer grado (padres, esposos (as), hijos (as)), del cual podemos interpretar que en nuestro medio social se origina esta enfermedad en los parientes cercanos, directos de la familia.

GRÁFICO N°8

GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL FAMILIAR DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018



Fuente: Elaboración propia autora 2018

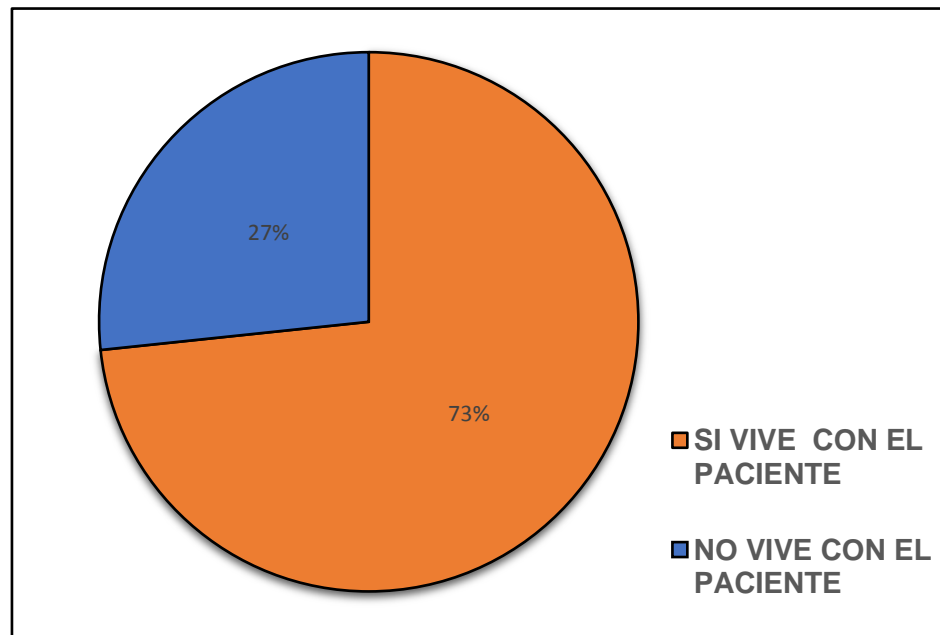
Descripción: En el gráfico N° 8; Se observa que el 37% de los familiares alcanzan al grado de instrucción secundaria, el 23 % instrucción universitaria, el 20% instrucción técnica, 10 % instrucción profesional y 10% instrucción primaria.

Interpretación: En el gráfico N°8; La encuesta nos muestra que hay un mayor porcentaje de familiares que asisten a los pacientes con Esquizofrenia, de instrucción secundaria y el restante está dividido por familiares con instrucción Profesional, Universitaria, técnico y primaria, hecho que nos permite deducir por qué la falta de mejor atención al paciente.

Respecto a la identificación de la relación familiar con el paciente sobre efectos colaterales, fracaso terapéutico y tiempo que adolece:

GRÁFICO N°9

FAMILIARES QUE VIVEN CON EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018



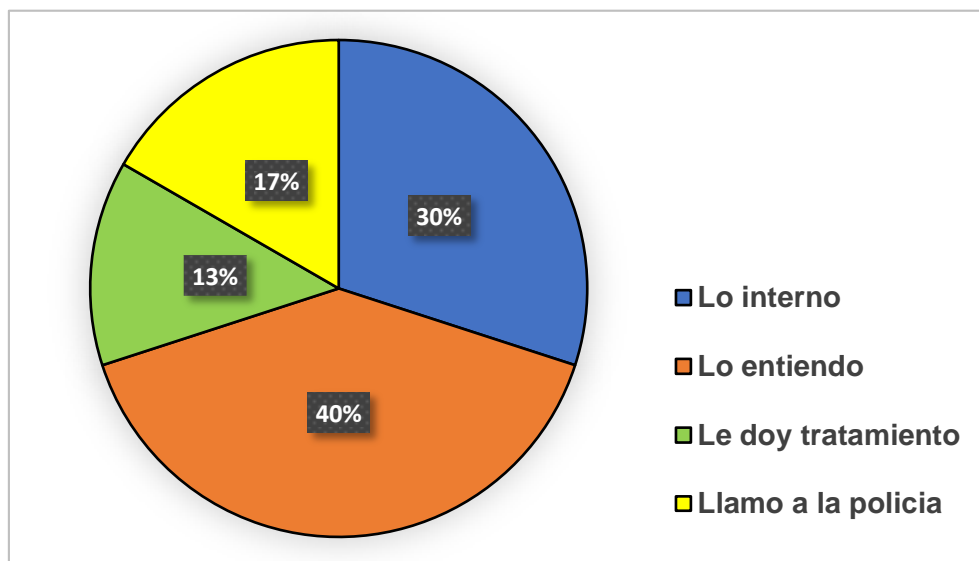
Fuente: Elaboración propia autora 2018

Descripción: En el gráfico N° 9; Se observa que el 73% de los pacientes esquizofrénicos viven con sus familiares, y un 27 % de los pacientes no viven con sus familiares.

Interpretación: En el gráfico N° 9, llama la atención el 27 % de los pacientes esquizofrénicos no viven con sus familiares, por abandono y falta de asistencia.

GRÁFICO N°10

ACCIONES QUE TOMA EL FAMILIAR DE PACIENTE FRENTE A CRISIS DE ESQUIZOFRÉNIA HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. 2018



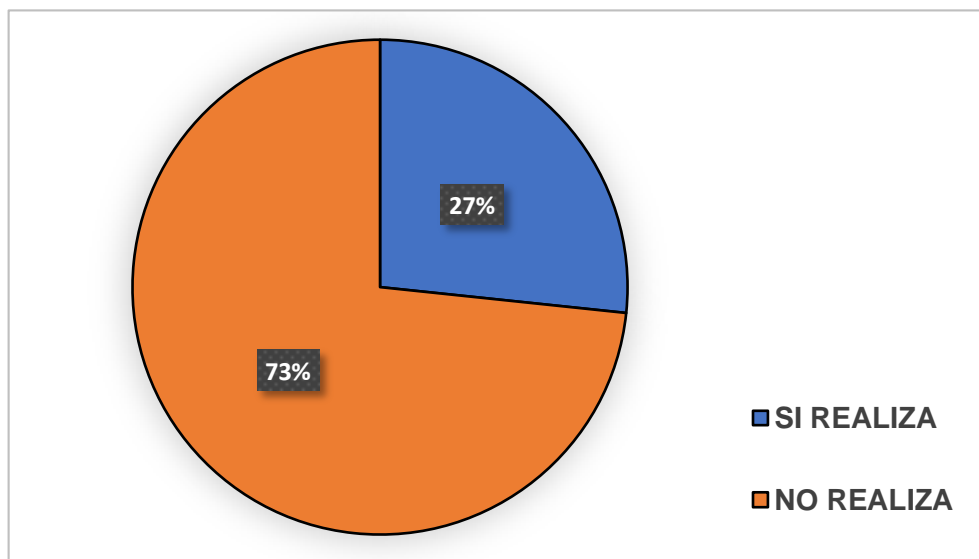
Fuente: Elaboración propia autora 2018

Descripción: En el gráfico N° 10; Se observa el 40% de los familiares le entiende al paciente esquizofrénico, el 30 % de los familiares les internan en el hospital de especialidad psiquiátrico, 17% de los familiares llaman a la policía y el 13 % les dan su tratamiento médico.

Interpretación: Del gráfico N° 10, Se interpreta que la mayoría de los familiares entienden la crisis que padece el paciente de esquizofrenia, sin embargo, el resto toma acciones de: internarlo en el hospital, llamar a la policía y en un menor porcentaje le facilitan su tratamiento para que pase su crisis.

GRÁFICO N°11

CUIDADOS DEL FAMILIAR DESPUES DE LA CRISIS AGRESIVA DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRÉNIA HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018



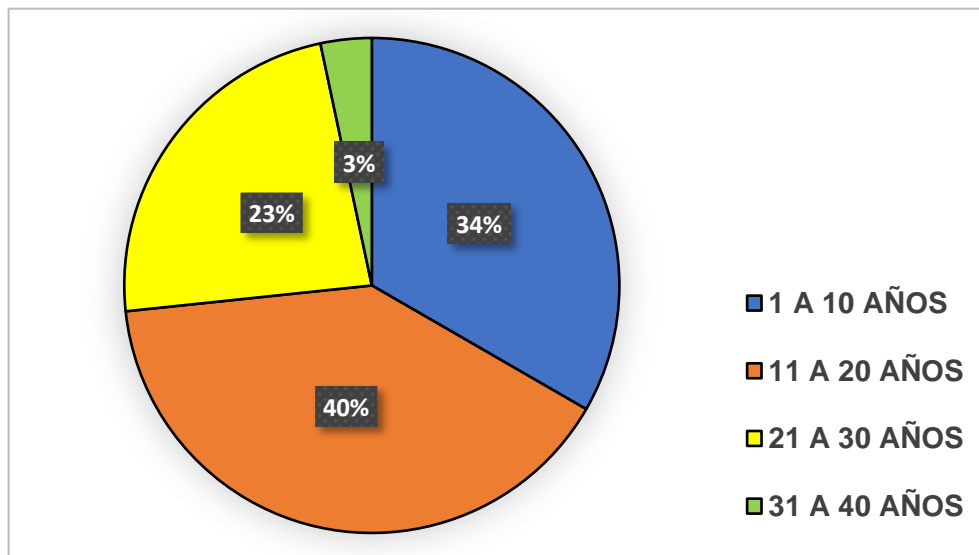
Fuente: Elaboración propia autora 2018

Descripción: En el gráfico N°11; Se observa el 73 % de los familiares no realizan cuidados al paciente después de una crisis agresiva, el 27 % de los familiares si prestan el cuidado inmediato al paciente después de la crisis agresiva.

Interpretación: Del gráfico N°11, Se interpreta que la mayoría no realiza cuidados en el paciente de esquizofrenia después de una crisis, el resto de los familiares, si realiza cuidados en el paciente, hecho que deduce en la falta de mejor prestación de atención por parte de los familiares.

GRÁFICO N°12

TIEMPO QUE ADOLECE EL PACIENTE LA ENFERMEDAD DE ESQUIZOFRÉNIA HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018



Fuente: Elaboración propia autora 2018

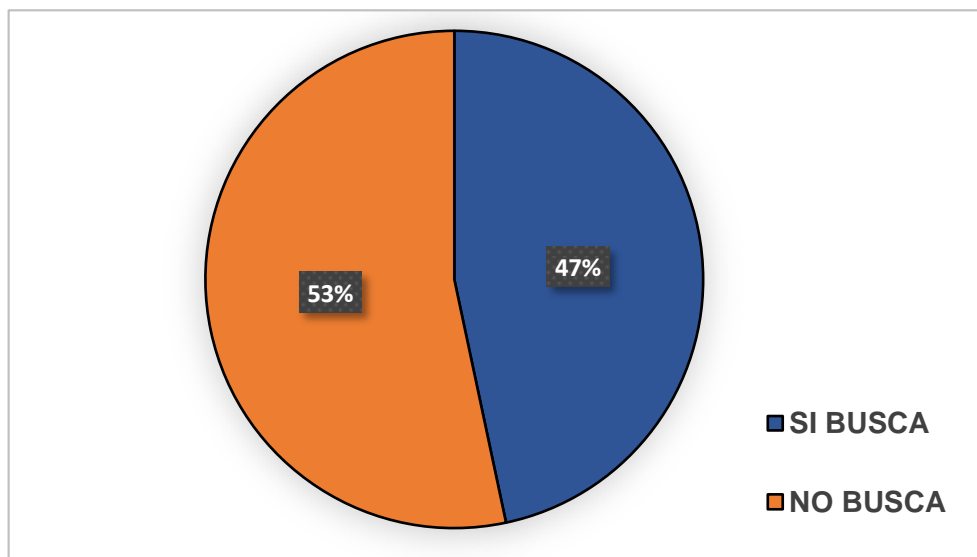
Descripción: En el gráfico N° 12; Se observa el 40 % adquiere la enfermedad 11 a 20 años, el 34% 1 a 10 años, el 23% 21 a 30 años y el 3 % 31 a 40 años.

Interpretación: Del gráfico N° 12; Se interpreta que una mayoría de pacientes padece la enfermedad de esquizofrenia entre 11 a 20 años de evolución, llama la atención que estos pacientes dan mayor carga de atención a la familia.

Respecto a la elaboración de propuestas, de material educativo para orientar a familiares de pacientes esquizofrénicos:

GRÁFICO N°13

FAMILIARES QUE BUSCAN AYUDA PARA CONOCER LA ENFERMEDAD DE LA ESQUIZOFRENIA HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ – 2018



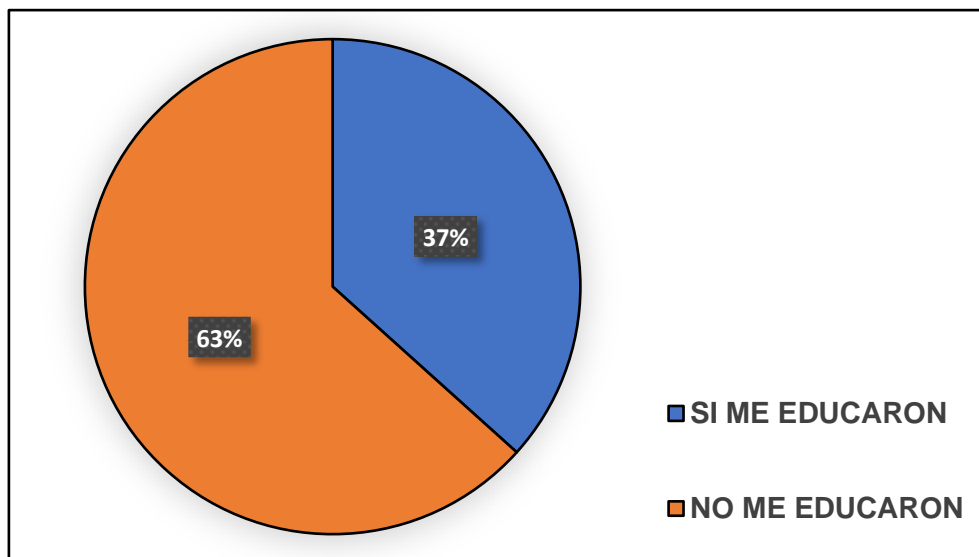
Fuente: Elaboración propia autora 2018

Descripción: En el gráfico N° 13; Se observa que el 53 % de los familiares no buscan ayuda para profundizar sus conocimientos sobre la enfermedad de esquizofrenia, el 47 % de los familiares buscan ayuda para conocer más sobre la enfermedad de esquizofrenia.

Interpretación: Del gráfico N° 13, se deduce que una simple mayoría no busca ayuda para conocer más sobre la enfermedad de esquizofrenia y el porcentaje restante, si busca ayuda para conocer más sobre la enfermedad, lo que permite interpretar que debe socializarse más sobre la manifestación de la Esquizofrenia.

GRÁFICO N°14

FAMILIARES QUE RECIBIERON CAPACITACION POR EL PERSONAL DE SALUD HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018



Fuente: Elaboración propia autora 2018

Descripción: En el gráfico N° 14; Se observa el 63 % de los familiares entrevistados refieren no recibir capacitación por el personal del hospital psiquiátrico y el 37% refieren haber recibido capacitación sobre esquizofrenia.

Interpretación: Del gráfico N° 14; Se interpreta que el mayor porcentaje de entrevistados no recibieron capacitación sobre la enfermedad de esquizofrenia, mientras que el resto refiere si haber recibido, por lo que se deduce que debe capacitarse a los familiares sobre la enfermedad.

XI. DISCUSIÓN

Considerando la acepción conceptual español que; La enfermedad mental, como otras condiciones humanas, conlleva en muchos casos una discriminación social que, en este caso, desemboca en procesos de estigmatización, que se topan con el miedo y los prejuicios de los demás, con frecuencia basados en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales”, podemos colegir a la enfermedad mental como trastorno mental de distinta intensidad y duración.

Así, la Esquizofrènia, dificulta el diario vivir y resulta ser una carga para el entorno familiar, donde el enfermo no tiene una vida fácil, por el hecho de padecer una enfermedad mental y ser etiquetados como enfermos que sufren una serie de reacciones sociales negativas para su bienestar, adaptación y participación social.

En el caso de enfermos mentales crónicos el sufrimiento de la familia a veces es mayor que cuando se trata de un enfermo de otro tipo de enfermedad crónica. El motivo del agravante radica en la dificultad de comunicarse con el familiar enfermo, sobre todo si hay un deterioro a nivel cognitivo o una demencia avanzada.

Razón de ello en el objetivo general se plantea la determinación del nivel de conocimiento de los familiares en relación a la enfermedad de esquizofrènia a intervenir en el Hospital de Especialidad Psiquiátrico de la C.N.S. La Paz – 2018, establecer la atención del familiar en cuanto a su edad y el tiempo del cuidado que se practica con el paciente, identificando su relación y tratamiento médico para emitir ayuda educativa. La discusión se centrará a relación del nivel de conocimiento de familiares concerniente a esquizofrenia determinando los resultados obtenidos:

RELACIÓN FAMILIA PACIENTE

La edad de familiares que tienen relación con pacientes esquizofrènicos está en los adultos, de 40 a 59 años de edad; El Grado de familiaridad está reflejado en el primer grado (padres, esposos (as), hijos (as), entonces, se origina esta enfermedad en los parientes cercanos, directos de la familia.

Los que viven con el paciente son la mayoría solo el 27 % de los pacientes esquizofrénicos no viven con sus familiares, por abandono y falta de asistencia; El grado de instrucción del familiar que asisten a los pacientes, tienen instrucción secundaria en su mayoría y el restante está dividido por familiares con instrucción Profesional, Universitaria, técnico y primaria, hecho que nos permite deducir, por qué, la falta de mejor atención al paciente.

Estos factores de relación en pacientes con esquizofrènia vienen de la interacción familiar, desde que existe la relación social de núcleos familiares, del cual cabe resaltar lo mencionado por el estudio sobre Familia y Esquizofrènia, realizado por la Universidad de Murcia – España:

Puesto que, en nuestra sociedad, la familia es una unidad social de gran importancia, en el desarrollo de la personalidad, el estudio de los procesos de interacción familiar, proporcionará la información más valiosa acerca de las formas de relación interpersonal de los sujetos. En este periodo, la esquizofrenia ha sido el principal foco de atención de investigadores y terapeutas familiares. La década de los años 50 es la época de la formulación de las teorías familiares más importantes: las de los grupos de Bateson, Lidz y Wynne. A pesar de las marcadas diferencias entre estas tres escuelas, las tres comparten la siguiente hipótesis general: "... condiciones de la vida familiar, especialmente ciertas formas de interacción entre los miembros familiares, pueden predisponer a un individuo a la esquizofrenia". (Liem, 1980). Los años siguientes, a la formulación de estas teorías, estarán caracterizados por el gran número de investigaciones, que, intentan confirmar las hipótesis propuestas por las escuelas mencionadas, utilizando en dichos estudios no sólo familias esquizofrénicas, sino también familias clínicas no esquizofrénicas y familias no clínicas. Las primeras investigaciones realizadas en la década de los 50 utilizaron fundamentalmente procedimientos de auto informe, y en su conjunto merecieron posteriormente el calificativo de "metodológicamente débiles".³

Las relaciones familiares con el paciente, en cuanto al grado de instrucción, que debe tener la familia no es condicionante, para la asistencia del paciente con esquizofrenia, estar con un nivel de preparación profesional.

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Se tiene como resultado que los familiares de pacientes esquizofrénicos no conocen la enfermedad, como; los síntomas y las causas, en su mayoría y en la minoría de los casos conocen; Asimismo, el tratamiento a seguir como la falta de los mismos, conocen los familiares en su mayoría, como el riesgo que conlleva el no seguir el tratamiento, se debe sumar a este conocimiento que los familiares que buscan ayuda para saber sobre la enfermedad está catalogado en una simple mayoría, por lo que son estos los que entiende la crisis que padece el paciente y toma acciones frente a esta reacción, como es el de buscar ayuda médica u otro medio para sofocar el mal.

El saber los síntomas, causas, tratamiento de la esquizofrenia es primordial en la familia, de ahí que el resultado obtenido viene a ser una directriz para profundizar la interacción de familia – paciente; se puede colegir esta problemática con los planteos hechos en México que dice:

Los estudios realizados en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, establecen la esquizofrenia como trastornos mentales que producen más dificultades a nivel familiar. El efecto negativo de la enfermedad, generalmente, recae básicamente en quienes la padecen y en las personas que conviven con ellas. Cuando algún miembro de la familia tiene esquizofrenia, se afecta gravemente la dinámica familiar. Las características clínicas de esta enfermedad generan un gran número de situaciones negativas, como dificultad en las relaciones familiares, empobrecimiento de la calidad de vida, aislamiento social, que interfiere con el funcionamiento laboral, escolar y en el propio hogar; lo que aumenta el nivel de estrés y lo convierte en un factor adicional de angustia, tanto para el paciente como para su familia, llegando a considerarse como un precipitante de las recaídas, de la exacerbación de síntomas y de las rehospitalizaciones.

Es evidente que los integrantes de la familia, requieren ayuda y apoyo para que puedan manejar a estos pacientes tanto en la casa como en el hospital. El tratamiento integral del paciente, a largo plazo es muy conveniente, cuando se trata de una enfermedad tan compleja como la esquizofrènia, en la que la familia desempeña un papel fundamental, cuando se pretende mejorar el nivel del funcionamiento global del paciente, su calidad de vida y su apego al tratamiento. Para cumplir estos objetivos, es necesaria la participación del paciente, de su familia, de un equipo interdisciplinario de profesionistas y de las redes de apoyo social.

La mayoría de los familiares, atribuye el trastorno de los pacientes a una enfermedad mental y a la esquizofrènia, a una enfermedad de los nervios y a una enfermedad física y otros atribuyen a la brujería. Los resultados de este estudio ponen de manifiesto, la necesidad de atender de manera integral al grupo familiar y al paciente. Se plantea un modelo de atención informativo, psicoeducativo y terapéutico para los familiares, que venga a resolver de manera eficaz las necesidades detectadas, con el propósito de disminuir las recaídas y modificar la dinámica familiar, provocada por las características clínicas de esta enfermedad. ¹⁷

El resultado de la información obtenida, nos muestra el nivel de conocimiento de familiares que conocen la patología de esquizofrènia, acción que permite llegar al objetivo planteado, es tarea de toda la familia saber el mal en su concepto para el apoyo al paciente; sobre efectos colaterales y fracasos terapéuticos, referente a crisis, cuidados y tiempo de padecimiento del paciente, se denota que en los diferentes casos existe la falta de asistencia y presencia de la familia como coadyuvante en sobrellevar la enfermedad.

FACTORES INFLUYENTES EN LA FAMILIA

La enfermedad de la esquizofrenia influye en la familia a través de; TIEMPO QUE ADOLECE EL PACIENTE, se tiene una mayoría que adolece entre 11 a 20 años de evolución, llama la atención que estos pacientes ocasionan una carga de atención a la familia; a su vez una mayoría de los familiares, no realiza los CUIDADOS DESPUES DE LA CRISIS AGRESIVA DEL PACIENTE, un factor importante es la falta de capacitación sobre la enfermedad tanto en la forma de prever y de cuidar la reacción del paciente. Es preciso socializar el tratamiento, los síntomas, las causas, formas de prevención y fortalecer el conocimiento de los familiares con pacientes de esquizofrènia.

Este resultado se fundamenta con las manifestaciones hechas por:

Vilaplana, Ochoa, Martínez, Villalt, Martínez-Leal, (2007), plantean que la carga familiar experimentada por los cuidadores de personas afectadas de esquizofrènia constituye una de las consecuencias más relevantes del trastorno”. Navarro y Díaz (2007), consideran que las recaídas son frecuentes en la evolución del trastorno y, a, pesar de la eficacia demostrada por fármacos y terapias psicosociales, es posible que los pacientes vuelvan a necesitar reingresar en el hospital, durante el curso de su enfermedad. Para la prevención de estas recaídas es fundamental el aporte y el compromiso de la familia, en relación con la enfermedad del paciente”.⁸

Según Battaglia y Schettini (2010) de Medellín - Colombia, las familias hacen parte central en el tratamiento psiquiátrico de pacientes hospitalizados. Esta inclusión en contexto ha permitido crear espacios de confrontación emocional y reflexión y, por este motivo, se crearon los grupos de auto-ayuda, que tienen como fin aprovechar los recursos personales desarrollados para la intervención grupal y transformar la vivencia y la misma idea de la enfermedad mental.

Por lo anterior, autores como Moreno y Bucchi, plantearon que la familia tenía un papel importante, en el cuidado de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental y dieron a conocer que los familiares de pacientes con trastornos psicológicos, sólo se convirtieron en objeto de investigación en la década del 40, una situación que resultó “crítica del sistema de asilo y de forma paralela al desarrollo de nuevas teorías de la enfermedad mental.

Dávila, Pancorbo, Jiménez, Cruz y García (2012) de Medellín - Colombia, plantean que: Las principales actividades del cuidador familiar en el hospital, son: de acompañamiento, entretenimiento, soporte emocional e intermediación; el desconocimiento de la actividad inhibe al cuidador familiar a realizar más actividades; si se educa y entrena al cuidador familiar en las actividades de cuidado, se harán más; los profesionales desconocen lo que los familiares dicen que hacen; no consideran que muchas de las acciones del cuidador, sean realmente cuidados y creen que los cuidadores familiares no ayudan tanto como ellos esperan al cuidado básico de los pacientes.⁸

El término PSICOEDUCACIÓN, es una frase que no ha sido claramente definida. Glick, define la psicoeducación como la – Administración sistemática de información acerca de los síntomas, etiología y tratamiento con el objetivo de mejorar el entendimiento y conductas asociadas a la enfermedad.

El estigma relacionado con la enfermedad mental, ha sido uno de los principales obstáculos en los programas de psicoeducación. Se ha observado, que, frente al diagnóstico puede haber un incremento de la negación de la enfermedad. Lo anterior provoca falta de apego al tratamiento farmacológico y terapéutico o, por el contrario, conduce a una aceptación de la enfermedad y a un mayor interés y participación en el proceso de rehabilitación.

En la actualidad, la psicoeducación dirigida al paciente y sus familiares ha cobrado un papel muy importante, ya que otorga el entrenamiento necesario para entender, enfrentar y resolver los problemas producto de la enfermedad mental.

Con ello se busca disminuir el índice de recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente. Se ha reportado que el índice de recaídas es mayor en los pacientes que solo reciben, tratamiento farmacológico en comparación con aquellos que recibieron tratamiento psicosocial y psicoeducación en conjunto con el tratamiento farmacológico.

Cada vez son más las investigaciones, que describen programas de psicoeducación, dirigidos a los familiares de pacientes con algún trastorno psiquiátrico. La mayoría de estos programas, se han centrado, en reducir la emoción expresada en la familia, seleccionándola como una variable de pronóstico.

Todos los reportes de programas de psicoeducación, muestran un contenido basado en problemas identificados por los profesionales, que diseñan dichos programas. Ninguno de los programas parece haberse diseñado para cumplir con las necesidades identificadas, señales y síntomas de alerta de una recaída. Por último, se efectuó una plástica dirigida a las técnicas de resolución de problemas cotidianos.

La psicoeducación dirigida al paciente y sus familiares se compone de 5 etapas. La primera consiste en brindar información sobre las causas y los síntomas de la enfermedad. En la segunda de ellas se da información sobre las recaídas. La tercera etapa se aboca a la revisión de síntomas y señales de las recaídas.

En la cuarta se da información sobre el tratamiento y los efectos colaterales. La última etapa se dirige hacia eventos de vida propios del paciente, así como hacia las conductas que agudizan los síntomas psicóticos.

El objetivo de este estudio, fue establecer el ambiente familiar de un grupo de pacientes, con primer episodio de esquizofrènia y determinar las bases de un programa de psicoeducación, de acuerdo con las necesidades expresadas por los familiares incluidos en el grupo.¹⁶

En la Evaluación de la Sobrecarga, de los Cuidadores Familiares de pacientes con Esquizofrènia, realizados por la Dra. Denisse Jaén Varas, Dra. Emma Callisaya Quispecahuana y Dr. Hans F. Quisbert Gutiérrez, de La Paz – Bolivia, se establece que los cuidadores principales son las madres, mujeres mayores sin incorporación al mercado laboral. Los cambios sociodemográficos y familiares, incorporación de la mujer al mercado laboral y envejecimiento de los cuidadores, pueden afectar a medio plazo al cuidado de los pacientes esquizofrénicos, dificultando el traspaso de las obligaciones de padres a hermanos y la asunción de las cargas del cuidador por las familias de los nuevos enfermos. Conforme envejecen, la capacidad de los cuidadores para ayudar efectivamente a los pacientes se ve limitada, pero aumentan sus preocupaciones por ellos por lo que la carga global nunca disminuye.

La disfunción en el ámbito familiar del paciente, se correlaciona con la carga del cuidador y está en relación con las horas dedicadas al cuidado del paciente y con la convivencia en el mismo domicilio. A pesar de que la evaluación se ha realizado de forma independiente, no es posible diferenciar si esto se debe a que, a mayor convivencia, mayor percepción de la discapacidad y mayor sensación de carga, o a una contaminación de la fuente de información familiar.

Se debe realizar intervenciones con los familiares de pacientes esquizofrénicos. Los programas de psicoeducación familiar han demostrado, su utilidad para prevenir recaídas y reducir la tensión familiar. Esto permitiría atender a dos niveles de trabajo familiar: Un primer nivel centrado especialmente en la familia, destinado a manejar y controlar sus propias emociones y a asumir la problemática que supone tener un ser querido con un trastorno psiquiátrico grave.

Un segundo nivel centrado en el paciente, en el que la pretensión es que los familiares se conviertan en coterapeutas, que contribuyan a extinguir los comportamientos inadecuados y a sustituirlos, por otros más adecuados. En todo este proceso es necesario la información y el apoyo a las familias por parte de los profesionales, así como la capacidad de estos últimos para reconocer y recoger las demandas familiares y elaborar abordajes adecuados dentro de un marco integral de rehabilitación. Se puede iniciar nuevas formas de intervención, como son los Grupos de Ayuda Mutua, ya que puede resultar útil para aliviar esta carga, para reducir este impacto, para disminuir la patología asociada al cuidado que sufren los cuidadores de este tipo de pacientes.¹³

Es importante dar sentido a estos factores influyentes en la familia, debido a que esta enfermedad de esquizofrenia merece una atención especializada y de gran entender por el saber del mal en cuanto a la obligación que tiene la familia, de ahí que el planteo hecho por estudios científicos y el informe de; Dra. Denisse Jaén Varas, Dra. Emma Callisaya Quispecahuana y Dr. Hans F. Quisbert Gutiérrez, de La Paz – Bolivia, antes descrito, concuerdan, con la postura necesaria de fortalecer el conocimiento de los familiares, que se constituyen en coadyuvantes en el tratamiento del paciente.

XII. CONCLUSIONES

En el marco de la interpretación de la enfermedad mental, conlleva en muchos casos a una discriminación, desemboca en procesos de estigmatización, de la familia, que afecta al enfermo, recayendo en el medio social, peor aun cuando es crónico la familia, tiende a sufrir más, cuyo agravante es por la dificultad de comunicación entre el enfermo y los que le rodean.

Si bien la esquizofrenia es uno de los trastornos que directamente o indirectamente es motivo de consulta en atención primaria. A veces son los familiares los que consultan ante la tristeza, astenia, apatía, ideas delirantes, trastornos del pensamiento y auto percepción u otros síntomas.

Entonces, para DETERMINAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS FAMILIARES, concerniente a Esquizofrenia, se ha practicado la investigación en pacientes del Hospital de Especialidad Psiquiátrico C.N.S., La Paz –2018, determinando los factores interpersonales familia - paciente, y otros ámbitos, que pueden contribuir tanto a mantener los síntomas, como tratar de aliviarlos. Siendo importante contar con un nivel de conocimiento sobre la enfermedad por parte de la familia.

La socialización del CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ESQUIZOFRENIA, PERMITE ESTABLECER EL NIVEL de asimilación por parte de familiares concerniente a este mal, promoviendo la asistencia del paciente y la familia, accionando los pasos preliminares en la Psicoeducación familiar en esquizofrenia, este factor es pilar fundamental en el tratamiento de los pacientes, logrando menores recaídas, mantener el manejo ambulatorio y permitir la reinserción familiar y social.

Por otra parte, lograr la CLASIFICACIÓN DIFERENCIAL DE LA FAMILIA POR LA EDAD, CONSANGUINIDAD Y GRADO DE INSTRUCCIÓN, son factores preponderantes en la relación familia – paciente.

Por los diversos factores que han llevado al paciente, a contraer este padecimiento que puede ser biológico, psicológico, social y otros problemas, que llevan a desordenes del raciocinio, este fenómeno en la salud de las personas incluye el bienestar emocional, de cómo pensamos y sentimos cuando lidiamos con la vida y así evitar la estigmatización de la sociedad para con el paciente.

IDENTIFICAR LA RELACIÓN FAMILIAR CON EL PACIENTE, sobre efectos colaterales y fracaso terapéutico, para mejorar la calidad de vida, creando climas de emoción otorgadas en su hogar, brindándole recreación, trabajo y estudio, para reducir el estrés y las recaídas. La familia tendrá opción a acceder a la información específica y concreta sobre la enfermedad y sugerir actitudes, conductas y técnicas para enfrentar los problemas que causan sintomatología en la convivencia y recuperación integral hacia la sociedad.

Facilitar a los familiares información sobre esquizofrenia, a través de la orientación sobre los diferentes tipos de tratamientos disponibles y la importancia de la aceptación del mismo, beneficiara a los pacientes como a la familia, a través de la ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO PARA ORIENTAR A FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS. Que permitirá reducir el nivel de estigma y aumentar la percepción de la enfermedad en la persona que la padece, la familia logra reducir la frecuencia de recaídas, aprenden a identificar problemas interpersonales y se les puede sistematizar la manera de resolverlos. Evitando sentimientos y emociones negativas y favoreciendo las positivas.

El presente trabajo de investigación, facilita saber la situación en la que se encuentra los familiares de pacientes esquizofrénicos, en el entendido de que se aminorara la falta de conocimiento de la enfermedad involucrado en la familia, permitiendo al personal de salud tenga la especialidad de la enfermedad, principalmente el personal de Enfermería por ser el directo responsable en la atención del paciente.

Con este accionar se evitará el rechazo y abandono de los enfermos, promoviendo a la familia brinde el cuidado respectivo para evitar la crisis promovido por la ansiedad, trastorno depresivo y otros problemas de conducta; lo enunciado llevará a una mayor y mejor calidad de vida y elevar el nivel de conocimiento de familiares, concerniente a esquizofrenia de pacientes Hospital de Especialidad Psiquiátrico C.N.S., La Paz.

XIII. RECOMENDACIONES

- El Hospital Psiquiátrico C.N.S., La Paz – Bolivia, debe promover el proceso de capacitación a los familiares de pacientes esquizofrénicos, a su vez facilitar la actualización del personal de Salud, a fin de elevar el nivel de conocimiento, para capacitar a los familiares de pacientes esquizofrénicos.
- La unificación de criterios por parte del personal de salud, permite establecer el nivel de asimilación por parte de familiares concerniente a este mal, permitiendo la asistencia del familiar, en cada una de las intervenciones de los profesionales que asisten al paciente.
- Establecer protocolos en el tratamiento y participación de la familia de pacientes esquizofrénicos precautelando el nivel de conocimiento de los mismos, para evitar la estigmatización del medio familiar y de la sociedad en su conjunto.
- La familia tendrá opción a acceder a la información específica y concreta sobre la enfermedad y sugerir actitudes, conductas y técnicas para enfrentar los problemas que causan sintomatología en la convivencia y recuperación integral hacia la sociedad.
- Facilitar a los familiares información sobre esquizofrenia a través de la orientación sobre los diferentes tipos de tratamientos disponibles y la importancia de la aceptación del mismo, accediendo a la capacitación periódica por parte del personal de Salud.
- Gestionar la elaboración de material educativo para familiares de pacientes psiquiátricos, a través del ente gestor. Que permitirá reducir el nivel de estigma y reducir la frecuencia de recaídas, aprendiendo a identificar problemas interpersonales, evitando sentimientos y emociones negativas y favoreciendo las positivas.
- La investigación concluida es base para la realización de futuras investigaciones similares e implementar las mismas a través de la socialización que vaya en directo beneficio al paciente esquizofrénico.



PLAN DE CAPACITACIÓN

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE FAMILIARES

CONCERNIENTE A ESQUIZOFRÉNIA EN PACIENTES DEL

HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO

CAJA NACIONAL DE SALUD

LAPAZ – BOLIVIA 2018

AUTORA: Lic. JENNY LILIAN NIETO NAVARRO QUINTANA

AGRADECIMIENTO

Agradezco al tribunal de defensa de tesis y personal del postgrado, personas de gran sabiduría, quienes, se esforzaron por ayudarme a llegar al punto esperado.

Sencillo no fue este proceso, pero gracias al apoyo recibido, transmitiendo sus conocimientos, para poder alcanzar el objetivo esperado.

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación, va dedicado a los familiares de pacientes, esquizofrénico y personal del Hospital de Especialidad Psiquiátrico C.N.S., por colaborarme para desarrollar la tesis.

INDICE DE CONTENIDO

Contenido	Pág.
PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	88
DIAGNOSTICO	88
OBJETIVO.....	89
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	89
MODELO DE INTERVENCIÓN.....	90
AREAS DE INTERVENCIÓN.....	90
VALORACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO	90
RESUMEN	91
ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA.....	92
TRIPTICO.....	93
FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN	94

**PLAN DE CAPACITACIÓN
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE FAMILIARES CONCERNIENTE A
ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDAD
PSIQUIÁTRICO C.N.S., LA PAZ - 2018.**

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

Entre los factores asociados sobre el nivel de conocimiento de familiares concerniente a esquizofrenia, se encuentran tensiones o conflictos familiares, historias de maltrato, alteraciones en la relación parental, disfunción familiar, aislamiento social, pobreza, habitar en contexto con alto índice de criminalidad y delincuencia o en condiciones de hacinamiento.

Estos pacientes son internados al Hospital de Especialidad Psiquiátrico, por la complejidad y gravedad de su patología como ser esquizofrenia, trastornos bipolares, depresión, alcoholismo y otros males mentales que aquejan a estas personas, promoviendo malestar en la relación familia-paciente.

Por lo tanto, es preciso para el diagnóstico, tratamiento, mejoramiento, rehabilitación del paciente en el proceso de atención médica, involucrar a los familiares, que el nivel de conocimiento de familiares viene a ser el problema de la mejora del paciente psiquiátrico; a su vez sea coadyuvante con su participación y lograr su recuperación.

DIAGNOSTICO

Por las referencias obtenidas en el Hospital de Especialidad Psiquiátrico de la Caja Nacional de Salud, algunos pacientes de psiquiatría son rechazados y abandonados por la familia, brindando maltrato, vergüenza y demostrando desinterés a lo largo del tratamiento, debido a la manifestación de estigmas sociales frente a los trastornos psiquiátricos, que afecta tanto al paciente como a la familia.

La salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psíquico y social. Afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando lidiamos con la vida.

También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con otras personas y tomamos decisiones.

Es importante una atención multidisciplinaria para mejorar la calidad de vida de la persona, con presencia de acompañamiento familiar constante y oportuno. La enfermedad mental es un asunto que ha inquietado históricamente en el ser humano. La historia familiar, experiencias en la vida juegan un papel relevante, el nivel de conocimiento de la familia afecta en la manera del pensar, humor y comportamiento de la vida del esquizofrénico.

La problemática de la esquizofrenia manifestado en el Hospital de Especialidad Psiquiátrico de la Caja Nacional de Salud, tiene una responsabilidad en la participación de la familia, en el entendido de que debe haber relación, familia – paciente y no se debe descargar toda la responsabilidad en el equipo de salud, porque este es solo un apoyo.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar el Nivel de conocimiento de familiares, concerniente a Esquizofrenia de pacientes del Hospital de Especialidad Psiquiátrico C.N.S., La Paz - 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Diseñar material educativo concerniente a la patología de esquizofrenia.
2. Elaborar material educativo tríptico concerniente a la patología de esquizofrenia.
3. Facilitar material educativo (Tríptico), para orientar a familiares de pacientes esquizofrénicos.
4. Evaluar el conocimiento de los familiares de pacientes esquizofrénicos.

MODELO DE INTERVENCIÓN

El Plan de Intervención seguirá el modelo Conductual cognitivo, siguiendo el nivel de conocimiento de los familiares de pacientes esquizofrénicos, para llegar a la magnitud del problema, prevalencia, incidencia, proporción, factores asociados al problema.

AREAS DE INTERVENCIÓN

El trabajo se refiere a la población constituida por los familiares de pacientes esquizofrénicos que acuden al Hospital de Especialidad Psiquiátrico Caja Nacional de Salud La Paz – Bolivia en la Zona de Miraflores, Calle Villalobos, durante la gestión 2018.

VALORACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO

Si bien la esquizofrenia es uno de los trastornos que directamente o indirectamente es motivo de consulta en atención primaria. A veces son los familiares los que consultan ante la tristeza, astenia, apatía, ideas delirantes, trastornos del pensamiento y auto percepción u otros síntomas. Entonces, para determinar el nivel de conocimiento de los familiares, concerniente a Esquizofrenia, se practicará la investigación en familiares de pacientes del Hospital de Especialidad Psiquiátrico C.N.S., La Paz –2018, determinando los factores interpersonales familia – paciente.

Socializar el conocimiento de la enfermedad de esquizofrenia, permite establecer el nivel de asimilación por parte de familiares concerniente a este mal, promoviendo la asistencia del paciente y la familia, así lograr la clasificación diferencial de la familia por la edad, consanguinidad y grado de instrucción, son factores preponderantes en la relación familia – paciente.

Por otra parte, Identificar la relación familiar con el paciente, sobre efectos colaterales y fracaso terapéutico, para mejorar la calidad de vida, creando climas de emoción otorgadas en su hogar, brindándole recreación, trabajo y estudio, para reducir el estrés y las recaídas.

Facilitar a los familiares información sobre esquizofrenia a través de la orientación sobre los diferentes tipos de tratamientos disponibles y la importancia de la aceptación del mismo, a través de la facilitación de material educativo a familiares de pacientes psiquiátricos (Trípticos y otros).

RESUMEN

Accionando los pasos preliminares en la Psicoeducación familiar en esquizofrenia, se convierte en factor fundamental en el tratamiento de los pacientes, logrando menores recaídas, mantener el manejo ambulatorio y permitir la reinserción familiar y social. Permitirá reducir el nivel de estigma y aumentar la percepción de la enfermedad en la persona que la padece. La familia logra reducir la frecuencia de recaídas, aprenden a identificar problemas interpersonales y se les puede sistematizar la manera de resolverlos. Evitando sentimientos y emociones negativas y favoreciendo las positivas.

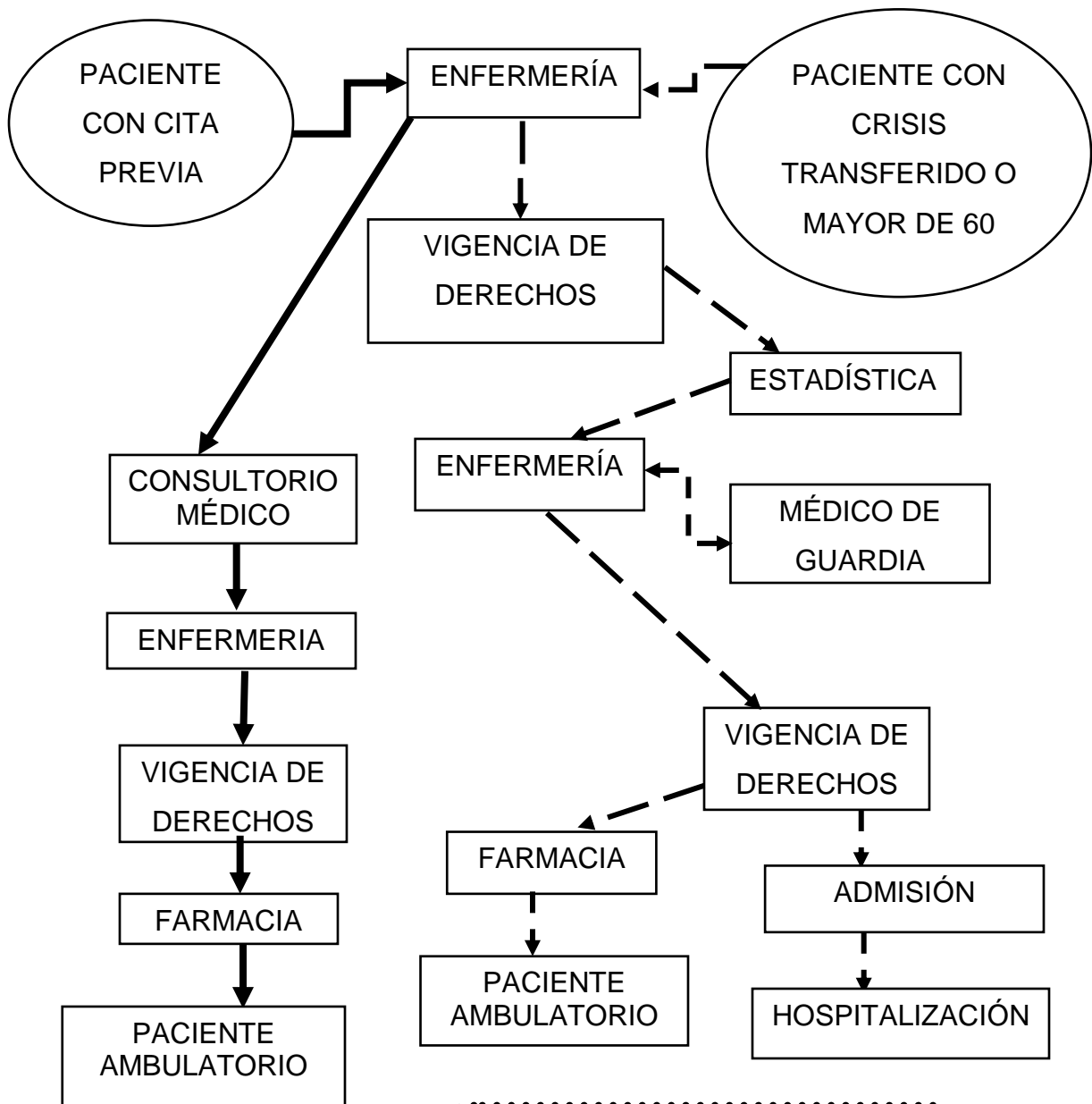
La intervención en el nivel de conocimiento de familiares pacientes con esquizofrenia, facilita saber la situación en la que se encuentran, aminorara la falta de conocimiento de la enfermedad, permitiendo al personal de salud tenga la especialidad de la enfermedad, principalmente el personal de Enfermería por ser el directo responsable en la atención del paciente.

Con este accionar se evitará el rechazo y abandono de los enfermos, promoviendo a la familia brinde el cuidado respectivo para evitar la crisis promovido por la ansiedad, trastorno depresivo y otros problemas de conducta; lo enunciado llevará a una mayor y mejor calidad de vida y elevar el nivel de conocimiento de familiares concerniente a esquizofrenia de pacientes Hospital de Especialidad Psiquiátrico C.N.S., La Paz.

ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA

Objetivo General	1. Mejorar el Nivel de conocimiento de familiares, concerniente a Esquizofrenia de pacientes del Hospital de Especialidad Psiquiátrico C.N.S., La Paz - 2018		
Actividad N°1	Encuesta y entrevista		
Nombre de la Actividad	Entrevista directa con el familiar del paciente esquizofrénico.		
Indicador de medición	Porcentaje		
Descripción y metodología de la actividad			
La entrevista a familiares de pacientes con esquizofrenia se ha realizado precautelando los derechos de ambas partes en cuanto a la consideración Bioética establecida, a su vez la metodología es activa, participativa, con preguntas directas, de forma individual.			
LUGAR	DURACION	FRECUENCIA	Nº TOTAL DE HORAS
Hospital de Especialidad Psiquiátrico C.N.S.	5 horas	Diarias x 3 meses	100 horas
RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD			
Gastos Operacionales			
Recursos propios en la elaboración de tríptico y empleo de cuestionarios			
Equipamiento			
Instalaciones del Hospital de Especialidad Psiquiátrico C.N.S.			
Recursos Humanos			
Familiares de pacientes esquizofrénicos del Hospital de Especialidad Psiquiátrico C.N.S.			
Evaluación			
Pregunta verbal a involucrados, sobre el tríptico entregado y la encuesta realizada			

**FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN
MÉDICA EN EL HODE PSIQUIÁTRICO**



PARA SU ATENCIÓN DEBE PORTAR
 AVC – 04 – 06
 CARNET DE IDENTIDAD
 ÚLTIMA BOLETA DE PAGO
 LIBRETA DE CITA MÉDICA

XIV. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. EZQUIZOFRÉNIA – WKIPEDIA, la enciclopedia libre
<https://es.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia>
2. ANTECEDENTES LA ESQUIZOFRÉNIA A TRAVÉS DEL TIEMPO (Rodríguez y cols, 2004) tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21800/antecedentes.pdf
3. FAMILIA Y ESQUIZOFRÉNIA - DIGITUM - UNIVERSIDAD DE MURCIA
<https://digitum.um.es/xmlui/.../1/AP6%20N1%20%281990%29%20P%2011-20.pdf>
4. ESQUIZOFRÉNIA
www.sepsiq.org/file/Royal/21-Esquizofrenia.pdf
5. INTERVENCIONES FAMILIARES EN ESQUIZOFRÉNIA: ESPERANZAS Y DIFICULTADES A LO LARGO DE 30 AÑOS SHIRLEY M. GLYNN
www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret70_2.pdf
6. ESQUIZOFRÉNIA Y FAMILIA - APEF. Guía practica de Psicoeducación; Carol Anderson, Douglas Reiss, geral Hogarty. Amorrortu Editores.
www.apecf.org.ar/esquizofrenia
7. ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL ANÁLISIS DEL RECHAZO SOCIAL QUE SUFREN LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL” Manuel Muñoz, Elisa Pérez Santos, Maria Crespo, Ana Isabel Guillen – primera edición digital – septiembre 2009. Editorial Complutense, S.A. Madrid – España.

8. ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR DURANTE EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL. Daniela Cardona Patiño, Vanessa Andrea Zuleta Guzmán, Laura Victoria Londoño Bernal, Luz Ángela Ramírez Nieto, Edison Francisco Viveros Chavarría. Revista Colombiana de Ciencias sociales. Vol. 3. No.2 Julio – diciembre 2012.
9. Quispecahuana, Dra. Denisse Claudia Jaén Varas Dra. Emma Vilma Callisaya EVALUACION DE LA SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES CON ESQUIZOFRENIA 2012. studyres.es/doc/804837/dr.-josé-maría-alvarado.
10. Caetano, Dra. Miriam luisa Rocha INFORME IESM – OMS, SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN BOLIVIA, (2008) www.who.int/mental_health/bolivia_who_aims_report.pdf
11. Aguilar Juvenal PANORAMA ACTUAL DE LA SALUD MENTAL, 2013 ESTUDIOS BOLIVIANOS No.18 La Paz 2013 www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2078-03622013000100011
12. R. Ps. Nicole Hirmas TENGO UN FAMILIAR CON ESQUIZOFRENIA: ¿CÓMO LO APOYO? – Centro Medico – CETEP (2018)
13. Dra. Denisse Claudia Jaén Varas, Dra. Emma Wilma Callisaya Quispecahuana, Dr. Hans F. Quisbert Gutiérrez EVALUACIÓN DE LA SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA "DR. JOSÉ MARÍA ALVARADO" (2012).
14. Dra. Denisse Claudia Jaen Varas, Dra. Libertad Pacheco Barrancos PSICOEDUCACIÓN E INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA CAJA NACIONAL DE SALUD (CNS) LA PAZ (2015)

15. Nelly Julia Borda Riveros y Bismarck Pinto Tapia ESTRUCTURA FAMILIAR EN UN PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO DE ORIGEN AYMARA. ESTUDIO DE CASO. (2017)
16. Rogelio Apiquian, Rosa Elena Ulloa, Cristina Loyzaga, María García Anaya, Doris Gutiérrez
www.medigraphic.org.mx (2001)
17. María Luisa Rascón Gasca, Rosa Díaz Martínez L., Jorge Luis López Jiménez, Claudia Reyes Ruiz. LA NECESIDAD DE DAR ATENCIÓN A LOS FAMILIARES RESPONSABLES DEL CUIDADO DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS (1997).
18. Jiménez María Elizabeth Salazar LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE SOBRE EL NIVEL DE COMUNICACIÓN DENTRO DE SU SISTEMA FAMILIAR. (2017).

XV. ANEXOS

ANEXO N° 1

CORRESPONDENCIA

La Paz, 30 de julio de 2018



Señora

Lic. Enayda Paz Oporto
**COORDINADORA DE ENFERMERIA
UNIDAD POST GRADO - UMSA**
Precente.

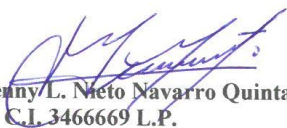
Ref. Autorización de Encuesta para Tesis de Maestría.

Señora Licenciada:

A través de la presente, pongo en conocimiento suyo que a efectos de realizar Encuesta para Tesis de Maestría en Enfermería Médico Quirúrgico, en el Hospital Psiquiátrico Dr. José María Alvarado de la Caja Nacional de Salud; esta Entidad me ha pedido que su Despacho emita una solicitud de Autorización ante la Dra. Roxana Escobar Pérez, Supervisora de Enseñanza e Investigación Regional La Paz, de la Caja Nacional de Salud, a fin de que mi persona pueda desarrollar el trabajo correspondiente para la conclusión de la Tesis "*Nivel de conocimiento de los familiares, acerca de las características de la patología de esquizofrenia de pacientes internados en el hospital psiquiátrico Dr. José María Alvarado de la Caja Nacional de Salud, La Paz – Bolivia, en el tercer trimestre gestión 2018*".

En tal sentido y a fin de obtener dicha Autorización, agradezco de antemano por su gentil cooperación, saludo a Usted, con las atenciones más distinguidas.

Atentamente,


Lic. Jenny L. Nieto Navarro Quintana
C.I. 3466669 L.P.
Mat. Profesional N – 173
Mat. C.D.E.L.P. 01 – 2405



Facultad de Medicina, Enfermería,
Nutrición y Tecnología Médica

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

La Paz, agosto 02 de 2018
U.P.G. CITE N° 1067/2018

Señora
Dra. Roxana Escóbar Pérez
SUPERVISORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
REGIONAL LA PAZ
CAJA NACIONAL DE SALUD
Presente.-



Ref.: **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN**

De mi mayor consideración:

A tiempo de saludar a su autoridad, me permito informarle que dentro la actividad académica del Programa de la Maestría en Enfermería Médico Quirúrgico de la Unidad de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, se viene desarrollando el Trabajo de Investigación, titulado "NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS FAMILIARES, ACERCA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PATOLOGÍA DE ESQUIZOFRENIA DE PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL PSIQUÁTRICO DR. JOSÉ MARÍA ALVARADO DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ – BOLIVIA, EN EL TERCER SEMESTRE GESTIÓN 2018."

Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

Lic. Jenny L. Nieto Navarro Quintana

En ese sentido por lo expuesto SOLICITO a su autoridad, pueda colaborar a la investigadora autorizando la obtención de información necesaria que permita ejecutar el trabajo referido.

Sin otro particular, me despido con las consideraciones que el caso amerita.



[Handwritten Signature]
Lic. M.Sc. Enayda Paz Oporto
COORDINADORA ACADÉMICA
POSTGRADO EN ENFERMERÍA

c.c.: Arce
/ Sheila

[Handwritten Signature]
10:10
Dr. M.Sc. Wániw. Larico Laura
DIR. C. C. P.
UNIDAD DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA-UMSA.

CITE: CNS-RLP-SREI-N-364/2018

La Paz, Agosto 15 de 2018

Señora:
Dra. Lourdes Vela Alfaro
DIRECTORA HOSPITAL PSIQUIATRIA
Presente.-

**REF. REMITO SOLICITUD DE REALIZACION DE TRABAJO LIC. JENNY NIETO NAVARRO
QUINTANA**

Con relación a nota con Cite: N° U.P.G.1067/2018, emitida por la Lic. M.Sc. Enayda Paz Oporto Coordinadora Académica de la Unidad de Posgrado de la UMSA, al respecto recomiendo a la Lic. Jenny Nieto Navarro Quintana realizar el Trabajo de "NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS FAMILIARES ACERCA DE LAS CARACTERISTICAS DE LA PATOLOGIA DE ESQUIZOFREMIA DE PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO DR. JOSE MARIA ALVARADO DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD" dentro el marco de la normativa vigente en el entendido que en la actualidad se mantiene el convenio entre la Facultad de Medicina y la institución.

Tomando en cuenta que es un beneficio Institucional, se solicita que al culminar la mismas debe emitir un informe.

Sin otro particular, saludo a usted con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente



Dra. Roxana Escobar Pérez

**SUPERVISORA REGIONAL DE ENSEÑANZA E INVST.
CAJA NACIONAL DE SALUD**

Adjto. Lo mencionado en fjs. 1
Cc. Archivo/ Cronológico/ Privado/
EPR/juanis*

ANEXO N° 2

INSTRUMENTO

ENCUESTA A FAMILIARES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

Señor (a), solicito pueda colaborar con el llenado de la entrevista con la mayor claridad y responsabilidad posible, para la elaboración de Tesis de la Maestría de Médico Quirúrgico de la Unidad de Post grado de la UMSA que estoy cursando, lo cual me permitirá determinar el nivel de conocimiento de los familiares, acerca de esquizofrenia de pacientes del hospital de psiquiatría C.N.S. La Paz – 2018.

NOMBRE Y APELLIDOS.....

1.- Qué edad tiene usted.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adolecente	Joven	Adulto	Adulto mayor
< 18	19 a 39	40 a 59	60 a 65 >

2.- Qué grado de familiaridad tiene usted con el paciente.

Primer Grado (Padres, Esposos, Hijos)	<input type="text"/>
Segundo Grado (Abuelos, Hermanos)	<input type="text"/>
Tercer Grado (Tíos, Primos)	<input type="text"/>

3.- Vive con el paciente esquizofrénico

Sí	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
----	----------------------	----	----------------------

3.a. - Desde cuándo.

R.

3.b.- Con quien vive.

R.

4.- Qué grado de instrucción tiene usted.

- | | |
|---------------|-----------------------|
| Ninguno | <input type="radio"/> |
| Primaria | <input type="radio"/> |
| Secundaria | <input type="radio"/> |
| Universitario | <input type="radio"/> |
| Técnico | <input type="radio"/> |
| Profesional | <input type="radio"/> |
| Otros | <input type="radio"/> |

5.- Sabe que es la esquizofrenia.

R.-

6.- Que Síntomas presenta su familiar que le llama la atención.

R.-

7.- Conoce las causas de la esquizofrenia.

Sí No

7.a. - Cuales

R.-

8.- Conoce el tratamiento de la esquizofrenia.

Sí No

8.a. - Que medicamentos toma su familiar.

R.

9.- Sabe los riesgos que tiene el paciente sin tratamiento.

Sí No

9.a. - Cuales.

R.-

10.- Busca ayuda para profundizar sus conocimientos sobre esta enfermedad.

Sí No

11.- Qué hace usted cuando su familiar tiene una crisis agresiva.

R.-

12.- Realiza cuidados a su familiar en una crisis de esquizofrenia antes de llevarlo al centro de salud.

Sí No

13.- Que tiempo que su familiar padece esta enfermedad.

R.-

14.- Recibió educación por parte del personal de salud del Hospital Psiquiátrico sobre los cuidados a los pacientes con esta enfermedad.

Sí No

Fecha de entrevista.....

GRACIAS

ANEXO N° 3

DE

VALIDACIÓN DEL

INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
UNIDAD DE POST GRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO



FORMULARIO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE
RECOLECCION DE DATOS
TRABAJO DE INVESTIGACION

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS FAMILIARES ACERCA DE ESQUIZOFRENIA
DE PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO C.N.S., LA PAZ – BOLIVIA,
TERCER TRIMESTRE GESTION 2018.

POSTULANTE: Lic. JENNY LILIAN NIETO NAVARRO QUINTANA C.I. 3466669 L.P.

PROGRAMA DE MAESTRIA: ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO

UNIDAD DE POST GRADO - FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES.

PARAMETROS PARA EVALUAR	SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene preguntas claras y precisas para la recolección de datos.	/		
Las preguntas permiten alcanzar el logro del objetivo en la investigación.	/		
Las preguntas están formuladas en forma secuencial y lógica.	/		
El número de preguntas es suficiente para recolectar la información.	/		
En caso de ser negativa la respuesta, permite mayor y mejor análisis de la investigación.	/		

VALIDEZ

APLICABLE		NO APLICABLE	
APLICABLE ATENDIENDO LAS OBSERVACIONES		SI	NO
VALIDADO POR: 	C.I. 2049382 W	FECHA: 20-08-2018	
NUMERO DE CELULAR: 70643461	FIRMA: 	SELLO: 	
E- mail.			



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
UNIDAD DE POST GRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO



FORMULARIO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE
RECOLECCION DE DATOS
TRABAJO DE INVESTIGACION

**GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS FAMILIARES ACERCA DE ESQUIZOFRENIA
DE PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO C.N.S., LA PAZ – BOLIVIA,
TERCER TRIMESTRE GESTION 2018.**

POSTULANTE: Lic. JENNY LILIAN NIETO NAVARRO QUINTANA C.I. 3466669 L.P.


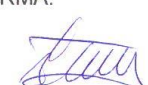
PROGRAMA DE MAESTRIA: ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO

UNIDAD DE POST GRADO - FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES.

PARAMETROS PARA EVALUAR	SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene preguntas claras y precisas para la recolección de datos.	✓		
Las preguntas permiten alcanzar el logro del objetivo en la investigación.	✓		
Las preguntas están formuladas en forma secuencial y lógica.	✓		
El número de preguntas es suficiente para recolectar la información.	✓		
En caso de ser negativa la respuesta, permite mayor y mejor análisis de la investigación.			

VALIDEZ

APLICABLE		NO APLICABLE	
APLICABLE ATENDIENDO LAS OBSERVACIONES		SI	NO
VALIDADO POR:  Lic. Carmina Coronel Saavedra ENFERMERA HOSPITAL DEL	C.I. 3480136 LP	FECHA: 22-VIII-2018	
NUMERO DE CELULAR: 79634811	FIRMA: 	SELLO:	
E- mail.			



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
UNIDAD DE POST GRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO



FORMULARIO DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE
RECOLECCION DE DATOS
TRABAJO DE INVESTIGACION

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS FAMILIARES ACERCA DE ESQUIZOFRENIA
DE PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO C.N.S., LA PAZ – BOLIVIA,
TERCER TRIMESTRE GESTION 2018.

POSTULANTE: Lic. JENNY LILIAN NIETO NAVARRO QUINTANA C.I. 3466669 L.P.

PROGRAMA DE MAESTRIA: ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO

UNIDAD DE POST GRADO - FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES.

PARAMETROS PARA EVALUAR	SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene preguntas claras y precisas para la recolección de datos.	✓		
Las preguntas permiten alcanzar el logro del objetivo en la investigación.	✓		
Las preguntas están formuladas en forma secuencial y lógica.	✓		
El número de preguntas es suficiente para recolectar la información.	✓		
En caso de ser negativa la respuesta, permite mayor y mejor análisis de la investigación.	✓		

VALIDEZ

APLICABLE		NO APLICABLE	
APLICABLE ATENDIENDO LAS OBSERVACIONES		SI	NO
VALIDADO POR:	C.I.	FECHA:	
Lic Soledad Q.	4775775	23-08-2018	
NUMERO DE CELULAR:	FIRMA:	SELLO:	
73061021	<i>Soledad</i>	Msc. Soledad E. Quispe A. LIC. EN ENFERMERIA DOCENTE	
E- mail.			

ANEXO N° 4

ASPECTOS ÉTICOS

HOJA DE

INFORMACIÓN

ACTA DE

CONSENTIMIENTO

INFORMADO

HOJA INFORMATIVA INFORME PARA FAMILIARES

Nivel de conocimiento de familiares, concerniente a esquizofrénia en pacientes del Hospital de Especialidad Psiquiátrico C.N.S. La Paz - 2018.

Estimado(a) Señor/Señora:

Mi nombre es Lic. Jenny Lilian Nieto Navarro Quintana y trabajo en la Caja Nacional de Salud, de la ciudad de La Paz.

El objetivo del estudio es Determinar nivel de conocimiento de los familiares, acerca de esquizofrenia en pacientes del hospital de psiquiatría C.N.S. La Paz –2018. que en particular nos interesa la mayor y mejor participación de los familiares en el cuidado y recuperación de los mismos.

El estudio que se desarrollara se orientará al Diagnóstico del nivel de conocimiento de familiares de la patología y la forma de atención de su familiar paciente; asimismo, se elaborara material didáctico (tríptico) para los participantes.

Todo este contenido del proyecto se realizará a través de talleres de integración con los familiares de los pacientes en el Auditorio del Hospital de Especialidad Psiquiátrico Caja Nacional de Salud, de lunes a viernes durante un mes en el horario de 15:00 a 20:00 p.m.

Para mejor comprensión de su persona como familiar del paciente psiquiátrico esquizofrénico, debo señalar que el beneficio de esta investigación, pretende impactar en los familiares de pacientes psiquiátricos, para que los mismos tomen conocimiento y conciencia del importante rol que cumplen en la recuperación de sus familiares enfermos.

Asimismo, cabe mencionar que históricamente se ha aplicado al ser humano en el diagnóstico la causa y formas de enfrentar este mal, para explicar científicamente, su mejor recuperación del paciente psiquiátrico, pero no así con la integración de la familia.

Hoy por hoy, se pretende que nuestro medio social entienda y se sensibilice al enfrentar un mal psicológico que a medida que pasa los días se convierte en mal gravitacional para nuestra sociedad.

Los riesgos derivados de la investigación van como responsabilidad descargada en el equipo de salud porque este es solo un apoyo, una parte del equipo que se complementa con la familia y la comunidad para sacar adelante al enfermo mental.

También es preciso señalar que en la investigación se presenta acontecimientos adversos cuando el familiar no decide participar en el estudio que se le plantea o por el contrario el paciente cree que se le está presionando demasiado al tratar de saber más sobre su dolencia.

Entonces, la investigación procederá con el diagnóstico del nivel de conocimiento de familiares de la patología y la forma de atención del paciente. Logrando el respaldo del trabajo de investigación a través de fotografías y grabaciones de los debates que se desarrollará, que, para este fin, usted manifestará su aceptación.

Los resultados serán entregados a través de mi persona a todos los participantes y autoridades del Centro Hospitalario.

Entonces la participación de usted como familiar es voluntario que, si decide no participar, no pasa nada y nadie se enojará o retará por ello. Tampoco va a influir en su tratamiento y cuidado de su familiar. Tiene el derecho de retirarse del estudio libremente y sin perjuicio.

Si decide participar: le sugerimos quiera usted plantear en el estudio su posición clara en cuanto al tema propuesto para encontrar mejor resultado. Asintiendo su posición en el formulario que se adjunta para su participación. Anotándose que existe confidencialidad de los datos obtenidos y la forma de resguardar la información.

Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con la Cursante de la Maestría MEDICO QUIRURGICO del Post Grado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés.

Según los resultados de la investigación, usted se beneficiará con estrategias para afrontar de forma eficaz los factores que conllevan al paciente psiquiátrico Esquizofrénico

Si tiene dudas o consulta fuera de las exposiciones y debates Usted puede contactarse con la investigadora responsable de este estudio Lic. Jenny Nieto Navarro Quintana, quien trabaja en la Caja Nacional de Salud Cel. 72529519.

Esta investigación está relacionada con la información que se le proporcione y contar con su participación y aceptación estará señalada en el formulario que se adjunta. (Consentimiento Informado).

Agradeciendo de antemano su cooperación, saludo a Usted,
Atentamente,

Lic. Jenny Lilian Nieto Navarro Quintana
C.I. 3466669 L. P.
Mat. Prof. N - 173

CONSENTIMIENTO INFORMADO A FAMILIARES

Yo.....C.I.....

Familiar del Paciente, Psiquiátrico declaro que he sido informada sobre la investigación grado de conocimiento de los familiares, acerca de esquizofrenia de pacientes del Hospital de Especialidad Psiquiátrico C.N.S. La Paz –2018. dirigido por la Lic. Jenny Nieto Navarro Quintana, Cursante de la Maestría MEDICO QUIRURGICO de la Unidad del Post Grado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés.

Declaró, ser informado (a), sobre el contenido, objetivos del estudio y tipo de participación que se me solicita.

Declaró, haber leído inextenso el informe de la investigación. En el entendido de que el estudio no involucra daño o riesgo a la salud física – mental, ya que voluntaria y puedo negarme o dejar de participar en cualquier momento sin recibir reprimenda alguna, o comprometer al paciente.

Declaró, haber realizado las preguntas necesarias para la mejor comprensión de la investigación a efectuarse y que, del cual se me hizo conocer en su contenido salvando mis dudas.

Declaró ser informado de manera verbal y personal por la Lic. Jenny Lilian Nieto Navarro Quintana, investigadora del Estudio Planteado.

Declaró haber comprendido que mi participación es totalmente voluntaria ya que no se me está presionando bajo ningún aspecto.

Declaró haber recibido suficiente información sobre la declaración que haga en el entendido de que será confidencial y anónima, en el entendido de que la investigadora analizara en forma individua y reservada.

Declaró haber comprendido que, si me retiro en cualquier instancia, será sin perjuicio de la investigación.

Declaró ser informado de los beneficios del estudio y posibles riesgos que se presentasen durante la investigación realizada.

Declaró, entender que mi expresión es libre y de conformidad de la investigadora salvando cualquier concepto que se dé, durante las exposiciones o en las informaciones que se maneje sobre el estudio planteado.

Declaró, que se ha logrado comprender y entender el lenguaje verbal y escrito producto del estudio y del manejo de la información en la investigación.

YO.....C.I.....

Declaró, haber sido informado y estar consciente del manejo de la investigación en relación a mi persona y del paciente.

Declaró y acepto que se me informara sobre los resultados obtenidos en la investigación y que de acuerdo a la misma poder beneficiarme con los lineamientos y procedimientos a emplearse en beneficio de la salud del paciente.

Declaró, estar conforme y acepto la toma de fotografías y de grabaciones de manera reservada y confidencial que servirán de respaldo a la investigación a realizarse.

Manifiesto mi total aceptación de no pago por participación siendo la misma de carácter gratuito que no recibiré ninguna compensación económica ni de favor alguno.

Declaró, que cualquier pregunta que desee saber durante el proceso de investigación podrá hacerla a Lic. Jenny Nieto Navarro Quintana investigadora con Celular 72529519 correo electrónico: gen.nio@hotmail.com

Por tanto, acepto participar de manera voluntaria, en el trascurso de la investigación, en dependencias del Hospital de Especialidad Psiquiátrico Caja Nacional de Salud

NOMBRE PARTICIPANTE

NOMBRE INVESTIGADOR

Firma

Firma

FECHA.....

ANEXO N° 5

CUADROS

CUADRO N°1

FAMILIARES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS QUE CONOCEN LA ENFERMEDAD HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018

FAMILIARES QUE:	N°	%
Conoce	8	27%
No conoce	22	73%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia autora 2018

Interpretación: Del 100%, de familiares de pacientes Esquizofrénicos, el 73% no conocen y el 27% si conocen, siendo un menor porcentaje de los que necesitan capacitación.

Descripción: Los Familiares que conocen la Esquizofrenia son la minoría de los que asisten al paciente, que el 73%, no conocen resultando ser estos los que más necesitan apoyo para que coadyuven en el proceso de curación del paciente.

CUADRO N°2

**SINTOMAS QUE PRESENTA EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO RECONOCIDO
POR EL FAMILIAR**

HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018

FAMILIARES QUE:	N°	%
RECONOCE	18	60%
NO RECONOCE	12	40%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia autora 2018

Interpretación: Del 100%, de familiares encuestados, sobre si reconocen los síntomas del paciente se tiene que el 60% reconocen dichos síntomas y el 40% no reconocen, siendo entonces los que necesitan tener mejor contacto con el paciente para reconocer.

Descripción El resultado de la encuesta muestra que, ante los síntomas del paciente de esquizofrenia, el 60% reconocen, por lo que la minoría de los familiares encuestados no reconocen los síntomas del paciente, hecho que no facilita en el tratamiento de los enfermos.

CUADRO N°3

CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE LA ESQUIZOFRÉNIA POR LOS FAMILIARES HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018

CONOCEN LA CAUSA:	N°	%
SI	12	40%
NO	18	60%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia autora 2018

Interpretación: De los familiares encuestados en el 100%, sobre si tienen Conocimiento de las Causas de la Esquizofrénia que tiene el paciente, se interpreta que el 60% no conocen y el 40% si conocen.

Descripción: Los Familiares que tienen conocimiento de las causas de la Esquizofrénia que tiene el paciente, resulta ser que el 60% no tienen el conocimiento, hecho que muestra que son estos familiares que necesitan del apoyo necesario en el conocimiento de las causas de la enfermedad de la esquizofrénia que tiene el paciente.

CUADRO N°4

CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRÉNIA POR LOS FAMILIARES HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018

CONOCE EL TRATAMIENTO	N°	%
SI	20	67%
NO	10	33%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia autora 2018

Interpretación: Del 100%, de familiares encuestados, sobre si tienen conocimiento del Tratamiento de la Esquizofrénia se interpreta que el 67% si conocen y el 33% no tienen el conocimiento del tratamiento, siendo este menor porcentaje los que necesitan saber del tratamiento.

Descripción: Los Familiares que no tienen conocimiento sobre el tratamiento de pacientes con Esquizofrénia viene a ser el 33%, que por la característica de la enfermedad todos los familiares deberían conocer el tratamiento que reciben para coadyuvar en su mejoría.

CUADRO N°5

CONOCIMIENTO DEL FAMILIAR SOBRE RIESGOS SIN TRATAMIENTO DE LA

ESQUIZOFRÉNIA

HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018

CONOCE	N°	%
SI	26	65%
NO	14	35%
TOTAL	40	100%

Fuente: Elaboración propia autora 2018

Interpretación: Se interpreta este resultado en el entendido de que del 100%, de los familiares que conocen los riesgos sin tratamiento de la Esquizofrénia, el 65% si conocen y el 35% no conocen, los riesgos que sufre el paciente sino reciben tratamiento.

Descripción: Los Familiares que conocen los Riesgos sin tratamiento de la Esquizofrénia son la mayoría de los que asisten al paciente, que el 35%, no conocen, resultando ser estos los que más necesitan capacitación sobre la enfermedad.

CUADRO N° 6
RELACIÓN, EDAD FAMILIARES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
ENCUESTADOS HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ -
2018

GRUPO ETARIO DE FAMILIARES		N°	%
Adolescente	< 18 años	1	3%
Joven	19 – 39 años	1	3%
Adulto	40 – 59 años	15	50%
Adulto Mayor	> 60 años	13	44%
Total		30	100%

Fuente: Elaboración propia autora 2018

Interpretación: Del 100% de la relación de edades de familiares de pacientes esquizofrénicos, se observa que el 50 % son Adultos comprendidos entre 40 – 59 años, el 44 % adultos mayores a 60 años; jóvenes de 19 – 39 años son el 3 % y los Adolescentes menores de 18 años son el 3 % de los encuestados.

Descripción: De los encuestados se establece que los familiares que están en mayor contacto con los pacientes esquizofrénicos son el 50 % que representa a adultos, el otro 50% están los adultos mayores, jóvenes y adolescentes, se deduce que las participaciones de los adolescentes en algunos casos son coadyuvantes en el proceso de tratamiento de mejoría de los pacientes.

CUADRO N° 7

GRADO DE FAMILIARIDAD DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018

GRADO DE FAMILIARIDAD	N°	%
Primer grado	20	67%
Segundo grado	8	27%
Tercer grado	2	6%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia autora 2018

Interpretación: Del 100% del grado de Familiaridad de Pacientes Esquizofrénicos, se tiene como resultado que el 67 % son de primer grado, el 27 % corresponde al segundo grado y el 6 % son de Tercer grado, que viene a ser los pacientes más alejados en familiaridad son los de tercer grado.

Descripción: Del 100% de Pacientes esquizofrénicos estudiados, el grado de familiaridad que se tiene esta en el mayor porcentaje, los de Primer grado que son el 67 %, entendiéndose que la enfermedad está en los pacientes de mayor cercanía en los hogares por la relación consanguínea, que hay en nuestro medio.

CUADRO N°8

GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL FAMILIAR DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Primario	3	10%
Secundario	11	37%
Universitario	7	23%
Técnico	6	20%
Profesional	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia autora 2018

Interpretación: Del Grado de Instrucción del Familiar de pacientes con esquizofrenia, en el 100% se interpreta que el 37 % han llegado a Secundaria, el 23% Universitarios, 20% Técnicos, el 10% Profesionales y 10% Primaria, por lo que la asistencia al paciente son más los de grado de instrucción inferior.

Descripción: Como resultado de la encuesta a los familiares de pacientes esquizofrénicos se determina que el 37% tienen grado de Instrucción Secundaria, entendiéndose que las asistencias de los familiares más capacitados han hecho abandono de los pacientes.

CUADRO N°9

FAMILIARES QUE VIVEN CON EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018

FAMILIARES	N°	%
SI VIVE	22	73%
NO VIVE	8	27%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia autora 2018

Interpretación: Del 100% de Familiares que viven con el Paciente se tiene el 73 % que viven con sus familiares y el resto del 27 % no viven con sus familiares.

Descripción: De la relación de Familiares que Viven con pacientes esquizofrénicos se establece que el 73 % conviven, mientras que el 27% no viven con el paciente, hecho que se convierte en un factor determinante en la recuperación de los enfermos.

CUADRO N°10

ACCIONES QUE TOMA EL FAMILIAR DE PACIENTE FRENTE A CRISIS DE ESQUIZOFRÉNIA

HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. 2018

QUE HACE:	N°	%
Lo interno	9	30%
Lo entiendo	12	40%
Le doy tratamiento	4	13%
Llamo a la policía	5	17%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia autora 2018

Interpretación: Del 100%, de familiares encuestados, se interpreta que el 40% entiende a su familiar enfermo cuando presenta crisis de esquizofrénia, mientras que el 30% interna en el hospital psiquiátrico, el 17% llama a la Policía y el 13% le da su tratamiento, siendo este la minoría de los que asisten al paciente.

Descripción: De la encuesta sobre acciones que toma el familiar de paciente con crisis de esquizofrénia, se establece que solamente el 40% entiende las reacciones y el 13% le otorga tratamiento en estos casos, por lo que el resto trata de deshacerse del paciente internando a un hospital psiquiátrico o buscando apoyo de la Policía.

CUADRO N°11

CUIDADOS DEL FAMILIAR DESPUES DE LA CRISIS AGRESIVA DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRÉNIA

HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018

LO REALIZAN	N°	%
SI	8	27%
NO	22	73%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia autora 2018

Interpretación: Del 100%, de familiares encuestados, se interpreta que el 73% No otorga Cuidados al Paciente después de crisis agresiva por el mal de esquizofrénia y la minoría del 27% si da Cuidado después de una crisis agresiva al paciente.

Descripción: De la encuesta sobre Cuidados del Familiar después de Crisis Agresiva de Pacientes con Esquizofrénia, se establece que el 73% No presta cuidados después de las reacciones solo el resto de los encuestados si realizan cuidados al paciente.

CUADRO N°12

TIEMPO QUE ADOLECE EL PACIENTE LA ENFERMEDAD DE ESQUIZOFRÉNIA HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ 2018

TIEMPO QUE PADECE LA ENFERMEDAD	N°	%
O A 10 AÑOS	10	34%
11 A 20 AÑOS	12	40%
21 A 30 AÑOS	7	23%
31 A 40 AÑOS	1	3%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia autora 2018

Interpretación: Del 100%, de familiares encuestados, los pacientes se diferencian por el tiempo de padecimiento de la enfermedad de esquizofrenia que: el 40% sufren de 11 a 20 años, el 34% de 0 a 10 años, el 23% de 21 a 30 años, y el 3% de 31 a 40 años, siendo el porcentaje menor los que más años están padeciendo la enfermedad.

Descripción: El Tiempo de Padecimiento de la Enfermedad de Esquizofrenia está ubicado en el menor porcentaje de 31 a 40 años que cursa con la enfermedad, y en el mayor porcentaje los que están en un tiempo de 11 a 20 años de padecimiento de la enfermedad.

CUADRO N°13

FAMILIARES QUE BUSCAN AYUDA PARA CONOCER LA ENFERMEDAD DE LA ESQUIZOFRÉNIA

HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018

BUSCAN	N°	%
SI	14	47%
NO	16	53%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia autora 2018

Interpretación: El resultado de la encuesta permite interpretar que los familiares que Buscan Ayuda para conocer la esquizofrénia son el 47%, más por el contrario es la mayoría los que no buscan que llega al 53%.

Descripción: Los Familiares que Buscan ayuda para conocer la Esquizofrénia son la minoría, y los que no buscan son la Mayoría, por lo que los pacientes incrementan en la gravedad del mal siendo el 53% de los encuestados.

CUADRO N°14

FAMILIARES QUE RECIBIERON CAPACITACIÓN POR EL PERSONAL DE SALUD HOSPITAL DE ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICO C.N.S. LA PAZ - 2018

RECIBEN CAPACITACION	N°	%
SI	11	37%
NO	19	63%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia autora 2018

Interpretación: Del 100%, de familiares encuestados el 37% recibieron Capacitación por el Personal de Salud sobre la enfermedad de la Esquizofrénia, y el 63% que no recibieron capacitación por el personal de salud.

Descripción: De la encuesta sobre Capacitación recibida por el personal de Salud se absorbe que el 63% no recibió, esto resulta en que necesitan los familiares mayor atención en su conocimiento sobre la enfermedad, entonces el personal de Salud, debe otorgar este servicio, para que el familiar pueda coadyuvar en la mejoría del paciente.

ANEXO N° 6

CRONOGRAMA DE

ACTIVIDADES

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	AGOSTO				SEPTIEM				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEM	ENERO	FEBRE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16			
SEMANAS																			
Encuentro para definir fechas y horarios de revisión	X																		
Permisos para trabajo de investigación	X																		
Primera revisión con la tutora.		X																	
Instrumento de validación de datos por Profesionales competentes		X	X																
Segunda revisión con la tutora.																			
Encuesta a familiares de pacientes Esquizofrénicos.																			
Primera revisión de la tesis																			

ANEXO N° 7

PRESUPUESTO

ITEM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO Bs.-	TOTAL Bs.-
<u>Elaboración tesis:</u>			
Trabajo de campo	10 días	30.00	300.00
Trabajo de gabinete	15 días	15.00	225.00
Impresión	500 Hojas	0.20	100.00
Uso de internet	30 horas	2.00	60.00
refrigerio	90 días	10.00	900.00
movilidad	60 días	10.00	600.00
<u>Presentación del de tesis:</u>			
Redacción de tesis	30 días	10.00	150.00
Impresión	1200 hojas	0.20	240.00
Empastado	4 ejemplares	30.00	240.00
	4 Cd	10.00	40.00
		TOTAL	2.855.00

ANEXO N° 8

FOTOS



**FRONTIS DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDAD
PSIQUIATRICO**



INTERIOR DEL HOSPITAL



PACIENTES EN EL COMEDOR



**ENTREVISTA DIRECTA CON
FAMILIAR**