

UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BAYAMÓN
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

LA ADAPTACIÓN A LA SOCIEDAD DE LOS PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS PARANOIDES PUERTORRIQUEÑOS

IRAYDA M. CINTRÓN RÍOS

AGOSTO, 2012

ABSTRACTO

Estudio descriptivo, cuyo propósito era determinar los factores que afectan el proceso de adaptación del paciente esquizofrénico paranoide, de modo que se puedan generar alternativas más eficaces que las implementadas en la intervención y tratamiento de pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide en Puerto Rico. La muestra estuvo constituida por 20 pacientes adultos con un diagnóstico principal de esquizofrenia paranoide, hospitalizados en una institución psiquiátrica en la zona metropolitana de San Juan, Puerto Rico. El perfil del paciente fue el siguiente: Masculino, soltero de 48 años de edad, que tiene un grado de escuela superior, que recibe tratamiento en hospitales y centros de la zona urbana, y han buscado tratamiento en otros hospitales. Para la obtención de los datos se utilizó un cuestionario desarrollado por la investigadora que medía la adaptación en pacientes con esquizofrenia paranoide. Este reflejó los siguientes datos: En promedio llevaban 15 años sufriendo de esquizofrenia paranoide con 10 años promedio en tratamiento para dicha condición. A pesar de lo anterior, la gran mayoría de estos pacientes no reciben servicios de rehabilitación integrados. Se encontró que el nivel de adaptación social de los pacientes esquizofrénicos paranoides participantes del estudio en Puerto Rico alcanzó un 43%, esto a pesar de que el 60% se perciben como adaptados. Este resultado significa que el paciente con esquizofrenia paranoide se encuentra inadaptado en su entorno social. Por su parte, los procesos que facilitan la adaptación y rehabilitación en estos pacientes se basan en reconocer que necesitan ayuda y apoyo durante los mismos. La necesidad de reconocer la ayuda profesional para lograr los cambios en su vida fue el principal factor facilitador para los pacientes esquizofrénicos. Igualmente, se identificaron: el reconocer la necesidad de apoyo para adaptarse y reconocer el apoyo de la familia como algo importante en el proceso de rehabilitación del paciente. El hecho que los pacientes con esquizofrenia paranoide no estén en programas de rehabilitación y de reintegración social integrados parece ser un elemento que ha afectado su adaptación, por eso no sorprende el que más de un 75% se encuentra incapacitado en la población bajo estudio. Recomendaciones: Desarrollar modelos de cuidados adaptativos que respondan a las necesidades de estos pacientes y reconocer que las intervenciones farmacológicas y psicosociales son esenciales para contribuir a una menor recaída, incidencia y prevalencia de la esquizofrenia, lo que resulta un mejor proceso de rehabilitación y adaptación social.

DEDICATORIA

Completar esta etapa académica, ha sido una experiencia crucial en mi vida. Primero porque siempre estuvo presente en mí el compromiso de superación contraído conmigo misma y con una serie de personas sumamente significativas en el transcurso de este proceso. Gente buena, servicial y con visión, quienes me otorgaron su voto de confianza para emprender esta carrera en una etapa muy temprana de mi vida estudiantil y me permitieron tomar una trayectoria por un sendero poco usual, debido a que implicaba superar paradigmas establecidos.

Para mí constituye un verdadero honor haber conocido y contado con el apoyo de la Dra. Frugé; Directora del Departamento de La Escuela De Ciencias de la Salud de la Universidad Metropolitana; Recinto de Bayamón, quien después de “El Dador de los sueños”; Dios Todopoderoso, me brindó su confianza concediéndome la oportunidad de iniciar mis estudios graduados y completar el grado de maestría.

Con sumo placer y agradecimiento, les dedico esta Tesis de Grado como requisito final para la obtención del grado de Maestría con Especialidad en Cuidado Crítico del Adulto con Rol en Educación en Enfermería. Dra Frugé: gracias por depositar su confianza en mí y brindarme esta valiosa oportunidad. Gracias a su gesto, he logrado alcanzar uno de mis más anhelados sueños y rebasar las teorías que sostienen lo contrario. Queda demostrada la posibilidad de proseguir estudios graduados inmediatamente después del bachillerato y trabajar simultáneamente.

AGRADECIMIENTOS

Un especial agradecimiento a los profesores de mi alma mater; la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico, quienes forjaron una estupenda base en mi trayectoria académica. A mis profesores de la Universidad Metropolitana, Recinto de Bayamón , en especial a la Dra. Carmen López y Dra. Mildred Negrón, por capacitarme y proveerme las herramientas indispensables para el éxito. Al Dr. Josué Pacheco; Preceptor, quien con su templanza y sabiduría me guió hasta el final.

Por último, mi más sincera gratitud a la Sra. Lesbia López; Directora del Departamento de Enfermería del Doctor's Center Hospital San Juan, quien con su bondad, profesionalismo y amabilidad me facilitó un programa de trabajo que hizo posible la consecución de esta meta. A la administración, personal y participantes de la Institución siquiátrica en la zona metropolitana de San Juan, Puerto Rico, por permitirme implementar mi investigación en la misma, y a todas aquellas personas quienes de una u otra forma estuvieron presentes y me apoyaron durante esta etapa tan importante en mi vida. Les estaré eternamente agradecida.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cálculo del índice de validez de contenido.....	59
Tabla 2. Distribución de la muestra por grupo de edad.....	69
Tabla 3. Distribución de la muestra por preparación académica.....	69
Tabla 4. Algunos sentimientos relacionados con su proceso de adaptación y rehabilitación.....	79
Tabla 5. Cosas que le ayudan a afrontar los cambios.....	80
Tabla 6. Nivel de adaptación del paciente con esquizofrenia paranoide en Puerto Rico..	83
Tabla 7. Factores que inciden (facilitan) el proceso de adaptación del paciente con esquizofrenia paranoide en Puerto Rico.....	84

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución de la muestra por género.....	68
Gráfica 2. Distribución de la muestra por estado civil.....	68
Gráfica 3. Distribución de la muestra por área donde está ubicado el hospital donde recibe servicios.....	70
Gráfica 4. Distribución de la muestra si ha visitado otros hospitales en busca de tratamiento.....	71
Gráfica 5. Distribución de la muestra si padecen de otro tipo de esquizofrenia.....	71
Gráfica 6. Distribución de la muestra por los años que lleva que le diagnosticaron esquizofrenia.....	72
Gráfica 7. Distribución de la muestra por el tipo de servicio que recibe para su condición.....	72
Gráfica 8. Distribución de la muestra por el tipo de tratamiento que recibe para tratar su condición.....	73
Gráfica 9. Distribución de la muestra de cuánto tiempo están recibiendo tratamiento....	74
Gráfica 10. Distribución de la muestra sobre cuál de los tratamientos prefieren los participantes.....	74
Gráfica 11. Distribución de la muestra de acuerdo a si recibe servicios de rehabilitación.....	75
Gráfica 12. Distribución de la muestra de acuerdo a si le gustaría recibir otro tipo de tratamiento para su condición.....	75
Gráfica 13. Distribución de los participantes de cómo evalúan su proceso de aprendizaje.....	76
Gráfica 14. Distribución de los participantes de cómo le resultan los cambios.....	77
Gráfica 15. Distribución de la muestra de acuerdo a si se adaptan o se acostumbran rápido a los cambios.....	77
Gráfica 16. Distribución de la muestra de acuerdo a si necesitan apoyo para adaptarse o acostumbrarse a los cambios.....	78
Gráfica 17. Distribución de la muestra de cuán importante es el apoyo de los familiares.....	78
Gráfica 18. Distribución de la muestra de acuerdo a si se siente adaptado a la vida	

La adaptación a la sociedad de los pacientes esquizofrénicos...	8
social desde que le diagnosticaron la esquizofrenia.....	80
Gráfica 19. Distribución de la muestra luego del diagnóstico y haber recibido tratamiento que actividades realizan.....	81

TABLA DE CONTENIDO

Abstracto.....	3
Dedicatoria.....	4
Agradecimientos.....	5
Índice de tablas.....	6
Índice de gráficas.....	7
Capítulo I. Introducción	
Antecedentes del problema.....	11
Planteamiento del problema.....	15
Justificación.....	17
Marco conceptual.....	21
Propósito del estudio.....	24
Objetivos del estudio.....	24
Definición de las variables.....	25
Definición de términos.....	25
Resumen.....	27
Capítulo II. Revisión de literatura	
Introducción.....	28
Literatura e investigaciones relacionadas con el tema de estudio.....	28
Resumen.....	54
Capítulo III. Metodología	
Introducción.....	55
Diseño.....	55
Población.....	55
Selección de la muestra.....	56
Instrumento.....	56
Validación del instrumento.....	57

La adaptación a la sociedad de los pacientes esquizofrénicos...	10
---	----

Procedimiento.....	59
Protección de derechos humanos.....	63
Análisis estadístico.....	65
Resumen.....	65

Capítulo IV: Resultados

Datos demográficos.....	67
Resultados por pregunta de investigación.....	67
Resultados por objetivos de investigación.....	81
Resumen.....	85

Capítulo V: Análisis de Resultados

Análisis de los datos.....	87
Análisis a partir del modelo conceptual.....	94
Conclusión.....	97
Implicaciones para enfermería.....	98
Limitaciones del estudio.....	99
Recomendaciones.....	100

Referencias.....	103
-------------------------	------------

Anejos

Cuestionario.....	108
Consentimiento.....	118
Anuncio.....	119

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Antecedentes del problema

Resulta muy poco probable hallar el inicio de la esquizofrenia propiamente como una enfermedad en los libros de la historia de la psiquiatría. Esto se debe a que la nomenclatura y descripción utilizada sólo nos permite encontrar síntomas que podrían corresponder a esta enfermedad. No obstante, a medida que ha transcurrido el tiempo, ésta ha sido objeto de numerosos estudios realizados no solo por médicos y psicólogos, sino también por filósofos y sacerdotes. Para el año de 1400 A.C. en el Ayur-Veda de la antigua India se describe una condición que podría corresponder a la actual esquizofrenia y para la que recomendaba "meditación" y "técnicas de encantamiento" para su tratamiento. Durante la Edad Antigua y hasta el siglo XIX, no ocurre nada sobresaliente en el campo de la esquizofrenología. En el año de 1856, Morel que fue un contemporáneo de Krepelin, introduce el término demencia precoz, para catalogar a un adolescente que era brillante y activo y que luego se volvió aislado, apático y callado. En el año 1868, se introduce el término catatonia para designar un cuadro clínico en el que predomina la tensión motora (muscular) y que posee dos fases: una estuporosa o inhibida (estupor catatónico) y otra excitada (agitación catatónica). Es este mismo año que Sander introduce el término paranoia para catalogar a un grupo de personas en las que sobresalen sentimientos de ser perjudicados, maltratados, perseguidos o humillados. Estas fueron el principio de lo que iban a ser las categorías de las esquizofrenias conocidas en la actualidad (Kraepelin, 1911).

El término esquizofrenia significa mente dividida (mente escindida). Fue introducido por Bleuler en 1911. Este lo utilizó en sustitución del término demencia precoz por considerarlo inexacto y lo definió como la enfermedad de las cuatro A es: autismo, ambivalencia, asociaciones laxas y efecto incongruente. Veintidos años más tarde, Kasanin lo utiliza para designar un grupo de esquizofrenias en las que además del trastorno formal de pensamiento, presenta alteraciones afectivas importantes tanto en el sentido de la manía como de la depresión. En 1939, Langfeldt distingue entre proceso esquizofrénico, para quien significó un gran desorden mental y un curso inevitable hacia el deterioro y la reacción que consiste en un cuadro menos severo, con una personalidad premórbida más adecuada, mejor ajuste social y laboral y capaz de remitir parcial y totalmente sin conducir a un deterioro progresivo (Langfeldt, 1939).

Posteriormente, Polatín citado por García y Pérez (2003) designa un tipo de esquizofrenia en la que el trastorno del pensamiento no era tan sobresaliente, pero se mostraban con un frente de síntomas ansiosos que podían hacer pensar en una neurosis de ansiedad, pero que no evolucionaban como ella. No es hasta el 1952 en la primera edición del, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder de la Asociación Psiquiátrica Americana" que se clasifica la esquizofrenia como "reacciones esquizofrénicas" y se incluyen los tipos de esta enfermedad: simple, tipo hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, tipo esquizo-afectivo, tipo infantil y tipo residual. El término «esquizofrenia» es comúnmente mal interpretado, dándole el sentido de que las personas afectadas tienen una «doble personalidad». Aunque algunas personas con diagnóstico de esquizofrenia pueden escuchar voces y pueden vivir las voces como personalidades distintas, la esquizofrenia

no se trata de una persona que va cambiando entre distintas personalidades múltiples. La confusión surge en parte debido a los efectos del significado que le dio Bleuler a la esquizofrenia, literalmente «escisión» o «ruptura de la mente». En cierta medida se podría decir que siempre ha sido un concepto “en crisis” (García y Pérez, 2003).

Específicamente, el paciente esquizofrénico paranoide tiene unas características fundamentales las cuales suelen afectar su adaptación en la sociedad. Entre estas características sobresalen las siguientes: preocupación por una o más ideas delirantes de grandeza o persecución, frecuentes alucinaciones auditivas, presencia de ansiedad, ira, tendencia a discutir y violencia. La literatura encontrada en Ayuso Gutiérrez, & Carulla (2002), Santiago (2001) y Suarez Richards (2010) indica que las causas de la esquizofrenia son tanto bioquímicas como ambientales. Hay evidencia suficiente que sugiere que en la esquizofrenia existe una vulnerabilidad genética sobre la que actúan estresores ambientales para, finalmente, desencadenar la condición. De acuerdo a Barrón Hernández, Beltrán Trigueros, Medina Muñoz, & Santana Pérez (2010) señalan que su prevalencia se sitúa entre el 0.3% y 3.7% dependiendo de la zona del mundo donde resida el paciente. Añaden, estos autores, en cuanto a prevalencia hereditaria, que se ha observado que si uno de los padres la padece, el hijo tiene un 12% de probabilidades de desarrollarla. Si ambos son esquizofrénicos el niño tiene 39% de probabilidades de desarrollarla. Un niño con padres sanos tiene 1% de probabilidades de desarrollar este trastorno, mientras que niños con hermanos con este desorden tienen un 8% de probabilidades de desarrollarla.

Con un intento de entender esta condición y lo incapacitante que es para un paciente paranoide, se han desarrollado varios criterios, dependiendo del concepto que se

tenga de la esquizofrenia. Actualmente existen dos manuales de criterios diagnósticos que, en lo esencial, son muy similares, y tienen por objeto, tanto permitir un registro estadístico más o menos confiable, como mejorar la comunicación entre profesionales. Sin embargo, en la práctica clínica, las personas esquizofrénicas tienen una riqueza sintomática que excede largamente el contenido de los manuales, y hay una gran variedad de cuadros que pueden estar a medio camino de las categorías nosológicas contenidas en ellos. Estos manuales son el (DSM) y la (CIE) de la (OMS) Organización Mundial de la Salud. Las versiones más recientes son CIE-10 y DSM-IV-TR, las cuales son utilizadas para diagnosticar la esquizofrenia. Según el DSM-IV-TR (2002), el cuadro de la persona debe cumplir ciertos criterios. Para el tratamiento de la esquizofrenia se implementan: la farmacología; entiéndase antipsicóticos, la rehabilitación, la psicoterapia individual, terapia electroconvulsiva, la educación familiar, la terapia de grupo y grupos de autoayuda.

A pesar de estos tratamientos que existen en combinación, la esquizofrenia paranoide es una difícil de tratar y a los pacientes se les hace difícil regresar a la sociedad y asumir las conductas previas a la enfermedad. La rehabilitación del paciente esquizofrénico ha sido un *issue* a través del tiempo y no se han encontrado medidas que puedan solucionar de una vez esta situación. La falta de adaptación de estos pacientes se estima sobrepasa a un 60%, lo que provoca reincidencia en la condición y múltiples hospitalizaciones, lo que se considera un grave problema para los pacientes que sufren esta condición (Phillips, First, & Pincus, 2005).

Planteamiento del problema

El problema a investigar es la adaptación a la sociedad de los pacientes esquizofrénicos paranoides puertorriqueños. Se ha establecido que alrededor del 1% de la población pudiera experimentar esta enfermedad. Sin embargo, una revisión sistemática de numerosos estudios encontró en 2002 una prevalencia de vida de 0,55%. Desde entonces, también se ha documentado una prevalencia menor de esquizofrenia en países en vías de desarrollo. El análisis sistemático de la realidad sugiere que es más preciso decir que alrededor de 7 a 8 por cada 1.000 personas se verán afectadas. Más aún, algunos estudios han demostrado que la prevalencia de la esquizofrenia varía dentro de los países y a nivel local y de suburbios. Se sabe que la esquizofrenia es una de las principales causas de discapacidad. En un estudio de 1999 de 14 países, la psicosis activa ocupa el tercer lugar después de la parálisis cerebral y la demencia. (Informe Organización Mundial de la Salud, 2001).

Al momento no hay datos en Puerto Rico. Sin embargo, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Mental (2010) las personas con esquizofrenia tienen un riesgo de suicidio de 10%. La mortalidad también aumenta a causa de enfermedades médicas, debido a una combinación de estilos de vida poco saludables, los efectos secundarios de la medicación, y una baja calidad de atención sanitaria, por lo que la esperanza de vida de estos pacientes es de 10 a 12 años inferior a la de la población sana. Añade además que la esquizofrenia se puede presentar principalmente asociada a los trastornos relacionados a sustancias. De 30-40% de los esquizofrénicos presentan problemas de abuso de alcohol; el 15-25% problemas con el cannabis, del 5-10% abusa o depende de la cocaína. También se incluye el abuso de la nicotina. No existe un cuadro único que

permita diagnosticar este desorden, sino que existen diversos síntomas: de índole emocional, cognitivo, de personalidad y de actividad. La investigación actual estima que el ambiente juega un considerable rol en la expresión de los genes involucrados en el trastorno.

Las dificultades que se encuentran en el manejo del paciente con esquizofrenia paranoide son: que rehúsa el tratamiento al tener delirios de persecución o que el mismo personal de salud planifica hacerle daño. Los pacientes con esta condición suelen fugarse de las instituciones hospitalarias, no tomarse sus medicamentos y hasta se tornan violentos, lo que hace difícil que sigan o continúen un régimen de tratamiento. En Puerto Rico existen instituciones hospitalarias psiquiátricas que se dedican al tratamiento de estos pacientes, y reportan dificultades para que los mismos se adapten a la vida social una vez son dados de alta (Departamento de Salud, 2010). Una vez son dados de alta, menos de un 20% logra volver a su vida normal y continúa su tratamiento. Se han hecho intentos para aumentar este por ciento, pero aun en la actualidad no se ha dado con la combinación de estrategias que permitan que el paciente con esquizofrenia paranoide logre una adaptación adecuada y se integre a los procesos sociales como todo ser humano se merece una vez entra en remisión su condición de salud. (Departamento de Salud, 2010). De acuerdo a Antom (2010) la conducta inadaptada de estos pacientes es muy común. Señala que la tendencia de estos pacientes inadaptados es de quedarse solteros y sin empleo, a vivir solo en su mundo; sentirse solo y haber hecho un intento previo de suicidio. Por lo general son personas jóvenes con educación universitaria. En la esquizofrenia los trastornos son graves caracterizado por pensamientos desorganizado. Estos pacientes viven fuera de la realidad (Psicótico) viven una vida irreal o imaginaria,

su mundo interior no guarda relación con el exterior en cuanto a tiempo, lugar y espacio. Muchas veces tienen y presentan delirios (Creencias falsas acerca de la realidad).

Justificación

Uno de los aspectos principales que hacen válido este estudio para su desarrollo es la importancia que tiene el proceso de adaptación social del paciente con esquizofrenia paranoide. Estos pacientes por su particularidad, rechazan en ocasiones el tratamiento y presentan deterioro en su función mental a un grado tal que interfiere marcadamente con su capacidad para afrontar algunas de las demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad. Tanto así, que el paciente esquizofrénico sin tratamiento, tiene como característica principal la psicosis, es decir, que no vive en este mundo (disociación entre la realidad y su mundo), ya que existe una negación de la realidad de forma inconsciente. No es consciente de su enfermedad. Por lo tanto la actividad cognitiva del esquizofrénico no es normal, hay incoherencias, desconexiones y existe una gran repercusión en el lenguaje, pues no piensa ni razona de forma normal. Esto hace necesario que se realicen estudios donde se puedan actualizar los datos científicamente validados de las razones principales por las cuales un paciente con esquizofrenia paranoide se le hace tan difícil adaptarse a su contexto social una vez es dado de alta de una institución psiquiátrica (Ayuso Gutiérrez, & Carulla, 2002; Santiago, 2001; Suarez Richards, 2010).

Según Stucchi Portocarrero (2010) la esquizofrenia paranoide es el tipo más frecuente, se caracteriza por un predominio de los delirios sobre el resto de los síntomas, delirios relativos a persecución o supuesto daño de otras personas o instituciones hacia el

paciente, el enfermo esta suspicaz, incluso irritable, elude la compañía, mira de reojo y con frecuencia no come. Pueden darse alucinaciones, lo que genera mucha angustia y temor. De acuerdo a estos autores, el riesgo de tener esta enfermedad durante toda la vida se ha calculado en aproximadamente 1% para la población general, y se estima que cada año se presentan 2 millones de casos nuevos en el mundo, con un costo humano y económico enorme. Un 20-30% de los pacientes no responde a los antipsicóticos clásicos, así que hay que utilizar la combinación de medicamentos, electroterapia y terapias de rehabilitación social. La posibilidad de que más de un 70% de estos pacientes de volver a trabajar es remota ante la recurrencia de las etapas agudas de la enfermedad y el deterioro.

Cabe señalar que en Puerto Rico no existen estadísticas que señalen tendencias de la capacidad de adaptación social de estos pacientes una vez diagnosticados. Ante la falta de estudios relacionados con este tema, y como enfermería incide en ese proceso de adaptación del paciente esquizofrénico paranoide a la sociedad se hace necesario un estudio como el propuesto. Esto, ante la complejidad de la enfermedad cuyo comienzo puede ser agudo, es decir, puede comenzar de un momento a otro con una crisis delirante, un estado maníaco, un cuadro depresivo con contenidos psicóticos o un estado confuso. También puede surgir de manera insidiosa o progresiva, lo que suele ser en ocasiones pasado por alto por el personal que maneja estos pacientes, y afecte su potencial para adaptarse a la vida comunitaria.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (Revisión, 2010), la esquizofrenia es un diagnóstico psiquiátrico en personas con un grupo de trastornos mentales crónicos y graves, caracterizados por alteraciones en la percepción o la expresión de la realidad.

Añade que ésta causa una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más 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 disfunción social. Se trata de un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento. Los que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas. Poseen ideas delirantes que pueden ser extravagantes, con alteración de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación y autismo entendido como aislamiento. Su sintomatología suele dividirse en positivos y negativos, siendo las alucinaciones auditivas y visuales las más comunes.

En Puerto Rico se calcula que las personas con disturbios mentales sobrepasan 1 millón. De hecho, dos de cada tres personas en Puerto Rico reportan tener algún tipo de enfermedad física o mental, según declara Batias citado por Casanova (2005). Estas cifras, según el Departamento de Salud (2010) han ido en aumento, lo que es preocupante. Igual, que su reincidencia, deterioro progresivo y poca o ninguna habilidad para adaptarse y retornar a su medio social. Estas dificultades que presenta este tipo de pacientes deben ser estudiadas, de manera que el profesional de enfermería que lo maneja sepa las estrategias a implantar para fomentar su proceso de adaptación social. Especialmente, cuando se sabe que la causa de la esquizofrenia permanece desconocida, y posiblemente no sea única. Lo más probable es que varios factores intervengan en su aparición, tal como el estrés ambiental, y ciertas condiciones psicosociales, inclusive de origen orgánico.

Autores como Janssen, Krabbendam, Bak, Hanssen, Vollebergh, Graaf, & van Os (2004) señalan que los niveles de dopamina, el uso de antipsicóticos y otros métodos han resultado insuficientes y algunos hasta peligrosos como ha resultado ser la terapia electroconvulsiva para resolver el problema de los pacientes con esquizofrenia. Además, el paciente con esta condición se enfrenta a una nueva sociedad que coloca exigencias a todo individuo que en ocasiones no es capaz de cumplir, y está sometido cada vez más a presiones de índole psicológica, social, intelectual, espiritual, económica y hasta física, lo que lo hace vulnerable a una crisis mental que pueda desencadenar la esquizofrenia paranoide. En los países desarrollados los pacientes con esquizofrenia suelen tener niveles socioeconómicos bajos. Igualmente suele pronosticarse la mala adaptación social a largo plazo en aquellos pacientes que perciben que su red social se está desintegrando, sea cierto o no (Morris Bell, Wayne Zito, 2008).

Evidentemente resulta alarmante en Puerto Rico contar con una población alta de estos casos. Según estadísticas para el año 2008 proporcionadas por la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), se reportaron 29, 959 diagnósticos de esquizofrenia, de los cuales 12% de los mismos son adolescentes, lo que evidencia que nuestra red social presenta una grave crisis. Basta ver las estadísticas de suicidio, muertes y marcada violencia, así como hospitales de salud mental con una tasa altísima de pacientes con condiciones mentales hospitalizados y otros en tratamiento ambulatorio. La falta de adaptación de estos pacientes es evidente, lo que requiere de nuevas estrategias para su manejo a partir de estudios científicamente probados que logren demostrar los factores que afectan dicho proceso rehabilitativo. Estos datos, son la

razón principal para proponer el estudio sobre el tema de la adaptación del paciente con esquizofrenia paranoide en Puerto Rico.

Las estadísticas reflejan que el 40- 60% de la población diagnosticada lleva una vida perturbada debido a este trastorno, número que pretendemos minimizar con el estudio propuesto. A través de este estudio se pretende determinar las razones que dificultan este proceso de adaptación e identificar medidas y tratamientos innovadores para los pacientes esquizofrénicos paranoides. De modo que se logren modificar las alteraciones o anomalías presentes en los mismos, con la combinación de terapias no tradicionales, que pueden ser iniciadas por el personal enfermería (Jobe y Harrow, 2005).

Modelo Conceptual

El modelo conceptual bajo el cual se sustenta la presente investigación es el modelo de adaptación de Callista Roy. Esta sostiene mediante su modelo los supuestos y conceptos de que el ser humano constantemente se enfrenta a estímulos procedentes de su entorno, los cuales son clasificados como estímulos focales contextuales y residuales. Los estímulos focales en la teoría son considerados como aquellos estímulos o situaciones que afectan al paciente en el momento, los contextuales son aquellos que aunque no son el enfoque o atención en el momento influyen en el estímulo focal; mientras que el estímulo residual, es aquel que se considera difícil de determinar, pues influye al estímulo focal y al contextual, pero este estímulo ha ocurrido en pasado o se encuentra implícito (Roy, 1996).

Callista Roy establece que la adaptación en el ser humano debe lograrse tanto en la salud como en la enfermedad en los modos de adaptación siguientes: función

fisiológica, autoconcepto, función del rol, interdependencia. Establece que la adaptación puede lograrse mediante mecanismos reguladores (mecanismos afrontamiento fisiológicos) y cognitivos (mecanismos afrontamiento psicológicos). Callista Roy establece en su modelo que el profesional de la salud debe actuar para mejorar la relación y fomentar interacción entre la persona y el entorno para promover la adaptación. El objetivo consiste en ayudar a las personas a adaptarse a los cambios que se producen en sus necesidades fisiológicas, autoconcepto, desempeño de roles y en sus relaciones de interdependencia durante la salud y la enfermedad. Establece que el profesional de la salud es el facilitador de adaptación, valorando la conducta en cada uno de los cuatro modos adaptativos e interviniendo en la manipulación de los estímulos. Por esta razón el profesional debe manipular el entorno de manera tal que el paciente interactúe con el mismo utilizando mecanismos de afrontamiento, los cuales deben ser reforzados por el profesional.

De esta manera e implementando el proceso de enfermería establecido por esta teorizante, el cual consiste en: valorar el comportamiento manifestado en los 4 modos adaptativos, evaluar los estímulos relacionados con el comportamiento y clasificarlos en estímulos focales (inmediatos), contextuales (los demás estímulos) y residuales (estímulos del pasado), realizar un diagnóstico de enfermería del estado de adaptación del sujeto, fijar metas que favorezcan la adaptación, aplicar intervenciones cuyo objeto sea manipular los estímulos y promover la adaptación, evaluar el cumplimiento de los objetivos de adaptación; se logrará en todo tipo de pacientes la adaptación Marriner Tomey (1999), incluyendo los pacientes en nuestro estudio; esquizofrénicos paranoides puertorriqueños.

La aplicación de este modelo teórico sirve de base para la intervención del profesional de enfermería en su empeño de ayudar al paciente esquizofrénico paranoide en su proceso de adaptación. Esta visualiza al paciente como un ser adaptativo que puede ser capaz de retornar a su entorno haciendo uso de sus 4 modos adaptativos y lidiando con los estímulos que esto le pueda causar. Los pacientes esquizofrénicos típicamente son masculinos, quienes pueden estar saludables toda su vida hasta llegar a la adultez joven. Sin embargo, uno de los eventos que los caracteriza es que pueden carecer de su figura paterna y con otras experiencias negativas el comenzar de experimentar ideas de referencia, alucinaciones auditivas, las cuales al ser de carácter obsesivo y recurrente, le causaron ansiedad, apatía, desorientación, alucinaciones y descuidó su apariencia física.

Un paciente con esquizofrenia paranoide que esté hospitalizado es para la teorizante un ser inadaptado. Las personas inadaptadas con enfermedades mentales tienen afectados, principalmente, su rol y el auto-concepto; que se ven directamente afectados por la percepción errónea que produce la enfermedad. Los roles se afectan cuando el paciente esquizofrénico no logra cumplir con las exigencias sociales que suelen ser típicas a su edad. Roles como el de padre, madre, empleado, hijo, entre otros pueden producir conflictos familiares y sociales en su inadaptación. Mientras que el auto-concepto se ve afectado por la creencia que tiene el paciente de si mismo ante los demás, por las ideas de referencias, autoestima baja, que suelen aumentar sus niveles de ansiedad y con ello los pensamientos irracionales de que las personas lo persiguen o desean hacerle daño.

Con la implementación del modelo de adaptación de Callista Roy además del estricto proceso de enfermería establecido por esta teorizante, se puede lograr que el

paciente alcance una disminución en los niveles de ansiedad, una percepción adecuada, y con ello, logre un mejor proceso de socialización, apariencia física apropiada, que finaliza con el proceso de adaptación a la sociedad. Esto evidencia que la aplicación de este modelo, fomenta la adaptación en pacientes esquizofrénicos paranoides.

Propósito del estudio

El propósito fundamental de este trabajo es determinar los factores que afectan el proceso de adaptación del paciente esquizofrénico paranoide, de modo que se puedan generar alternativas más eficaces que las implementadas en la intervención y tratamiento de pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide en Puerto Rico. Con estos resultados, se espera ofrecer herramientas para que estos pacientes se puedan adaptar a la sociedad y hacer frente a las demandas que ésta conlleva de forma tal que su vida pase de ser de una perturbada a una normalizada. Estos pacientes pueden adquirir mediante los supuestos de la teoría de Callista Roy destrezas que los capaciten y los transformen en seres proactivos en su desempeño social. Además, con los hallazgos científicos que se esperan obtener se espera proporcionar una guía de cuidado no solo para los pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide, sino también para los profesionales que le ofrezcan servicios, para familiares y para grupos de apoyo. Esto le proporcionará sentido de logro, motivación y seguridad en su desempeño social.

Objetivos del estudio

1. Describir el perfil del paciente con esquizofrenia paranoide.
2. Determinar el nivel de adaptación social de los pacientes esquizofrénicos paranoides en Puerto Rico.

3. Identificar los factores que inciden en el proceso de adaptación del paciente con esquizofrenia paranoide.

Definición de las variables

1. *Adaptación social*: el proceso por el cual un grupo o un individuo modifica sus patrones de comportamiento para ajustarse a las normas imperantes en el medio social en el que se mueve Milgram (1983). Para efectos de este estudio, son los factores que afectan la adaptación del paciente esquizofrénico paranoide una vez este retorna al medio ambiente previo al que se encontraba antes de recibir tratamiento o estar hospitalizado. El mismo se ha de medir con un cuestionario desarrollado por la investigadora a base de la revisión de literatura relacionada con el tema de estudio.

Definición de términos

Para efectos de esta investigación se utilizarán los siguientes términos:

1. *Adaptación*: Proceso de cambio permanente constituido por estímulos focales, contextuales, residuales, que representa el valor intervalo de estímulos que puede afrontar con respuestas adaptativas corrientes (Roy, 1996)
2. *Alteración*: En términos generales, se dice que una alteración es el cambio que se presenta en la esencia o forma de una cosa.
3. *Esquizofrénico paranoide*: Enfermedad mental que involucra falsas creencias de ser perseguido o blanco de una conspiración. Las personas con

esquizofrenia paranoide pueden tener creencias equivocadas (delirios) de que una o más personas están conspirando contra ellas o sus seres queridos.

4. *Modificación* Transformación de algunas características sin modificar la esencia
5. *Alteraciones*: Perturbación o trastorno del estado normal de una cosa
6. *Líquido cefalorraquídeo* Líquido que circula por los espacios huecos del cerebro y la médula espinal y entre dos de las meninges (las capas finas de tejido que cubren y protegen el cerebro y la médula espinal). El líquido cefalorraquídeo es elaborado por un tejido de los ventrículos (espacios huecos) del cerebro que se llama plexo coroideo.
7. *Anomalías orgánicas*: Son aquellas alteraciones de carácter fisiológico presentes en el ser humano.
8. *Ventrículos laterales* En el cerebro existen cuatro estructuras anatómicas denominadas ventrículos cerebrales, se encuentran interconectados entre sí, y constituyen el sistema ventricular por el que circula el líquido cefalorraquídeo. Están situados a lo largo de ambos hemisferios y constan de una asta anterior que se dirige al lóbulo frontal, un asta posterior que se dirige a lóbulo occipital y un asta inferior que se dirige hacia abajo y hacia delante en el lóbulo temporal.
9. *Puertorriqueños*: Para efectos de esta investigación consideramos puertorriqueños a todos aquellos pacientes nacidos en Puerto Rico y otros que

aunque no sea propiamente puertorriqueños se encuentren bajo tratamiento o hayan sido diagnosticados con esquizofrenia paranoide.

Resumen

En el pasado capítulo se presentaron los antecedentes, la justificación y planteamiento del problema de estudio. En la literatura citada se pudo evidenciar que a los pacientes que padecen esquizofrenia paranoide se les hace difícil adaptarse a su entorno social. El aumento de esta condición en Puerto Rico, hace necesario el desarrollo de investigaciones como la que se propone, de modo que sirvan de base para el desarrollo de nuevas estrategias de manejo que aumenten el proceso adaptativo del paciente que sufre de esta condición. El uso de la Teoría de Adaptación de Sister Callista Roy sirvió de base para el desarrollo de este estudio y facilitó entender el fenómeno de adaptación que sufre el paciente con esquizofrenia paranoide.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Introducción

Motivada la investigadora por un genuino y profundo deseo de contribuir al campo de la enfermería; propiamente al sector de la salud mental, especialmente a los pacientes que sufren de esquizofrenia paranoide. La investigadora siente grandes inquietudes y deseos de conocimiento en este renglón con la finalidad de optimizar dicha práctica y fortalecer los lazos humanos, por lo cual propone, por medio de esta investigación, lograr mejorar los servicios que se ofrecen a estos pacientes. A continuación se presenta una revisión de la literatura realizada correspondiente a una perspectiva conceptual; entiéndase, lo que indica la literatura sobre el problema, los aspectos que se han investigado del mismo y lo que falta por investigar.

Literatura e investigaciones relacionadas con el tema de estudio

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (Revisión, 2010), la esquizofrenia es un diagnóstico psiquiátrico en personas con un grupo de trastornos mentales crónicos y graves, caracterizados por alteraciones en la percepción o la expresión de la realidad. Añade que ésta causa una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más 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 disfunción social. Se trata de un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento. Los que la padecen tienen frecuentemente

el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas. Poseen ideas delirantes que pueden ser extravagantes, con alteración de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación y autismo entendido como aislamiento. Su sintomatología suele dividirse en positivos y negativos, siendo las alucinaciones auditivas y visuales las más comunes.

Señala que la causa de la esquizofrenia permanece desconocida, y posiblemente no sea única. Lo más probable es que varios factores intervengan en su aparición, tal como el estrés ambiental, y ciertas condiciones psicosociales. Aunque múltiples investigaciones apuntan a un origen orgánico del trastorno, todavía se carece de un modelo consensual que explique su variada sintomatología clínica, por lo cual se clasifica dentro de los «trastornos funcionales» y no puramente «orgánicos». En vista de que los síntomas positivos de la esquizofrenia son atenuados por medicamentos adecuados, se reconoce implícitamente una base no sólo funcional, sino también neurológica del trastorno. Además, se sabe con certeza que en la esquizofrenia aparece un exceso de dopamina, un neurotransmisor cerebral (Instituto Nacional de Salud Mental Revisión, 2010).

Fisiológicamente señala el Instituto Nacional de Salud Mental (2010) que se puede observar un aumento del tamaño de los ventrículos laterales cerebrales en los enfermos esquizofrénicos. Hay también un exceso de la actividad de los neurotransmisores dopaminérgicos. Que la esquizofrenia afecta a las personas en el área social y laboral. Suelen tener problemas en las relaciones interpersonales, en el trabajo e incluso presentan dificultades en el cuidado de sí mismos. El curso de la enfermedad se caracteriza por fases de agudización y fases de remisión de los síntomas, aunque algunos enfermos presentan un curso estable. A medida que pasa el tiempo, los síntomas

negativos se acentúan más, mientras que los positivos van remitiendo. Existen ciertas drogas que pueden inducir a la psicosis en personas con una especial vulnerabilidad a padecer esquizofrenia: anfetaminas (la más común), cannabis, alucinógenos (LSD), cocaína y alcohol.

La sintomatología debe estar presente durante al menos 1 mes y persistir durante al menos 6 meses para confirmar el diagnóstico. Se requiere además de una exploración clínica y neurológica completa. Del 20 al 30% de los pacientes logran llevar una vida relativamente normal. El otro 20-30% experimenta síntomas moderados. Y el 40-60% restante lleva una vida perturbada por el trastorno (Kelley et al., 1992; Häfner et al., 1993). Esta sintomatología se presenta por diferentes razones, pero en la actualidad se trata de relacionar esto con el campo de la genética.

Un campo abierto a la investigación actual y de rápido y continuo desarrollo es la genética molecular, que ha tratado de identificar los genes que pueden elevar el riesgo de desarrollar la condición. Sus resultados aun son frágiles, y es claro que pueden variar en los próximos años. La búsqueda de genes ha sido lenta y frustrante, probablemente porque existen múltiples genes de susceptibilidad, cada uno con un efecto pequeño, que actúa ligado a procesos epigenéticos y factores ambientales. La investigación también ha sido dificultosa por problemas prácticos, como la ausencia de formas monogénicas o mendelianas de herencia, y la ausencia de un diagnóstico neuropatológico u otros marcadores biológicos del o los síndromes (Gottesman, 1996). No hay una demostración clara de la influencia del sexo o de la raza en la incidencia de la enfermedad. La esquizofrenia se produce por igual en hombres y mujeres. No obstante, existen evidencias de que el pronóstico es mejor en mujeres, relacionándose este dato con una tendencia a

un inicio más tardío en ese sexo, probablemente por el efecto antidopaminérgico del estrógeno. Generalmente aparece antes en los hombres: el pico de aparición son las edades 20-28 años para los hombres y 26-32 años para las mujeres. Las mujeres también suelen tener mejor respuesta a los tratamientos. Los niños mayores de cinco años pueden desarrollar esquizofrenia, pero es muy raro que esta enfermedad se presente antes de la adolescencia, como lo es también su inicio en la tercera edad. Algunos niños que desarrollan esquizofrenia tienen peculiaridades de la personalidad o del comportamiento que preceden a la enfermedad. Los síntomas comunes en los adultos, las alucinaciones y los delirios, son extremadamente raros antes de la pubertad (Orradre, 1995).

Algunas investigaciones indican que la esquizofrenia se diagnostica más frecuentemente en personas de raza negra que en los de raza blanca. Sin embargo, esta conclusión ha sido atribuida a un sesgo cultural de los investigadores. Un hallazgo estable y reproducible demostró una asociación entre vivir en un medio ambiente urbano y el diagnóstico de esquizofrenia, incluso después de controlar factores de sesgo estadístico tales como el uso de drogas, el grupo étnico y el tamaño del grupo social. En los países desarrollados los pacientes con esquizofrenia suelen tener niveles socioeconómicos bajos. Igualmente suele pronosticarse la mala adaptación social a largo plazo en aquellos pacientes que perciben que su red social se está desintegrando, sea cierto o no (Orradre, 1995).

Algunos autores afirman que el agrandamiento progresivo de los ventrículos laterales, reducciones en las sustancias blanca y gris de los lóbulos frontal y temporal, entre otros hallazgos en los cerebros de pacientes con esquizofrenia no descarta un proceso neurodegenerativo, por lo que sigue siendo estudiada bajo esa premisa, como la

enfermedad de Parkinson y la depresión. El deterioro estructural podría ser consecuencia de la esquizofrenia o una causa predisponente. Se ha prestado atención especial al papel de la dopamina en las neuronas de la vía meso límbica del cerebro (Graff Guerrero et.al., 2001).

La dopamina se ha implicado desde hace más tiempo que cualquier otra sustancia química en los estudios de los neurotransmisores en la esquizofrenia. Este enfoque es el resultado en gran medida del hallazgo accidental de que un medicamento que bloquea el grupo funcional de la dopamina, conocido como las fenotiazinas, era capaz de reducir los síntomas psicóticos del esquizofrénico. También se apoya con el hecho de que las drogas psicotrópicas, como la cocaína y las anfetaminas, provocan la liberación de la dopamina y suelen exacerbar los síntomas psicóticos en la esquizofrenia. Una teoría influyente, conocida como la hipótesis dopamina de la esquizofrenia, propone que el exceso de activación de los receptores D₂ es la causa de los síntomas positivos de la esquizofrenia. Aunque se postuló la teoría durante unos 20 años, basada en el bloqueo D₂ (que es el efecto común de todos los antipsicóticos), no fue sino hasta mediados de los años 1990 que estudios de imágenes provenientes del TEP y TEPS proporcionaron pruebas en su favor, verificando un aumento de receptores dopaminérgicos en esquizofrénicos (Jansson y Parnas, 2007).

Actualmente se piensa que la hipótesis de la dopamina es excesivamente simplista debido a la aparición de fármacos más nuevos llamados antipsicóticos atípicos, como la clozapina, pueden ser igualmente eficaces que los antipsicóticos típicos, que son más antiguos. Los antipsicóticos atípicos tienen la cualidad de afectar la función de la serotonina y puede que tengan un efecto menor en el bloqueo de la dopamina. Esto ha

Llevado a plantear la hipótesis serotoninérgica de la esquizofrenia, en la que se presume que este neurotransmisor también juega un papel importante en su afección. Las hipótesis propuestas para explicar el papel de la serotonina en la esquizofrenia hacen referencia a alteraciones en la función de la serotonina durante el desarrollo del sistema nervioso central, la activación de la corteza pre frontal por medio de un receptor $5HT_{2A}$ que está alterado, o bien a una interacción aberrada entre la dopamina y la serotonina. Mientras tanto, hallazgos por parte de Williams y colaboradores apuntan a una vinculación entre una variabilidad genética del receptor de la serotonina y la esquizofrenia, sin embargo, su presencia no es suficiente como para poder causarla (Williams, 2007).

Ciertos estudios, según Williams (2007), que utilizaron pruebas neuropsicológicas y de neuroimagen, tales como las tecnologías de imagen por resonancia magnética funcional (IRMf) y la tomografía por emisión de positrones (TEP) para examinar las diferencias funcionales en la actividad cerebral, demostraron que las diferencias parecen ocurrir más comúnmente en los lóbulos frontales, hipocampo y lóbulos temporales vinculados al déficit neurocognitivo que a menudo se asocia con la esquizofrenia. Los trastornos del lenguaje, de la atención, el pensamiento abstracto, el juicio social y la planificación de acciones futuras, todos característicos en la esquizofrenia, están íntimamente ligados a las funciones del lóbulo frontal.

También ha habido hallazgos relacionados con diferencias en el tamaño y la estructura de determinadas áreas cerebrales en la esquizofrenia. Un meta análisis en 2006 de resonancia magnética nuclear de todo el cerebro reveló que el volumen del hipocampo y la amígdala se ven reducidos y que el volumen ventricular se incrementa en pacientes con un primer episodio psicótico en comparación con controles sanos. El

promedio de los cambios volumétricos en estos estudios son, sin embargo, cercanos al límite de detección de la metodología de la resonancia magnética, por lo que queda por determinar si la esquizofrenia es un proceso neurodegenerativo que comienza aproximadamente en el momento de la aparición de los síntomas, o si se caracteriza mejor como un proceso de neuro-desarrollo anormal del cerebro que produce como resultado un volumen anormal a una edad temprana (Donnoli, 1999, 2010, Goldner, 2002).

Los autores sugieren que dos redes de interconexiones por parte de la materia blanca pueden verse afectadas en la esquizofrenia, con una probable desconexión de las regiones de materia gris que enlazan. Mediante estudios de imagen de resonancia magnética funcional (IRMf) se ha demostrado que hay una mayor conectividad en el cerebro de pacientes esquizofrénicos en la red de neuronas encargadas de la actividad cerebral cuando el sujeto no está enfocado en el mundo exterior, así como de la red de atención dorsal encargada de los sistemas de orientación sensorial, y puede reflejar la excesiva orientación hacia la atención introspectiva y extrospectiva, respectivamente. No existe un signo o síntoma que sea patognomónico de la esquizofrenia (Schultz, North y Shields, 2007). Es una enfermedad que se presenta con una variedad de síntomas a tal punto que se manejan diferentes formas de agruparlos basados en el elemento clínico esencial de cada categoría (Peralta y Cuesta, 2001). La esquizofrenia suele presentarse por primera vez en la adolescencia o juventud temprana; es más precoz en los hombres que en las mujeres, y tiene en ellos un curso más deteriorante. Muchas veces es una condición que persiste toda la vida de una persona, pero también hay quienes se recuperan de ella (Manual Merck de Información Médica para el Hogar, 2005-2008).

Existen dos perspectivas o formas de abordar el cuadro y el diagnóstico clínico de la esquizofrenia. La perspectiva categorial trata de delimitar las distintas variantes importantes y recurrentes que se puedan ir presentando para poder identificarlas como subtipos de una entidad mayor. El primer esfuerzo en este sentido lo representa Kraepelin, ya que fue el primero en distinguir entre psicosis maníaco-depresivas y demencia precoz en 1887 y el primero en identificar a la catatonía, hebefrenia y la esquizofrenia paranoide como subtipos de una entidad mayor en 1898 (Kraepelin, 1911).

Por otro lado, existe la perspectiva dimensional que trata de englobar todas las variantes en una entidad única a expensas de ir agregándole dos o más dimensiones que agrupan una serie de signos y síntomas característicos, síndromes. El primer esfuerzo en este sentido es representado por los trabajos de Tim Crow, que redujo la esquizofrenia a dos entidades en 1980, luego Nancy Andreasen, que la redujo a una entidad unidimensional de dos polos, y finalmente Peter F. Liddle, que la limitó a una entidad única de tres dimensiones sindrómicas en 1987. El modelo de Liddle ha gozado de la aceptación de otros investigadores y en 1996 Lenzenweger y Dworkin, considerando los déficits en el ajuste social en la etapa pre mórbida, agregaron una dimensión más para terminar de conformar un modelo tetradimensional. Para Lenzenweger y Dworkin la presencia de mayores niveles de habilidades sociales pre mórbidas pueden moderar el grado de expresividad y distorsión de la realidad en la aparición posterior de síntomas positivos (Lenzenweger y Dworking, 1996).

Adaptación

La adaptación en el ser humano debe lograrse tanto en la salud como en la enfermedad en los siguientes modos de adaptación: función fisiológica, autoconcepto, función del rol, interdependencia. Esta puede lograrse mediante mecanismos reguladores (mecanismos afrontamiento fisiológicos) y cognitivos (mecanismos afrontamiento psicológicos). (Roy, 1996). Mediante el Modelo de Adaptación propuesto por Callista Roy vemos que esta establece que el profesional de la salud debe actuar para mejorar la relación y fomentar la interacción entre la persona y el entorno para promover la adaptación. El objetivo consiste en ayudar a las personas a adaptarse a los cambios que se producen en sus necesidades fisiológicas, autoconcepto, desempeño de roles y en sus relaciones de interdependencia durante la salud y la enfermedad. Asimismo establece que el profesional de la salud es el facilitador de adaptación, valorando la conducta en cada uno de los cuatro modos adaptativos e interviniendo en la manipulación de los estímulos (Roy, 1996).

Como parte de este proceso de adaptación del ser humano existe lo que se conoce como modificación. En este caso, se refiere a ciertas formas de intervención psicológica dirigidas a disminuir o eliminar conductas desadaptadas e instaurar o incrementar conductas adaptadas, con el propósito de resolver problemas, tanto de índole personal como social, y de mejorar el funcionamiento humano en general (Morris, 2005). Proceso que se considera vital en el proceso de adaptación del paciente que sufre esta condición.

La adaptación social del ser humano

La adaptación social, también conocida como conformación social, consiste en la aceptación e internalización de las normas de una sociedad por parte de la persona. Este proceso se da a través de la socialización, es decir, por medio de un proceso de aprendizaje de la persona de las pautas de comportamiento de la sociedad donde se integra y a través del cual puede ir realizando sus potencialidades de ser humano. Una vez que dicha persona aprende esas normas las internaliza, las hace suyas y las adopta como propias, se produce la aceptación social, la cual es recíproca; por parte de ella(la persona) hacia la sociedad y por parte de ésta(la sociedad) hacia la persona. El desarrollo social se va dando por la actuación productiva de sus miembros dentro de sus instituciones (Enciclopedia Libre Universal en Español, 2010).

Es decir, que la adaptación es, en sociología y psicología, el proceso por el cual un grupo o un individuo modifica sus patrones de comportamiento para ajustarse a las normas imperantes en el medio social en el que se mueve. Al adaptarse, un sujeto abandona hábitos o prácticas que formaban parte de su comportamiento, pero que están negativamente evaluadas en el ámbito al que desea integrarse, y eventualmente adquiere otros en consonancia con las expectativas que se tienen de su nuevo rol. La adaptación, en este sentido, es una forma de socialización secundaria, ya que opera tomando como base las habilidades sociales con las que el sujeto ya cuenta (Dockery y Reiss, 1999).

La adaptación social del paciente psiquiátrico

Dadas las graves limitaciones, incapacidades y minusvalías de la mayor parte de personas con trastornos mentales crónicos, muy a menudo se requiere de un enfoque

combinado para la rehabilitación psiquiátrica utilizando el adiestramiento en habilidades y estrategias de modificación ambiental. Para lograr la máxima adaptación posible paciente deben integrarse a la medicación psicotrópica, la hospitalización plena o parcial, tratamiento de casos, el adiestramiento en habilidades, los clubes sociales de autoayuda, las actuaciones ambientales y las iniciativas de cambios sociales. El énfasis en cada uno de estos tipos de intervención variará según la naturaleza del trastorno, el nivel premórbido del paciente y la fase de la enfermedad.

Con el consenso emergente de que los trastornos psiquiátricos mayores son trastornos biomédicos vinculados con el estrés, los enfoques de la rehabilitación han surgido de tradiciones empíricas y eclécticas donde se enfatiza el desarrollo de las habilidades del paciente o de ambientes de apoyo para afrontar las incapacidades y minusvalías que comportan enfermedades como la esquizofrenia o los trastornos afectivos. La práctica de la rehabilitación psiquiátrica emplea técnicas de evaluación e intervención basadas en orientaciones como el aprendizaje social y la terapia conductual (Lieberman y Evans, 1985; Paul y Lentz, 1977; Lieberman y Foy, 1983). La terapia centrada en el cliente y la psicología desarrolló a lo largo de toda la vida (Strauss y Carpenter, 1981, autores que fueron citados por el Programa de tratamiento asertivo comunitario (PTAC, 1998). La persona con incapacidad psiquiátrica debe comprometerse cuanto sea posible en el establecimiento de los objetivos de la rehabilitación; éste es un proceso que precisa desarrollar una relación de mutua confianza, respeto y empatía entre el paciente y los profesionales. El modo de intervención más deseable combina un tratamiento psicofarmacológico racional con un enfoque pedagógico que adiestra a los pacientes directamente en el conocimiento y en las habilidades que precisan para

desenvolverse en la sociedad (Programa de tratamiento asertivo comunitario (PTAC, 1998).

En el caso, específico de los pacientes esquizofrénicos la rehabilitación psicosocial incluye varias intervenciones no médicas para las personas con esquizofrenia y enfatizan la capacitación social y vocacional para ayudar a los pacientes recién diagnosticados o que han estado enfermos por un tiempo a superar dificultades en las áreas cognitivas o de habilidades sociales afectadas (Tourinho González, Ingloft Domínguez, Baena Ruiz y Fernández Fernández, 2007). Una de las razones principales de complementar el tratamiento farmacológico con tratamientos psicoterapéuticos es que los primeros solo tienen mayor efectividad sobre los síntomas positivos pero poco ante los negativos no logrando una mejoría en la integración social del paciente (Florit-Robles, 2006). Los programas pueden incluir asesoramiento vocacional, capacitación para el trabajo, técnicas para solucionar problemas de la vida diaria, administración del dinero, uso del transporte público y aprendizaje de destrezas sociales para interactuar mejor con otras personas (Medline Plus, 2008). Estos métodos son muy útiles para los pacientes tratados en la comunidad, porque proporcionan las técnicas necesarias para poder llevar mejor la vida en comunidad a los pacientes que han sido dados de alta del hospital (Aldaz y Vázquez, 1996), lo que conlleva a disminuir las recaídas, adquirir habilidades, disminuir los síntomas negativos e incrementar el ajuste social. Esta fase de rehabilitación es el componente principal para ayudar al paciente a ajustarse a su vida social, de otra manera el paciente con esquizofrenia paranoide se le haría muy difícil reintegrarse en la sociedad.

Esquizofrenia paranoide

El término esquizofrenia significa mente dividida (mente escindida). Fue introducido por Bleuler en 1911. Este lo utilizó en sustitución del término demencia precoz por considerarlo inexacto y lo definió como la enfermedad de las cuatro Aes. Veintidós años más tarde Kasanin lo utiliza para designar un grupo de esquizofrenias en las que además del trastorno formal de pensamiento presenta alteraciones afectivas importantes tanto en el sentido de la manía como de la depresión. En 1939, Langfeldt distingue entre proceso esquizofrénico, para quien significó un gran desorden mental y un curso inevitable hacia el deterioro y la reacción que consiste en un cuadro menos severo, con una personalidad pre mórbida más adecuada, mejor ajuste social y laboral y capaz de remitir parcial y totalmente sin conducir a un deterioro progresivo. Posteriormente, Polatín designa un tipo de esquizofrenia en la que el trastorno del pensamiento no era tan sobresaliente, pero se mostraban con un frente de síntomas ansiosos que podían hacer pensar en una neurosis de ansiedad, pero que no evolucionaban como ella. No es hasta el 1952 en la primera edición del, “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder de la Asociación Psiquiátrica Americana” que se clasifica la esquizofrenia como “reacciones esquizofrénicas” y se incluyen los tipos de esta enfermedad: simple, tipo hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, tipo esquizo-afectivo, tipo infantil y tipo residual. El término «esquizofrenia» es comúnmente mal interpretado, dándole el sentido de que las persona afectada tiene una «doble personalidad».

Aunque algunas personas con diagnóstico de esquizofrenia pueden escuchar voces y pueden vivir las voces como personalidades distintas, la esquizofrenia no se trata

de una persona que va cambiando entre distintas personalidades múltiples. La confusión surge en parte debido a los efectos del significado que le dio Bleuler a la esquizofrenia, literalmente “escisión” o “ruptura de la mente”. La esquizofrenia es un trastorno psicótico crónico que afecta el funcionamiento afectivo, intelectual y conductual, se caracteriza por aislamiento, excentricidad, disminución del cuidado personal, afecto embotado, lenguaje vago o metafórico, pensamiento mágico, pérdida de la capacidad asociativa (trastorno del pensamiento), conducta extraña, estupor, retraimiento social, pasividad continuada, estereotipias, alucinaciones, convicciones delirantes, simbolismo, incoherencia, variabilidad... (American Psychiatric Association, 1994). Recientemente, con las nuevas técnicas diagnósticas y de imagen, se ha propuesto considerar a la entidad como un trastorno heterogéneo que constituye la suma de varias enfermedades referidas como "las esquizofrenias" (Andreasen et al., 1995).

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (Revisión 2010), la esquizofrenia es un diagnóstico psiquiátrico en personas con un grupo de trastornos mentales crónicos y graves, caracterizados por alteraciones en la percepción o la expresión de la realidad. Añade que ésta causa una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más 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 disfunción social. Se trata de un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento. Los que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas. Poseen ideas delirantes que pueden ser extravagantes, con alteración de la percepción, afecto anormal sin relación

con la situación y autismo entendido como aislamiento. Su sintomatología suele dividirse en positivos y negativos, siendo las alucinaciones auditivas y visuales las más comunes.

Señala que la causa de la esquizofrenia permanece desconocida, y posiblemente no sea única. Lo más probable es que varios factores intervengan en su aparición, tal como el estrés ambiental, y ciertas condiciones psicosociales. Aunque múltiples investigaciones apuntan a un origen orgánico del trastorno, todavía se carece de un modelo consensual que explique su variada sintomatología clínica, por lo cual se clasifica dentro de los “trastornos funcionales” y no puramente “orgánicos”. En vista de que los síntomas positivos de la esquizofrenia son atenuados por medicamentos adecuados, se reconoce implícitamente una base no sólo funcional, sino también neurológica del trastorno. Además, se sabe con certeza que en la esquizofrenia aparece un exceso de dopamina, un neurotransmisor cerebral (Bachneff, 1991).

El término “paranoia” se deriva del griego, de “para” y “noos” y hacía referencia en principio, a la existencia de una mente junto a la propia, representando lo que hoy entendemos por locura. Fueron Neumann y principalmente Heinroth los que introdujeron el concepto de paranoia en la psiquiatría, para designar una perturbación intelectual que cursaba con exaltación. Posteriormente, todavía en la primera mitad del siglo XIX, es Esquirol el primero que describe la condición paranoide tal como la entendemos hoy día (Esquirol, 1820).

En el DSM-IV especifica siete tipos, añadiendo el mixto a los ya existentes en el DSM-III R, cuyos delirios se caracterizan por poseer características de más de uno de los otros tipos sin que predomine ninguno. Aunque las dos últimas clasificaciones de la

A.P.A. requieran una duración superior a un mes, no hay ningún consenso en la literatura en relación a la duración exigida para el diagnóstico. En contraposición, la Clasificación Internacional de las Enfermedades (C.I.E.), en su décima edición, pide una duración de tres meses para realizar el diagnóstico de trastorno de ideas delirantes, que equipara a la Psicosis Paranoide clásica.

El término paranoia fue utilizado para catalogar a un grupo de personas en las que sobresalen sentimientos de ser perjudicados, maltratados, perseguidos o humillados (Sander, 1868). No fue hasta pasados tres lustros que se retoma el término demencia precoz y se hace una descripción de esta condición mental cuya descripción aún tiene vigencia. Pone de manifiesto su inicio temprano, su evolución hacia el deterioro y su oposición a la psicosis maniaco-depresiva en donde éste no existe: En este sentido se identifican tres subgrupos: paranoide, catatónica y hebefrénica. (Krepelin, 1896). Clásicamente este tipo de esquizofrenia se caracteriza por la presencia de delirios de persecución o de grandeza. El típico esquizofrénico paranoide es suspicaz, desconfiado y reservado. También puede ser agresivo u hostil. Es capaz de comportarse adecuadamente en algunas situaciones sociales y mantiene su inteligencia en aquellas áreas no invadidas por la psicosis.

Líquido Cefalorraquídeo

Antes de proceder a definir el líquido cefalorraquídeo, es importante señalar que en los pacientes esquizofrénicos pueden ocurrir alteraciones en la conformación cerebral. En términos generales, se dice que una alteración es el cambio que se presenta en la esencia o forma de una cosa. Para efectos de esta investigación se refiere a las

alteraciones que ocurren en el esquizofrénico paranoide a causa del aumento del líquido cefalorraquídeo y ventrículos laterales, que se manifiesta en la percepción o interpretación de la realidad que le circunda, y en la conducta.

De hecho, el líquido cefalorraquídeo es un líquido color transparente que baña el encéfalo y la médula espinal. Circula por el espacio subaracnoideo, ventrículos cerebrales y el canal medular central sumando un volumen entre 100 y 150 ml, en condiciones normales. Este mantiene flotante el encéfalo actuando como amortiguador, sirve de vehículo para transportar los nutrientes al cerebro y eliminar desechos, fluye entre el cráneo y la médula espinal para compensar los cambios de sangre intracraneal, manteniendo una presión constante (Pera, García, 1996).

Esto se relaciona con el estudio, ya que algunos autores como DSM- IV afirman que en los pacientes con esquizofrenia paranoide el aumento del líquido cefalorraquídeo es evidente, especialmente en los ventrículos laterales. Estos son dos cavidades dispuestas simétricamente a los lados de la línea media, que se extienden longitudinalmente desde el lóbulo occipital al frontal. Cada una de ellas empieza en el lóbulo frontal, dirige de nuevo hacia atrás, hasta el polo posterior del tálamo óptico, lo rodea de arriba abajo y se dirige de nuevo hacia delante, hasta el extremo anterior del lóbulo temporal. A nivel del polo posterior del tálamo óptico, donde el ventrículo cambia de dirección, da origen a una prolongación horizontal que se introduce en el lóbulo occipital. Por lo tanto cada ventrículo consta de tres porciones: el asta anterior o frontal, el asta posterior u occipital y el asta inferior. Además las tres astas convergen en una cavidad única, a nivel del extremo posterior del tálamo óptico, llamada entrecruzamiento ventricular.

Algunos autores afirman que el agrandamiento progresivo de los ventrículos laterales, reducciones en las sustancias blanca y gris de los lóbulos frontal y temporal, entre otros hallazgos en los cerebros de pacientes con esquizofrenia no descarta un proceso neurodegenerativo, por lo que sigue siendo estudiada bajo esa premisa, como la enfermedad de Parkinson y la depresión. El deterioro estructural podría ser consecuencia de la esquizofrenia o una causa predisponente. Se ha prestado atención especial al papel de la dopamina en las neuronas de la vía meso límbica del cerebro (Bachneff, 1991).

Una teoría influyente, conocida como la hipótesis dopamina de la esquizofrenia, propone que el exceso de activación de los receptores D_2 es la causa de los síntomas positivos de la esquizofrenia. Aunque se postuló la teoría durante unos 20 años, basada en el bloqueo D_2 (que es el efecto común de todos los antipsicóticos), no fue sino hasta mediados de los años 1990 que estudios de imágenes provenientes del TEP y TEPS proporcionaron pruebas en su favor, verificando un aumento de receptores dopaminérgicos en esquizofrénicos (Kandel, 2007 y Jones, 2002). Actualmente se piensa que la hipótesis de la dopamina es excesivamente simplista debido a la aparición de fármacos más nuevos llamados anti psicóticos atípicos, como la clozaina, pueden ser igualmente eficaces que los anti psicóticos típicos, que son más antiguos. Los anti psicóticos atípicos tienen la cualidad de afectar la función de la serotonina y puede que tengan un efecto menor en el bloqueo de la dopamina. Esto ha llevado a plantear la hipótesis serotoninérgica de la esquizofrenia, en la que se presume que este neurotransmisor también juega un papel importante en su afección. Las hipótesis propuestas para explicar el papel de la serotonina en la esquizofrenia hacen referencia a alteraciones en la función de la serotonina durante el desarrollo del sistema nervioso

central, la activación de la corteza pre frontal por medio de un receptor 5HT_{2A} que está alterado, o bien a una interacción aberrada entre la dopamina y la serotonina. Mientras tanto, hallazgos por parte de Williams y colaboradores (1990), apuntan a una vinculación entre una variabilidad genética del receptor de la serotonina y la esquizofrenia, sin embargo, su presencia no es suficiente como para poder causarla.

También ha habido hallazgos relacionados con diferencias en el tamaño y la estructura de determinadas áreas cerebrales en la esquizofrenia. En el 2006 se realizó un estudio de resonancia magnética nuclear de todo el cerebro mediante el cual se reveló, que el volumen del hipocampo y la amígdala se ven reducidos y que el volumen ventricular se incrementa en pacientes con un primer episodio psicótico en comparación con controles sanos. El promedio de los cambios volumétricos en estos estudios son, sin embargo, cercanos al límite de detección de la metodología de la resonancia magnética, por lo que queda por determinar si la esquizofrenia es un proceso neurodegenerativo que comienza aproximadamente en el momento de la aparición de los síntomas, o si se caracteriza mejor como un proceso de neuro-desarrollo anormal del cerebro que produce como resultado un volumen anormal a una edad temprana (Donnoli, 1999, 2010; Goldner, 2002).

Un hito importante para la neuropsicología, la psicología, la medicina y la neuroanatomía fueron los trabajos en el siglo XIX de Paul Broca y Carl Wernicke. El primero de ellos estudió el cerebro post mortem de sujetos que tenían en común una alteración en la expresión del lenguaje, que él denominó "afemia" y que hoy día se conoce como afasia (Junqué et al., 2004). Evaluando el cerebro de estos sujetos identificó una zona de lesión común localizada en la región lateral del lóbulo frontal del hemisferio

izquierdo, y que se corresponde con la tercera circunvolución frontal izquierda. Los hallazgos clínicos y la investigación posteriores confirmaron esta neuropatología. La región relacionada con el habla descrita por Paul Broca se conoce actualmente como área de Broca y el trastorno del lenguaje derivado de su lesión se denomina afasia de Broca (Mulero et. al., 2010).

La segunda gran aportación teórica y neuroanatómica asumida como una referencia para la neuropsicología fueron los trabajos de Carl Wernicke. Sus estudios aportaron nuevas perspectivas para entender los sistemas cerebrales responsables de las distintas dimensiones del lenguaje. Además, Wernicke elaboró un modelo explicativo más complejo de la neuropatología de los distintos tipos de afasias. Las investigaciones posteriores confirmaron que esta región está relacionada con la comprensión del lenguaje y con algunos aspectos sensoriales de su procesamiento. Esto quiere decir que la baja actividad pre frontal observada en esquizofrénicos se asociaría con una insuficiente actividad a nivel de las neuronas dopaminérgicas mesocorticales (Davis, 1991).

Al final de los años 70 por medio la tomografía axial computarizada se descubrió un agrandamiento del tercer ventrículo y ventrículo lateral, así como cierto grado de reducción del volumen cortical en algunos esquizofrénicos. Gracias a los pruebas de resonancia las imágenes se pueden apreciar mucho mejor, lo que permitió corroborar los datos antes expuestos. En estudios en gemelos no concordantes para la esquizofrenia se observó que los hermanos afectos tenían mayor dilatación ventricular que los no enfermos. La dilatación ventricular no es un proceso progresivo, sino que está presente desde el inicio de la enfermedad (Donnoli, 1999, 2010, Goldner, 2002).

Observaciones efectuadas con R.N.M. muestran hipoplasia; ensanchamiento de surcos y cisuras. Del mismo modo, estudios realizados con P.E.T. han mostrado una disminución de la actividad a este mismo nivel. Otro interesante hallazgo es la ausencia de tejido cicatricial del cerebro, como respuesta a la pérdida neuronal. Esta pérdida es solo observable en condiciones normales en el cerebro fetal inmaduro, lo que probablemente indica que la lesión cerebral en la esquizofrenia se produce en este periodo, cuando el S.N.C se está desarrollando. Por último, otro de los descubrimientos que han llamado la atención de investigadores es el mayor número de anomalías físicas y anormalidades en los dermatoglifos, derivadas posiblemente de una alteración del desarrollo ectodérmico. Se han descrito anomalías funcionales en una mente en esquizofrénicos crónicos, aunque los resultados son controvertidos (American Psychiatric Association, 1994).

Parece demostrado que los pacientes esquizofrénicos nacen de una forma anormalmente alta durante los meses de invierno, apoyando la hipótesis de que algún factor ambiental actúa en la época fetal desnivelando los índices. Se ha sugerido que el virus influenza tiene un papel en la patogenia de la enfermedad, actuando al final del primer y al principio del segundo trimestres del embarazo. Un estudio reciente de O'Callaghan y Shamp (1994) valoró la influencia de 16 enfermedades infecciosas en la aparición de nacimientos de futuros esquizofrénicos. Se comparó el número de pacientes esquizofrénicos nacidos en un período de tiempo concreto y el número de muertes por cada una de estas enfermedades. Solo se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la bronconeumonía y nacimientos de esquizofrénicos cinco meses después.

Parecen existir evidencias que apuntan a algunas dificultades obstétricas como factor de riesgo, al menos en algunas formas de esquizofrenia (Macneil, 1988; Dykes, 1991). Pacientes con elevado riesgo genético y con historia de importantes complicaciones en el parto tienen más probabilidades de presentar agrandamiento del tercer ventrículo, junto a un perfil predominante de síntomas negativos. Sin embargo, no se puede olvidar que muchas de estas complicaciones tienen su origen en la vida fetal, como señala el hecho de que un bajo peso al nacer sea considerado por algunos estudios como factor de riesgo para la esquizofrenia. Rifkin (1994) encontró que un peso al nacer por debajo de los 2.500 gramos es significativamente más frecuente en pacientes esquizofrénicos que en pacientes con psicosis afectivas y que, como ya se sugería, los pacientes esquizofrénicos poseen una media de peso al nacer, tomando en cuenta todas las variables socio demográficas, por debajo de la población general. Para explicar este hecho, estudios neuropatológicos indican que existiría una alteración en el desarrollo prenatal en al menos algunos niños que posteriormente desarrollaron una esquizofrenia (Waddington, 1993), desconociéndose la causa de esta alteración.

Los estudios de adopciones son un medio ideal para diferenciar los factores genéticos de los ambientales. Uno de los problemas con este tipo de trabajos es que no aclaran que tipo de factores ambientales están influyendo, sino que tan solo llegan a dar una visión general. Dentro de este tipo de estudios destacaremos a: Heston (1966), Rosenthal (1968) y Tienari (1994) estudiaron a niños adoptados de padres esquizofrénicos comparados con un grupo control compuesto por niños adoptados de padres no esquizofrénicos, encontrando un exceso de individuos esquizofrénicos en el primer grupo, así como un exceso de personalidad antisocial y trastornos neuróticos.

Ketty y cols. (1975) comparan a niños adoptados que desarrollaron una esquizofrenia con un grupo de niños adoptados que no eran esquizofrénicos. Se observó que la tasa de la enfermedad era mayor entre los familiares biológicos de los afectados de esquizofrenia que entre los familiares de los controles, lo que apoyaría la hipótesis genética. Wender y cols. (1974) compararon a niños adoptados por padres esquizofrénicos con controles de niños adoptados por padres no esquizofrénicos, no encontrándose diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo, en este último estudio las diferencias encontradas solo se manifestaban en las familias cuyo ambiente había sido etiquetado de problemático, apuntando a que el impacto de una relación familiar defectuosa sería mayor en la presencia de un genotipo apropiado. Aunque diversas investigaciones han demostrado la importancia de los factores genéticos, parece demostrado que la esquizofrenia no muestra un patrón mendeliano simple de herencia.

Desde los estudios de Brown y Birley (1968) en los que se sugerían que los acontecimientos vitales jugaban un papel importante en la precipitación de brotes de esquizofrenia, muchos estudios han abordado este tema en profundidad. Los acontecimientos vitales precederían de una forma superior a lo normal a las recaídas de pacientes sin tratamiento más de un año y a los pacientes que nunca habían sido tratados. No parecen ejercer influencia en los periodos siguientes la interrupción de la medicación ni en los posteriores a la recuperación tras un alta hospitalaria. Desde 1968, varios estudios han intentado valorar el rol de los acontecimientos vitales en las recaídas de la esquizofrenia. Dos de estos sugieren que solo los acontecimientos vitales que ocurren pocas semanas antes de las crisis son importantes etiológicamente.

Mientras que Day (1987) y Ventura (1989) no encontraron una relación causal, ya que aunque la esquizofrenia puede desarrollarse en cualquier individuo, es más frecuente que aparezca sobre personalidades con algunos rasgos concretos. Los rasgos más característicos son el aislamiento social y emocional. Todavía no ha sido posible determinar si los rasgos esquizoides son una expresión estable del genotipo esquizofrénico o el resultado del desarrollo insidioso de la enfermedad subyacente, o si simplemente son rasgos que hacen al individuo más vulnerable frente al estrés ambiental implicado en la aparición de la esquizofrenia. El motivo de esta falta de conocimientos concretos es la dificultad para estudiar los rasgos de personalidad retrospectivamente.

Las alucinaciones auditivas en forma de voces son las más comunes, siendo raras las visuales, olfativas, gustativas y táctiles en ausencia de las primeras. Estas se presentan como ruidos, música, palabras aisladas, frases cortas o conversaciones complejas. Las voces escuchadas pueden ser únicas o múltiples, masculinas o femeninas, de personas conocidas o desconocidas. Normalmente reflejan el estado de ánimo, las esperanzas, miedos y preocupaciones del paciente. Le incitan a suicidarse, le dicen que es homosexual, se ríen de él, le advierten de que va a ser asesinado o le prometen protegerlo. Las alucinaciones esquizofrénicas frecuentemente tienen una calidad intermedia entre una percepción genuina y un pensamiento. El paciente la describe como una voz interior o como un pensamiento que escucha a través de sus oídos aunque provenga de la mente. También se considera muy característico el eco o sonorización del pensamiento (repiten en voz alta los pensamientos del paciente) (American Psychiatric Association, 1994).

Estas alteraciones perceptivas pueden ser poco intrusivas para el sujeto o pueden ser tan insistentes que provoquen que la actividad del paciente durante la mayor parte del día vaya encaminada a responder y obedecer a las voces. En cuanto a las alucinaciones visuales, su contenido varía desde flashes de luz o color hasta formas complejas de gente y situaciones. Son los síntomas fundamentales de la esquizofrenia. Pueden dividirse en trastornos del contenido, de la forma y del curso del pensamiento. También son comunes los delirios de persecución, el individuo es seguido por vehículos de policía, se siente espiado en el lavabo, está convencido de que las paredes de su dormitorio son atravesadas por rayos gamma o de que se añaden hormonas a su comida. Las ideas delirantes más características y con significación diagnóstica son la difusión del pensamiento (por algún mecanismo sus pensamientos son conocidos inmediatamente por otras personas), robo del pensamiento (sus ideas son sustraídas), inserción del pensamiento (se introducen en su mente pensamientos ajenos a él) e ideas de control (el sujeto siente que no controla sus propios pensamientos o sensaciones y que alguna fuerza externa o individuo intenta dominarle, con una actitud pasiva por parte del paciente (American Psychiatric Association, 1994).

Como dato interesante destacaremos algunos datos de investigaciones recientes que validan nuestra posición con respecto a los niveles de líquido cefalorraquídeo. En la mayoría de los casos sobre esquizofrenia realizados mediante resonancia magnética nuclear se informaron índices elevados de líquido cefalorraquídeo, así como ensanchamiento de los surcos y agrandamiento ventricular Narr, Bilder et. al. (2006). Este aumento también se observó en pacientes que no habían sido tratados con antipsicóticos. También se reflejó un agrandamiento acelerado durante el comienzo de la

enfermedad. En varias investigaciones se analizaron los cambios de tamaño ventricular. El agrandamiento más frecuente fue el del agrandamiento de las prolongaciones superior y temporal del hemisferio izquierdo. De acuerdo con los autores citados, en ningún estudio previo se investigaron los cambios morfológicos localizados en los ventrículos laterales en el primer episodio de esquizofrenia. Los resultados de las últimas investigaciones coinciden con hallazgos previos sobre el agrandamiento progresivo de los surcos cerebrales en etapas tempranas de la enfermedad y el aumento significativo de líquido cefalorraquídeo en la esquizofrenia crónica.

La teoría de la investigadora queda validada con estos resultados puesto que si es en esta área que se producen los aspectos de percepción, los mismos se afectan por los niveles excesivos del líquido cefalorraquídeo y por consiguiente el agrandamiento de los ventrículos laterales. Si lográramos controlar dichos niveles, no se vería afectada ésta área, por consiguiente, con la ayuda de algún fármaco que nivele ambos, el paciente no sufriría más deterioro en su capacidad mental y se le podría tratar bajo la teoría de adaptación de Callista Roy. Los estudios han confirmado el déficit cognitivo, las alteraciones estructurales y funcionales, la hipótesis dopaminérgica y las alteraciones en la sustancia blanca, entre otros muchos hallazgos; sin embargo, todavía quedan muchas dudas y discrepancias por resolver en cuanto a los hallazgos de la neuroimagen en la esquizofrenia. Podríamos ensamblar distintas técnicas de neuroimagen con estudios de genética y farmacoterapia, y nos permitiría obtener un conocimiento más amplio de la fisiopatología de la esquizofrenia (Cuevas, Campayo, et.al, 2011).

Resumen

La revisión de literatura presentada, evidencia la importancia del proceso de adaptación social de los pacientes psiquiátricos y la importancia de que el personal de la salud tenga conocimiento sobre el particular. Las investigaciones más recientes señalan que este proceso de inadaptación se debe a un problema de percepción que sufre el paciente paranoide y que a su vez es provocado por el aumento del líquido cefalorraquídeo. El uso de estrategias y tratamientos que logren disminuir el mismo pueden ayudar al paciente a adaptarse mejor. La teoría de Sister Callista Roy sirve de marco para que el profesional de la enfermería asuma un rol protagónico en este proceso y ayude al paciente con esquizofrenia paranoide a retornar a su entorno social con las herramientas necesarias de apoyo para que logre la adaptación social deseada.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Introducción

En este capítulo se describe la metodología que utilizó la investigadora para desarrollar el estudio. Incluye el diseño del estudio, la descripción de la población y la selección de la muestra. Además, incluye la descripción del instrumento a utilizado y su validación, igualmente, explica el procedimiento y el análisis estadístico a llevado a cabo.

Diseño

El diseño del estudio es descriptivo. Esto se debe a que la intención de la investigadora es describir la variable adaptación del paciente esquizofrénico a su entorno social, y determinar si de algún modo existen factores que afectan esta adaptación.

Población

La población de esta investigación fueron pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide que reciben servicios psicológicos y psiquiátricos en una institución psiquiátrica en la zona metropolitana de San Juan, en este caso, dicha institución posee unos 30 pacientes en la unidad donde atienden este tipo de diagnóstico que le interesa a la investigadora. Esta institución trabaja todo tipo de situación emocional. Evalúa al paciente por primera vez para darle la recomendación más adecuada según su situación; ya sea Programa de Hospitalización Parcial donde el paciente asiste a tomar terapias por ciertas horas diariamente o lo que el paciente necesita en base a la recomendación clínica.

Selección de la muestra

Para efectos de esta investigación se orientaron a todos los pacientes adultos que reciben servicios en dicha institución diagnosticados con esquizofrenia paranoide. La población contempla las tres áreas antes mencionadas. La muestra estuvo constituida por 20 pacientes adultos para un 67% de representatividad de la población bajo estudio, específicamente de la unidad donde están siendo tratados estos pacientes.

Los criterios para la selección de la misma eran:

1. Ambos géneros
2. Mayores de 21 años
3. Con diagnóstico de esquizofrenia paranoide

Los criterios para la exclusión de la muestra eran:

1. Menores de 21 años
2. Pacientes con otros diagnósticos que no sean esquizofrenia paranoide

Instrumento

Para efectos de este estudio se utilizó un cuestionario desarrollado por la investigadora a base de la revisión de literatura relacionada con el tema. El cuestionario cuenta de tres partes. La primera parte mide los datos sociodemográficos, la misma tiene cuatro premisas (género, estado civil, edad, escolaridad). La segunda parte mide el historial del paciente. La misma está compuesta por 10 premisas relacionadas con el tratamiento y la evolución de la enfermedad bajo estudio. La tercera parte mide el proceso de rehabilitación del paciente (adaptación). La misma se compone de 12

premisas, las cuales van dirigidas a medir el proceso de adaptación del paciente y aquellos aspectos que le han facilitado este proceso. En cada una de estas partes mencionadas el participante marcaba las alternativas provistas con una (X), según la que correspondía. Para luego ser tabulada, haciendo uso de estadística descriptiva (frecuencia, promedio y porcentaje).

Validación del instrumento

La validez indica el grado de precisión con que un instrumento mide lo que se supone debe medir. Se determina de acuerdo al propósito del instrumento. Los instrumentos de esta investigación fueron validados de acuerdo al contenido, constructo y criterio. La validez de contenido se refiere a cuán bien está el contenido del instrumento. Los conceptos y las preguntas corresponden al asunto o problema que se desea investigar (Samperi, 2001). El constructo indica algo que no es medible directamente, pero que explica efectos observables. Se refiere a la conceptualización teórica científica que se desarrolla o establece para definir y clarificar los aspectos fundamentales de la conducta humana (grado de atención). El criterio es cuando el alcance o grado de los resultados del instrumento se relacionan o se comparan con otra medida de ejecución.

Para validar los instrumentos procederemos primeramente a ponerlo ante la consideración de cinco expertos en la materia. En este proceso los expertos solicitaron más tiempo para el proceso de revisión y validación. No se recibieron recomendaciones, ya que las mismas las consideraron apropiadas para el propósito por el cual fueron diseñadas. Las mismas se incluyen en el apéndice de esta investigación.

Resultados de la validación

La validación fue realizada por cinco profesionales uno en el área de la salud. Los datos obtenidos en la validación evidenciaron que el 100% de los especialistas concluyeron que el instrumento bajo análisis reúne los criterios para medir las variables del estudio. Los jueces indicaron que había que hacerle correcciones de tipo estética y de gramática a algunas palabras u oraciones. Específicamente, indicaron que en vez de colocarla en premisas individuales en la primera parte de la sección II, se colocara en forma de tabla y que se cambiaran las instrucciones a base de este cambio. El 100% de los jueces indicó que las premisas incluidas en el cuestionario median la variable del estudio, y no hicieron recomendaciones para incluir o eliminar ninguna de ellas. Para hacer el cálculo de validación, se utilizó la fórmula propuesta por Lawshe, quien desarrolló un modelo matemático que utiliza la opinión de una muestra de jueces con el objetivo de identificar si el ítem es pertinente o no para el medir el constructo bajo estudio. La fórmula se presenta a continuación:

$$CVR = \frac{n_e - N}{N}$$

Al hacer el cálculo para determinar la validez el mismo alcanzó el máximo de la puntuación requerida que en este caso fue de un 0.99. Cabe señalar que este resultado debía ser comparado con la tabla de valores mínimos desarrollada por Lawshe una vez el panel de experto terminaba de expresar si las premisas que se incluían en el estudio eran esenciales o no y si en realidad median la variable del estudio (ver tabla 1). Los datos fueron tabulados de acuerdo a las escalas de medición determinándose que los reactivos y la escala para ambas variables proveen para medir la variable de estudio.

Tabla 1. Cálculo del índice de validez de contenido.

Número de jueces	Índice de validez de contenido
5	0.99
6	0.99
7	0.99
8	0.75
9	0.78
10	0.62
11	0.59
12	0.56
13	0.54

Nota: Tomado de Lawshe, C.H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28, 563-575.

Procedimiento

1. Se sometió el estudio para la aprobación del Comité de Derechos Humanos (IRB) del Sistema Ana G. Méndez (SUAGM).
2. Mediante entrevista y comunicación escrita se solicitó a la Directora de Enfermería del hospital seleccionado la autorización para realizar el estudio.
3. Una vez aprobado el estudio por el IRB, y por la institución seleccionada, se procedió a coordinar con la Directora de Enfermería, el plan de reclutamiento de los posibles candidatos a formar parte del estudio.
4. Una semana antes del proceso de reclutamiento, según acordado con la administración del hospital, se colocó un anuncio en la unidad psiquiátrica donde se tratan los pacientes con esquizofrenia en la institución seleccionada. El anuncio fue puesto en el "boletín board" de la unidad donde regularmente ambulan los pacientes y es el lugar donde el personal le publica las actividades diarias a

realizar. El anuncio indicaba la fecha en que se iba a llevar a cabo el estudio y el lugar.

5. Pasada la semana la investigadora procedió a ubicarse durante el horario de 10am a 11am en el salón conferencia de la unidad donde estaban hospitalizados los pacientes, para esperar por aquellos que respondieron al anuncio. En dicha reunión solo estarán los pacientes que sufren de esquizofrenia paranoide.
6. Una vez llegaran los pacientes, la investigadora procedió a presentar el estudio a los presentes. El personal administrativo de la institución no estuvo presente durante el reclutamiento ni durante el proceso del estudio. Tampoco estuvieron presentes en la sala otro personal de salud ni otros pacientes que no formaron parte del estudio, aunque un enfermero práctico estuvo observando desde un cristal que da hacia el salón para cualquier situación que pudiera surgir con alguno de los pacientes (esto es requisito de la institución). Los pacientes que participaron en el estudio estaban en una unidad sub-aguda, es decir, que ya han estado en tratamiento por más de 10 días y han estado en terapias de grupo y rehabilitación y de ajuste social. Además, muchos de estos pacientes ya habían sido dados de alta, habían estado trabajando o habían estado en su hogar conviviendo con su familia, ya que esta unidad donde se encuentran tiene esos criterios para admitirlos. Los pacientes que estaban hospitalizados en dicha unidad son pacientes que por circunstancias hubo que ajustar el tratamiento; estaban ofreciéndoles terapias rehabilitativas o se encontraban en un programa de desvío para ajustarlos a su vida social. Por lo tanto, estos pacientes NO son peligrosos, NO tienen conductas exacerbadas y NO están en una fase aguda del tratamiento de su condición mental.

El comportamiento exhibido por los pacientes en esta fase es uno normal, no se esperaba que tuvieran conductas agresivas ni aberrantes, durante el estudio. De hecho, no ocurrió ningún incidente durante todo el proceso de estudio.

7. No obstante, de haber ocurrido cualquier evento, el enfermero práctico que estaba observando la actividad fuera del salón a través de un cristal como norma de seguridad de la institución, notificaría al equipo de respuesta rápida para manejar pacientes en crisis y retiraría el mismo para que recibiera el tratamiento apropiado de ser necesario. Esto no fue necesario.
8. A los presentes en la reunión se les hizo claro que el estudio era voluntario y no se le daría incentivo monetario alguno por participar en el mismo.
9. Se les informó que el riesgo en participar en el estudio era mínimo, ya que el estudio consistía en llenar un cuestionario. Los riesgos identificados para este estudio podían ser cansancio leve, aburrimiento y ansiedad leve.
10. Aquellos que estuvieron de acuerdo y consintieron en participar voluntariamente, se quedaron en el salón antes mencionado y le fue entregado el consentimiento para ser firmado por los mismos. Por el contrario, los pacientes que no desearon participar se podían retirar del salón sin temor a represalias de parte de la investigadora ni de parte del personal de salud. Se le hizo claro que la participación o no en el estudio para nada afectaría el tratamiento del cual participaban en la institución y que seguirían con los mismos derechos, privilegios y responsabilidades. Solo aquellos que firmaron el consentimiento formaron parte del estudio. Una vez firmado el consentimiento este fue guardado en un sobre, el cual fue sellado por los participantes, previo a entregarlo a la investigadora. De

hecho en el proceso de reclutamiento la investigadora esperaba reclutar 15 sujetos, pero la motivación de los presentes fue tal, que hubo que reclutar 20 sujetos, superando las expectativas en este renglón del estudio, proceso que según Polit y Hungler (2000) se puede dar en una investigación y resulta positivo, ya que hay mayor representatividad. Los investigadores cuando se les presenta la oportunidad de que exista una mayor representatividad no pueden perder esta oportunidad, pues a mayor representatividad más fiel y exacto pueden ser los resultados esperados.

11. Una vez guardados los consentimientos en dichos sobres sellados, se procedió a la entrega de los cuestionarios a los sujetos presentes. Dicho cuestionario fue entregado en un sobre sin identificadores. Se les enfatizó a los participantes que los datos individuales y finales recolectados en este cuestionario han de ser compartidos con la administración del hospital. Se les hizo claro que los datos que se presentarían a la administración es un resumen de los resultados, que sería presentado en forma de gráficas y es de tipo numérico, donde era y es imposible identificar a ninguno de los participantes. Se enfatizó durante la presentación del estudio que no podían colocar su nombre ni nada que identificara a los participantes en el cuestionario. Este proceso se llevó a cabo en estricta confidencialidad y privacidad, respetando la decisión del sujeto en formar parte o no del estudio.

12. La investigadora del estudio estuvo disponible para aclarar dudas durante todo el proceso.

13. Una vez contestado el instrumento por los participantes, estos los entregaron a la investigadora en el sobre sellado provisto para este propósito para su tabulación y análisis.
14. Los cuestionarios y los consentimientos son custodiados por la investigadora, esta los mantendrá por cinco años bajo llave en un archivo en su residencia principal, nadie tendrá acceso a dichos documentos.
15. Luego de concluido los 5 años se procederá a destruir los cuestionarios y consentimientos, mediante el proceso de trituración de papel (con una trituradora).

Protección de derechos humanos

La investigadora para apoyar y formar parte de un proceso ético y correcto durante su estudio de investigación tomó las certificaciones del IRB, HIPAA y RCR relacionados con las leyes federales de confidencialidad y protección de los derechos humanos. Para garantizar la protección de los sujetos, se observaron los principios de confidencialidad y protección de la identidad. Se le explicó a los sujetos que su participación en la investigación era voluntaria y que el riesgo de completar el instrumento se consideró mínimo. El único riesgo potencial de los participantes era sentirse cansados levemente, aburridos y con ansiedad leve al contestar el instrumento.

Durante el reclutamiento la investigadora proveyó a los participantes la información necesaria para garantizar la participación voluntaria, por conveniencia y la cantidad determinada de los participantes. El consentimiento informado describía el propósito del estudio, cuán largo era el instrumento y el tipo de preguntas que se realizarían. La aprobación del estudio se hizo por medio del Comité de Derechos

Humanos (IRB) del Sistema Universitario Ana G. Méndez (SUAGM) y se esperó por la autorización de parte del hospital donde se llevó a cabo el estudio para la administración del cuestionario. El (La) participante podía retirarse del estudio en el momento cuando este lo deseara, sin ser cohasionado por la investigadora y sin el temor a ninguna represalia. Se le explicó de antemano el beneficio potencial de formar parte de la investigación y la importancia de la misma, ya que los(as) participantes no iban a recibir compensación económica. La investigadora estuvo disponible en todo momento para contestar preguntas o dudas sobre el estudio. De recibir algún daño los participantes serían atendidos sin costo alguno en las facilidades clínicas que determinara el Sistema Universitario Ana G. Méndez (SUAGM). De hecho, el riesgo de participar en esta investigación era mínimo, ya que consistía en llenar un cuestionario. Una vez contestado el instrumento por los participantes entregaron el mismo a la investigadora en un sobre sellado para su tabulación y análisis.

Además, de entender los participantes, que le hubiesen sido violados sus derechos se le proveyó el número de teléfono del IRB del SUAGM para que se comunicaran cuando estos lo desearan. La investigadora proveyó su número de teléfono para cualquier duda o pregunta que surgiera de parte de algún participante luego de haber formado parte del estudio y concluido el proceso de recolección de datos en el hospital bajo estudio. Una vez recolectado los cuestionarios, los mismos fueron custodiados por la investigadora. El consentimiento fue guardado en sobre sellado separado de los instrumentos para garantizar la objetividad y pureza del proceso. Esto con la idea de que la información provista en el consentimiento como fechas y firmas no se conectara con la información provista por los participantes en el cuestionario durante y después de la

investigación. Ambos, documentos fueron guardados bajo llave en un archivo por cinco años en la residencia principal de la investigadora; tiempo máximo determinado por el IRB del SUAGM para este tipo de estudios. Una vez concluido los cinco años los documentos serán destruidos utilizando una trituradora de papel. El estudio está garantizado, por lo que se les asegura a los participantes por adelantado la revisión periódica de las medidas apropiadas para proteger sus derechos, bienestar y dignidad como seres humanos que participan en un estudio de investigación.

Análisis estadístico

El análisis de los datos de esta investigación se realizó mediante la estadística descriptiva. A estos efectos se aplicó el análisis de frecuencia, promedio y por ciento. Además, los resultados serán expuestos a través del diseño de tablas y gráficas según sea pertinente. Estos análisis contribuyeron a contestar los objetivos de investigación y por consiguiente al problema bajo estudio. Según Polit y Hungler (2000) la estadística descriptiva es un conjunto de métodos encaminados a la obtención, representación y análisis de observaciones numéricas, con el fin de describir la colección de datos obtenidos del fenómeno de estudio que se está observando.

Resumen

En el capítulo III se presentó la metodología utilizada en el estudio. Por ser un estudio con población vulnerable, se tomaron las provisiones para proteger sus derechos en su participación y por eso el reclutamiento se llevó a cabo por medio de un anuncio y el personal de salud estuvo disponible para cualquier situación que presentara el paciente

durante el estudio. En este capítulo se enfatizaron los procedimientos llevados a cabo, la protección de derechos humanos y el análisis estadístico aplicable para este tipo de estudio.

CAPÍTULO IV

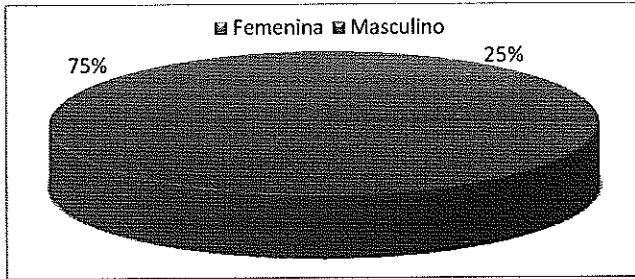
RESULTADOS

Introducción

A continuación se presentan los resultados del estudio, primero los datos generales sociodemográficos, seguido del historial del participante en relación con su esquizofrenia y por último se presentan los datos del proceso de rehabilitación. El propósito de esta investigación era determinar los factores que afectan el proceso de adaptación del paciente esquizofrénico paranoide, de modo que se puedan generar alternativas más eficaces que las implementadas en la intervención y tratamiento de pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide en Puerto Rico. Mientras que los objetivos del estudio eran: 1) Describir el perfil del paciente con esquizofrenia paranoide. 2) Determinar el nivel de adaptación social de los pacientes esquizofrénicos paranoides en Puerto Rico. 3) Identificar los factores que inciden en el proceso de adaptación del paciente con esquizofrenia paranoide.

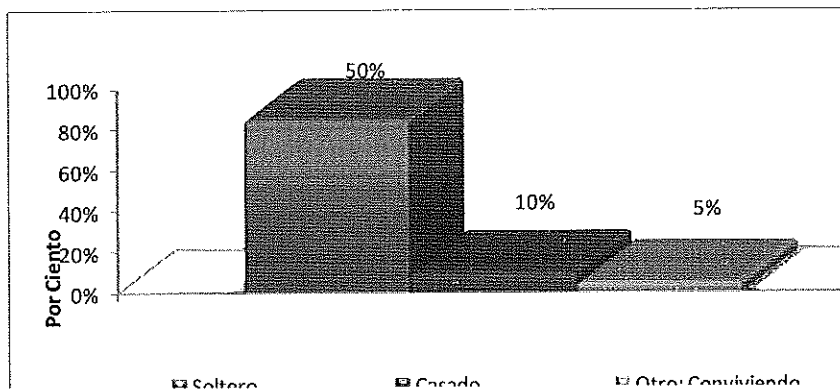
Presentación de los datos demográficos

La muestra estuvo constituida por 20 pacientes adultos con un diagnóstico principal de esquizofrenia paranoide, quienes se encontraban hospitalizados en una institución siquiátrica en la zona metropolitana de San Juan, Puerto Rico. A continuación se presentan los datos demográficos relacionados con el género de los participantes.



Gráfica 1. Distribución de la muestra por género.

En la gráfica 1 se evidencia la distribución de la muestra por género. De acuerdo con los datos, el 75% de los participantes son masculinos, seguido de un 5% que lo compone el género femenino.



Gráfica 2. Distribución de la muestra por estado civil.

La gráfica 2 evidencia la distribución de la muestra por estado civil. De acuerdo con los datos la mayoría de estos son solteros con un 85%, seguido de los casados con un 10%, mientras que solo un 5% conviven.

Tabla 2. Distribución de la muestra por grupo de edad.

Grupo de edad	f	%
21-30 años	4	20
31-40 años	3	15
41-50 años	5	25
51 años o más	8	40
Total	20	100

La tabla 2 muestra la distribución porcentual de los participantes del estudio por edad. De acuerdo con los datos, la mayoría de los participantes tiene 51 años o más con un 40%, seguido de un 25% que posee entre 41 a 50 años, mientras que un 20% tiene entre 21 a 30 años de edad. Finalmente, un 15% de la muestra reportó que tenía entre 31 a 40 años de edad. La edad promedio de la muestra fue de 48 años.

Tabla 3. Distribución de la muestra por preparación académica.

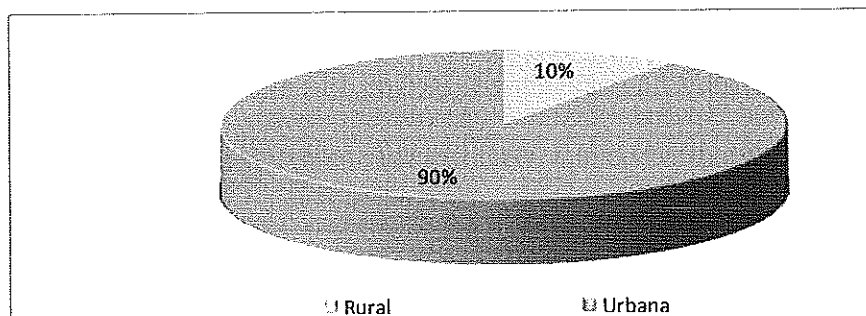
Grado académico	f	%
Escuela elemental	2	10
Escuela Superior	10	50
Grado universitario	8	40
Otro	--	--
Total	20	100

La tabla 3 muestra la distribución de los participantes por preparación académica. De acuerdo con los datos, la mayoría de los participantes, es decir, un 50% posee un

grado de escuela superior, seguido de un 40% que posee un grado universitario. Mientras un 10% indicaron poseer un grado de escuela elemental. No hubo preparación académica en otras categorías.

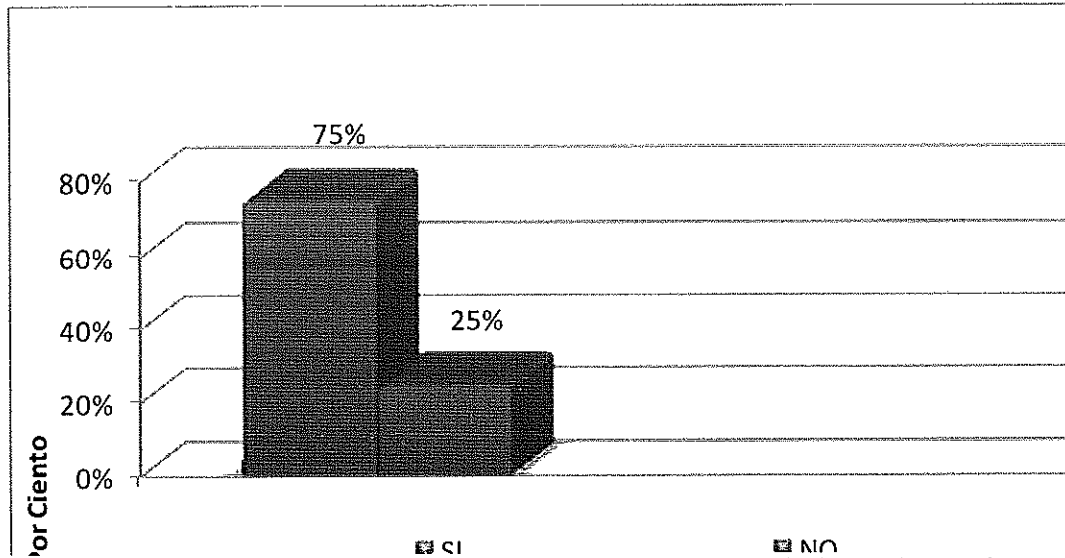
Presentación de los datos sobre el historial del participante

A continuación se presenta el historial del participante relacionado con su condición de esquizofrenia. En esta se presenta el área del hospital, otras condiciones que padece, tiempo que lleva con la condición, tipo de servicios y tratamientos, entre otros.



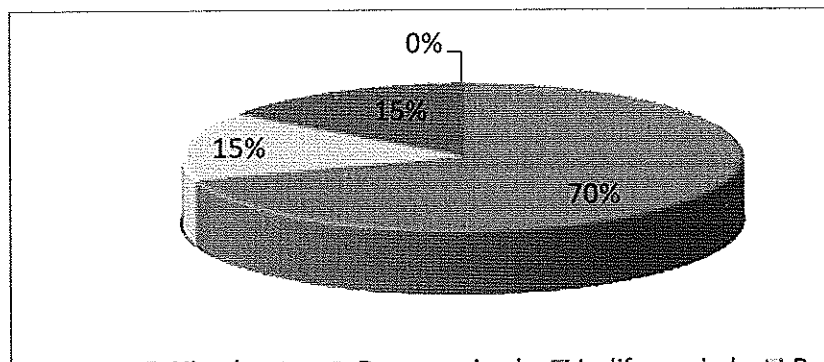
Gráfica 3. Distribución de la muestra por área donde está ubicado el hospital donde recibe servicios.

En la gráfica 3 se presenta la distribución de la muestra por área donde está ubicado el hospital donde recibe servicios. De acuerdo con los datos, los hospitales donde recurren a buscar servicio la mayoría de los pacientes quedan en la zona urbana con un 90%, mientras que un 10% indicó que el hospital se encontraba en la zona rural.



Gráfica 4. Distribución de la muestra si ha visitado otros hospitales en busca de tratamiento.

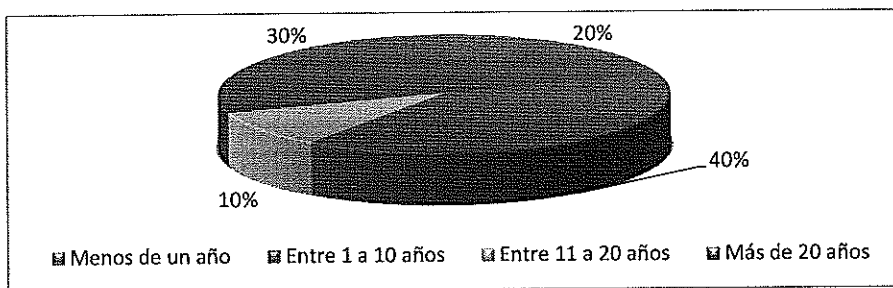
En la gráfica 4 se muestra la evidencia de la distribución porcentual de los participantes, si estos han visitado otros hospitales en busca de tratamiento. De acuerdo con los datos la mayoría de los participantes han buscado tratamiento en otros hospitales con un 75%. El otro 25% indican que no han visitado otros hospitales en busca de tratamiento.



Gráfica 5. Distribución de la muestra si padecen de otro tipo de esquizofrenia.

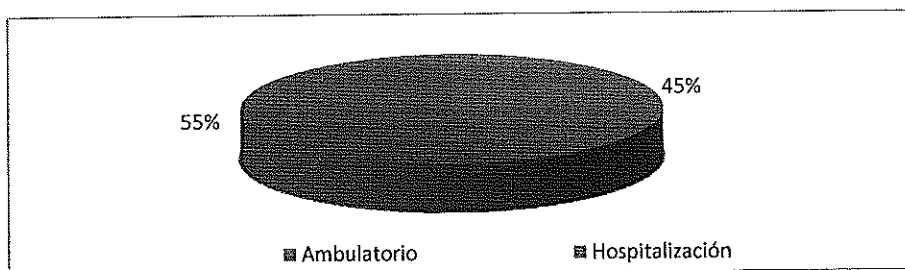
La gráfica 5 presenta la distribución de la muestra si los participantes padecen otro tipo de esquizofrenia, además de la esquizofrenia paranoide. De acuerdo con los

datos, la mayoría de los participantes no padecen de otros tipos de esquizofrenia con un 70%, mientras que un 15% padecen de esquizofrenia desorganizada y la indiferenciada para ambos grupos. Ninguno padece de esquizofrenia residual.



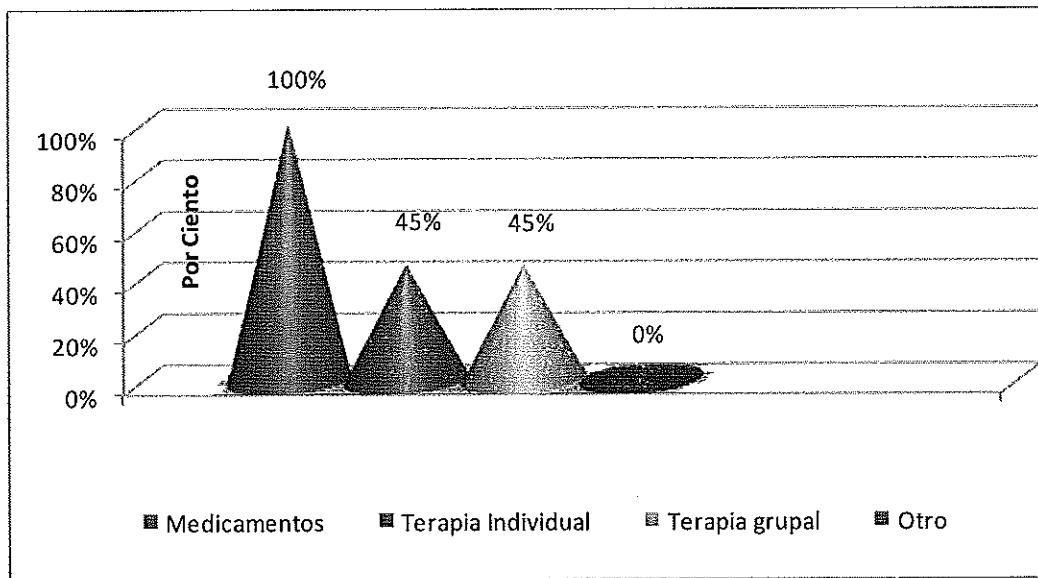
Gráfica 6. Distribución de la muestra por los años que lleva diagnosticado con esquizofrenia.

La gráfica 6 presenta los datos sobre la distribución de la muestra por los años que lleva diagnosticado con esquizofrenia. De acuerdo con lo informado por los participantes, la mayoría de estos lleva entre 1 a 10 años padeciendo de esquizofrenia paranoide con un 40%, seguido de aquellos que padecen de esta condición por más de 20 años, mientras que un 20% lleva sufriendo de esquizofrenia por menos de un año. Finalmente, un 10% indicó que padecía de esta condición entre 11 a 20 años. El promedio de años que los participantes padecen de esquizofrenia fue de 15 años.



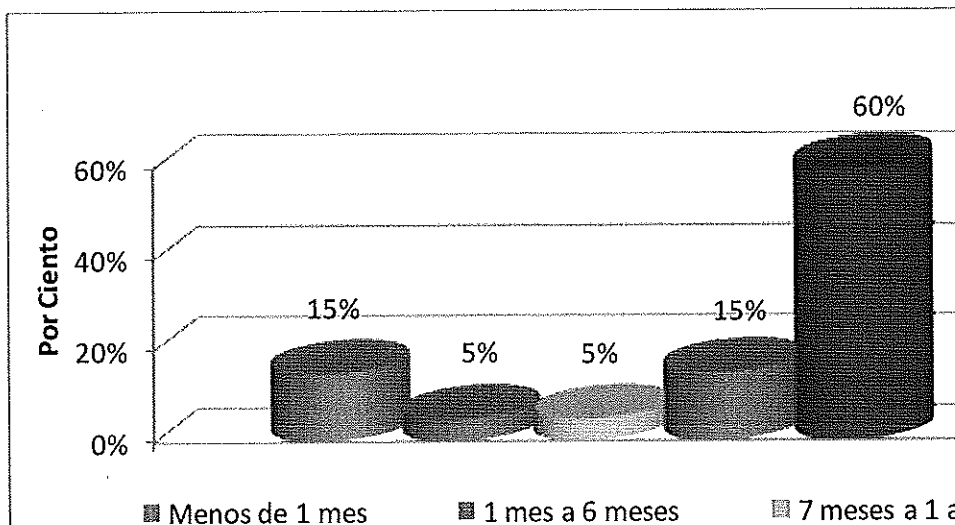
Gráfica 7. Distribución de la muestra por el tipo de servicio que recibe para su condición.

La gráfica 7 evidencia los datos sobre la distribución de la muestra por el tipo de servicio que recibe para su condición. De acuerdo con los datos, la mayoría de los participantes reciben servicios de tipo ambulatorio para su condición con un 55%, mientras un 45% recibe dichos servicios por medio de hospitalización.



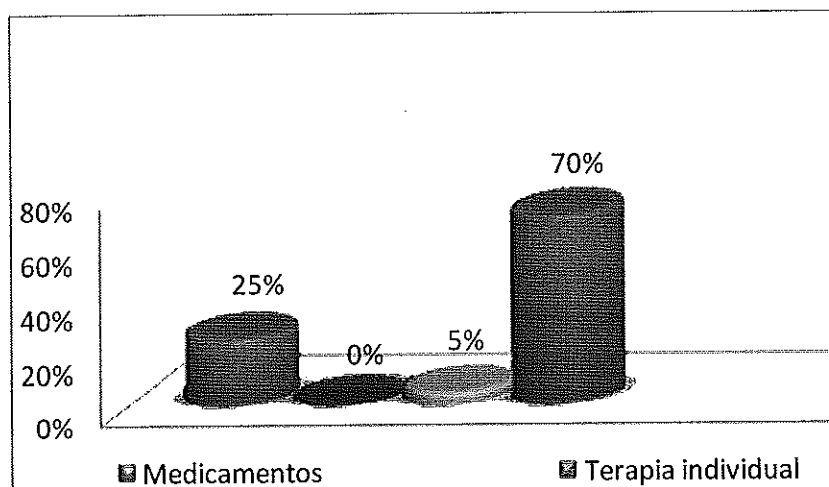
Gráfica 8. Distribución de la muestra por el tipo de tratamiento que recibe para tratar su condición.

La gráfica 8 evidencian los datos sobre la distribución de la muestra por el tipo de tratamiento que recibe para tratar su condición. De acuerdo con los datos, el 100% de los participantes reciben medicamentos como parte de su tratamiento, mientras que los demás reciben terapia grupal y terapia individual con 45% en cada uno de los casos. No hubo otro tipo de tratamiento o terapia reportada.



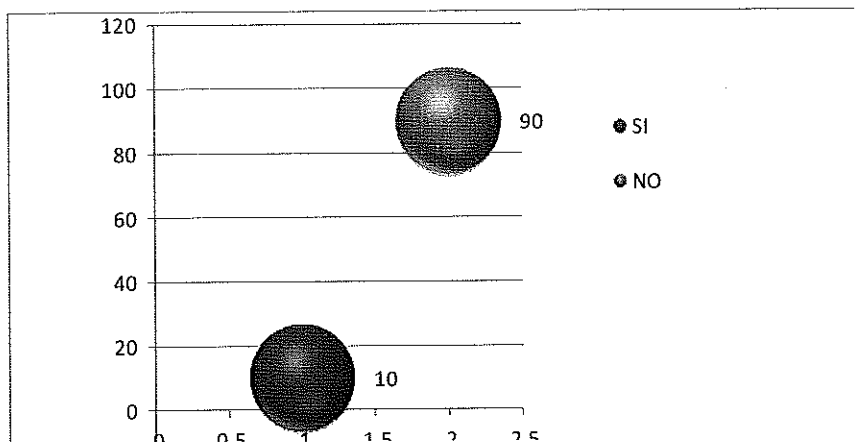
Gráfica 9. Distribución de la muestra de cuánto tiempo están recibiendo tratamiento.

La gráfica 9 presenta la distribución de la muestra de cuánto tiempo están recibiendo tratamiento para su condición. De acuerdo con los datos, la mayoría de los participantes llevan más de 5 años con tratamiento para su esquizofrenia. Un 15% reportó que lleva menos de un mes e igual porcentaje los que llevan entre 2 a 5 años, mientras un 5% de los participantes indicaron que llevaban de 1 a 6 meses y este mismo porcentaje tuvieron aquellos que tienen de entre 7 meses a 1 año. En promedio los participantes del estudio llevan 10 años continuo de tratamiento.



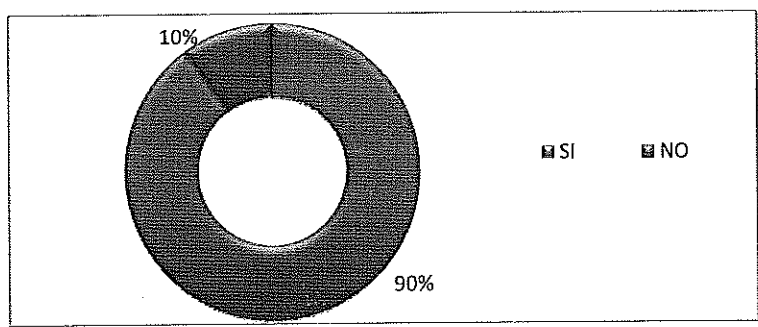
Gráfica 10. Distribución de la muestra sobre cuál de los tratamientos prefieren los participantes.

En la gráfica 10 se presenta la distribución de la muestra sobre cuál de los tratamientos prefieren los participantes para tratar su condición de esquizofrenia. De acuerdo con los datos, los tratamientos que prefieren los participantes son todos los disponibles con un 70%, seguido de aquellos que informaron que prefieren los medicamentos con un 25%, mientras que un 5% indicó que prefiere la terapia grupal.



Gráfica 11. Distribución de la muestra de acuerdo a si recibe servicios de rehabilitación.

La gráfica 11 presenta la distribución de la muestra de acuerdo a si recibe servicios de rehabilitación. De acuerdo con los datos, el 90% de los participantes, es decir, la mayoría no recibe servicios de rehabilitación. Solo un 10% de los participantes señalan que están recibiendo servicios de rehabilitación.

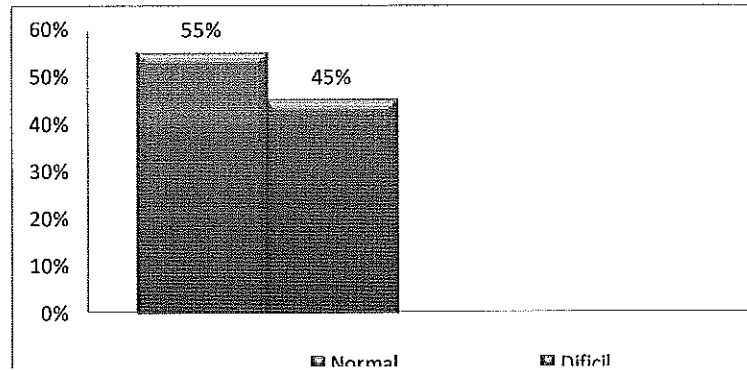


Gráfica 12. Distribución de la muestra de acuerdo a si le gustaría recibir otro tipo de tratamiento para su condición.

En la gráfica 12 se presenta la distribución de la muestra de acuerdo a si le gustaría recibir otro tipo de tratamiento para su condición. De acuerdo con los datos el 90% de los participantes indicó que le gustaría recibir otros tipos de tratamientos para su condición, mientras un 10% indicó que no le gustaría recibir otros tratamientos.

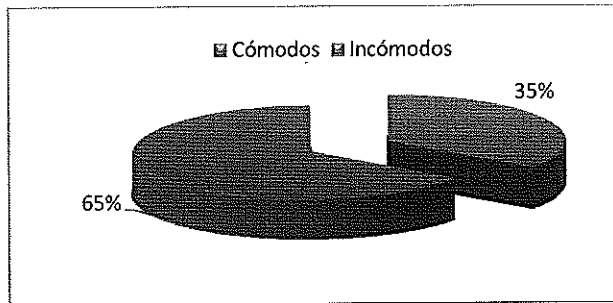
Presentación de datos sobre el proceso de rehabilitación (adaptación) del participante en su proceso de enfermedad mental

A continuación se presentan los datos relacionados con el proceso de rehabilitación de los participantes. Entre los aspectos que se han de reportar son: la evaluación de su proceso de aprendizaje, el proceso de cambio, la adaptación, la importancia del apoyo familiar, aspectos que le ayudan a su proceso de ajuste, y las actividades que realizan en la actualidad, entre otros aspectos.



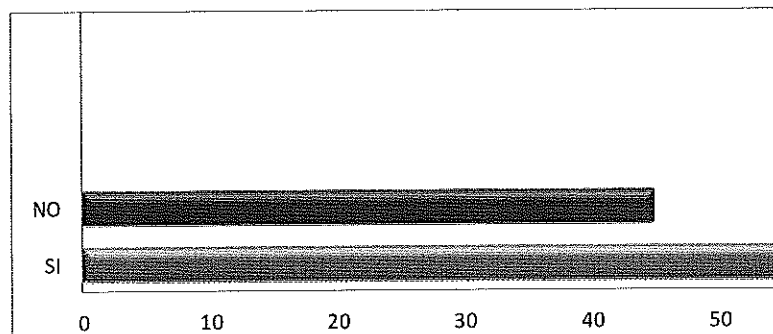
Gráfica 13. Distribución de los participantes de cómo evalúan su proceso de aprendizaje.

La gráfica 13 muestra la distribución de los participantes de cómo evalúan su proceso de aprendizaje. De acuerdo con los datos que se presentan la mayoría de los participantes ve su proceso de aprendizaje como algo normal con un 55%, mientras un 45% evalúa su proceso de aprendizaje como uno difícil.



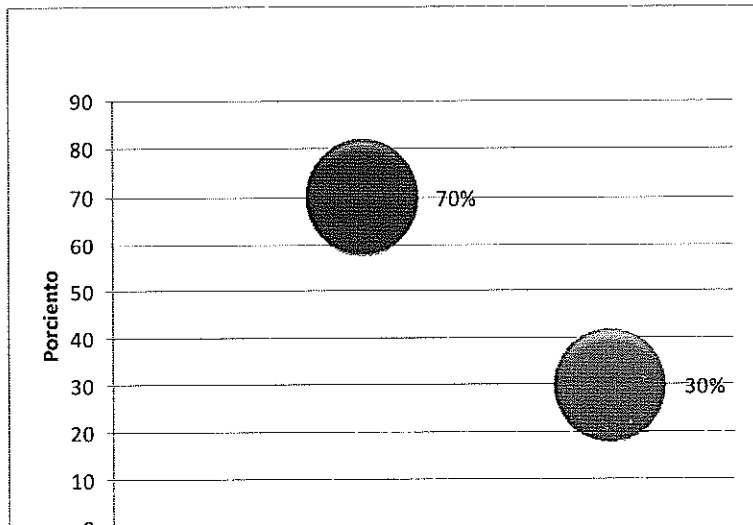
Gráfica 14. Distribución de los participantes de cómo le resultan los cambios.

La gráfica 14 presenta la distribución de los participantes de cómo le resultan los cambios. De acuerdo con los datos, el 65% de los sujetos señala que los cambios le resultan incómodos, mientras que un 35% señala que le resultan cómodos.



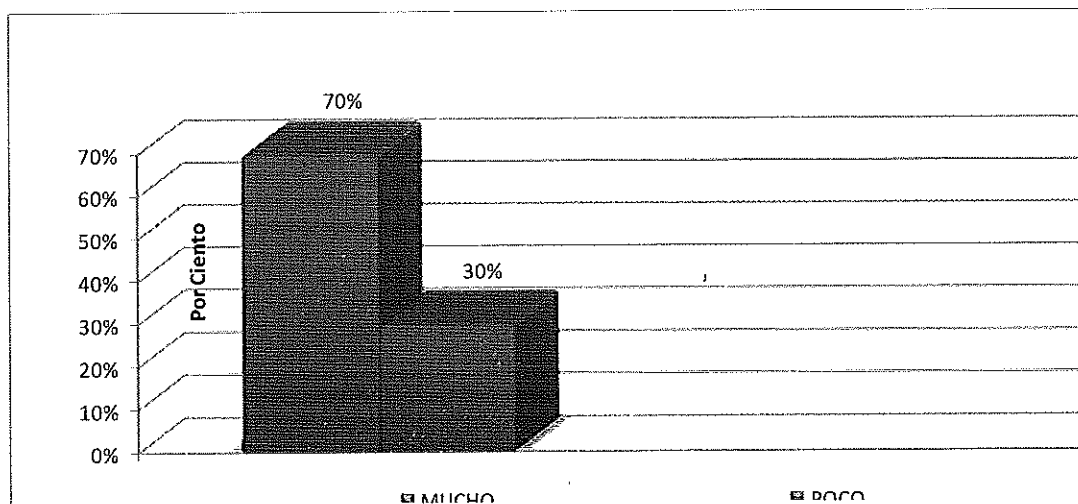
Gráfica 15. Distribución de la muestra de acuerdo a si se adaptan o se acostumbran rápido a los cambios.

La gráfica 15 evidencia la distribución de la muestra de acuerdo a si se adaptan o se acostumbran rápido a los cambios. De acuerdo con los datos la mayoría, es decir, un 55% indica que se adapta bien a los cambios, mientras que un 45% indica que se les hace difícil acostumbrarse a los cambios.



Gráfica 16. Distribución de la muestra de acuerdo a si necesitan apoyo para adaptarse o acostumbrarse a los cambios.

La gráfica 16 evidencia la distribución de la muestra de acuerdo a si necesitan apoyo para adaptarse o acostumbrarse a los cambios. De acuerdo con los datos, la mayoría de los participantes requiere de apoyo para adaptarse o acostumbrarse a los cambios para un 70%, mientras que un 30% indicó en esta categoría que no necesitaba de apoyo durante este proceso.



Gráfica 17. Distribución de la muestra de cuán importante es el apoyo de los familiares.

La gráfica 17 evidencia la distribución de la muestra de cuán importante es el apoyo de los familiares. De acuerdo con los datos, la mayoría de los participantes señala que es importante el apoyo de los familiares en el proceso de su enfermedad, en la categoría de Mucho con un 70%, mientras que un 30% señala que requiere Poco apoyo de la familia en su proceso, con un 30%.

Tabla 4. Algunos sentimientos relacionados con su proceso de adaptación y rehabilitación.

Premisas	SI		NO	
	f	%	f	%
Aún se siente incómodo con las experiencias del pasado	9	45	11	55
En el presente siente alguna incomodidad que le afecta su condición	12	60	8	40
Le gustaría hacer cambios en su vida	19	95	1	5
Necesita ayuda profesional para lograr esos cambios en su vida	16	80	4	20

La tabla 4 presenta algunos de los sentimientos que presentan los participantes relacionados con su proceso de adaptación y rehabilitación. De acuerdo con los datos, el 55% no se siente incómodo con las experiencias del pasado, en contraste con un 45% que indica que aún se sienten incómodos con las experiencias del pasado. El 60% de los participantes opinó que en el presente sienten alguna incomodidad que le afecta su condición, en contraste con un 40% que indicaron que no sienten incomodidad alguna. Por su parte, respecto a la premisa referente a si les gustaría hacer cambios en su vida, la mayoría, con un 95% indicó que sí, y solo un 5% indicó que no necesita realizar ningún cambio. Cuando se les preguntó a los participantes si requerían de ayuda profesional para

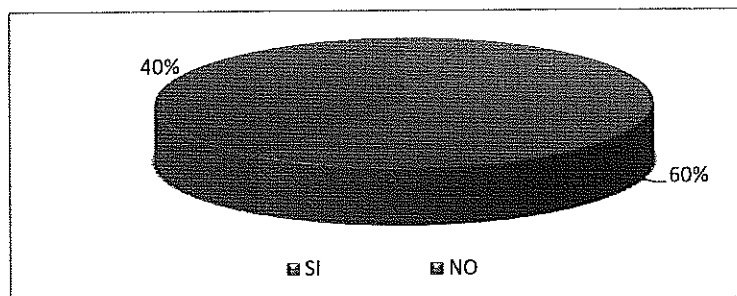
realizar esos cambios, la mayoría, es decir, un 80% indicaron que sí la necesitaban.

Contrario a esto, 20% indicó que no necesitaban de dicha ayuda.

Tabla 5. Cosas que le ayudan a afrontar los cambios.

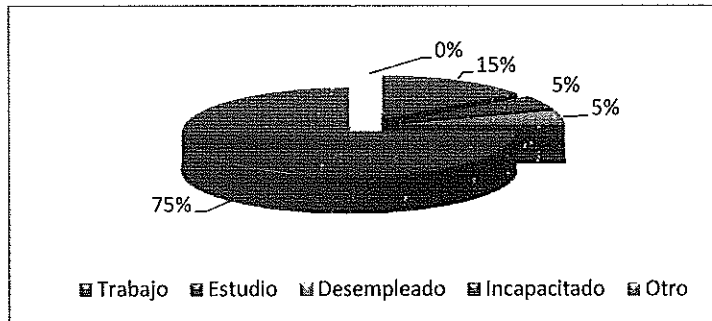
Premisas	f	%
Terapia en el centro donde asisto	11	55
La iglesia	8	40
Mi familia	10	50
Actitud positiva hacia las cosas	3	15
Medicamentos	7	35
Mis amistades	2	10

La tabla 5 presenta las cosas que le ayudan a los participantes a afrontar los cambios. Entre los datos se destaca que las primeras cosas que le ayudan a los participantes a afrontar los cambios son: la terapia en el centro donde asisto con 55% y la familia con 50%, seguido de la iglesia con un 40% y de los medicamentos con un 35%. Otros aspectos que ayudan a los participantes a afrontar los cambios con menor porcentaje son: la actitud positiva hacia las cosas con un 15%, seguido por las amistades, con un 10%.



Gráfica 18. Distribución de la muestra de acuerdo a si se siente adaptado a la vida social desde que le diagnosticaron la esquizofrenia.

La gráfica 18 evidencia la distribución de la muestra de acuerdo a si se siente adaptado a la vida social desde que le diagnosticaron esquizofrenia. De acuerdo con los datos, la mayoría de los participantes, es decir, un 60% indicaron que se sienten adaptadas a la vida social desde que le diagnosticaron la esquizofrenia, mientras un 40% indicó que no se sienten adaptados desde que le diagnosticaron dicha enfermedad.



Gráfica 19. Distribución de la muestra luego del diagnóstico y haber recibido tratamiento que actividades realizan.

La gráfica 19 presenta la distribución de la muestra luego del diagnóstico y haber recibido tratamiento que actividades realizan. De acuerdo con los datos, la mayoría se considera incapacitado luego de haber sido diagnosticado y haber recibido tratamiento contra la esquizofrenia con un 75%, y solo un 15% está trabajando. Mientras el 5% estudia y este mismo porcentaje está desempleado. En la categoría de otro no hubo respuestas.

Resultados por objetivos de investigación

A continuación se presentan los resultados por objetivos del estudio. En este caso, los objetivos fueron los siguientes: 1) Describir el perfil del paciente con esquizofrenia paranoide. 2) Determinar el nivel de adaptación social de los pacientes esquizofrénicos

paranoides en Puerto Rico. 3) Identificar los factores que inciden en el proceso de adaptación del paciente con esquizofrenia paranoide.

El primer objetivo fue describir el perfil del paciente con esquizofrenia paranoide. Para ello se resumieron las características sociodemográficas de cada participante y se promediaron la edad y el tiempo que llevan sufriendo de la enfermedad. De acuerdo con los datos, el perfil recopilado fue el siguiente: Masculino (75%), soltero (85%) de 48 años de edad, que tiene un grado de escuela superior (50%), que recibe tratamiento en hospitales y centros de la zona urbana (90%), y han buscado tratamiento en otros hospitales (75%). También en su mayoría no padecen de otro tipo de esquizofrenia (70%). En promedio llevan 15 años sufriendo de esquizofrenia paranoide y llevan más en promedio 10 años en tratamiento. A pesar de lo anterior, el 90% no recibe servicios de rehabilitación.

El segundo objetivo del estudio era determinar el nivel de adaptación social de los pacientes esquizofrénicos paranoides en Puerto Rico. Para ello se seleccionaron las 8 premisas relacionadas con el nivel de adaptación del paciente con esquizofrenia y se promediaron los porcentos obtenidos para ubicar el resultado en la siguiente escala: Adaptado 80% o más, Inadaptado 79% o menos. Se espera que el 80% sea uno adecuado ya que la condición de esquizofrenia es una condición crónica, compleja y difícil de tratar, donde el paciente requiere de un proceso de rehabilitación integrado. De acuerdo con las normas de calidad hospitalaria el 80% regularmente es considerado como un nivel adecuado de calidad y ajuste, que puede mejorar (Comisión Conjunta, 2010). Los datos encontrados se presentan en la tabla 6, la cual se muestra a continuación.

Tabla 6. Nivel de adaptación del paciente con esquizofrenia paranoide en Puerto Rico.

Premisa	%
Proceso de aprendizaje normal	55
Los cambios le resultan cómodos	35
Se adapta a los cambios	55
Se siente cómodo con las experiencias previas	55
No siente incomodidad en la actualidad que afecte su condición	40
Se siente adaptado	60
Estudia	5
Trabaja	5
Total promediado	43

La tabla 6 presenta los datos sobre el nivel de adaptación del paciente con esquizofrenia paranoide en Puerto Rico. La información obtenida y al promediar cada una de las 8 premisas relacionadas con el proceso de adaptación resulta que alcanzó un 43%. Al ubicar este resultado en la escala desarrollada, este resultado se considera Inadaptado pues entra en la categoría de 79% o menos. Esto significa que el paciente con esquizofrenia paranoide se encuentra inadaptado en su entorno social.

El último y tercer objetivo del estudio era identificar los factores que inciden en el proceso de adaptación del paciente con esquizofrenia paranoide. Para ello, se identificaron las premisas relacionadas con este renglón, las cuales en su totalidad fueron 10. De estas 10 se seleccionaron las más significativas para los participantes (que le ayudan), en su proceso de adaptación. Las seleccionadas deberían alcanzar 50% o más

de las respuestas de parte de los sujetos del estudio. Los datos encontrados se presentan en la tabla 7, la cual se muestra a continuación.

Tabla 7. Factores que inciden (facilitan) el proceso de adaptación del paciente con esquizofrenia paranoide en Puerto Rico.

Premisas	%
Reconoce la necesidad de ayuda profesional para lograr cambios en su vida	80
Reconoce la necesidad de apoyo para adaptarse	70
Reconoce el apoyo de la familia como algo importante	70
Reconoce la terapia en el centro donde asiste como un factor facilitador	55
Reconoce la familia como un ente facilitador	50

La tabla 7 evidencia los factores que inciden (facilitan) el proceso de adaptación del paciente con esquizofrenia paranoide en Puerto Rico. De acuerdo con los datos, el reconocer que necesita ayuda y apoyo parece ser clave en el proceso de rehabilitación. La necesidad de reconocer la ayuda profesional para lograr los cambios en su vida fue lo primero para los pacientes esquizofrénico con un 80%, mientras que el reconocer la necesidad de apoyo para adaptarse y reconocer el apoyo de la familia como algo importante, ambos con 70%. Por su parte, el reconocer la terapia en el centro donde asiste como un factor facilitador para mejorar su condición con un 55%, y finalmente, reconocer la familia como un ente facilitador con un 50% son los factores que ayudan al paciente con esquizofrenia paranoide.

Resumen

Estudio descriptivo cuyo propósito era determinar los factores que afectan el proceso de adaptación del paciente esquizofrénico paranoide, de modo que se puedan generar alternativas más eficaces que las implementadas en la intervención y tratamiento de pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide en Puerto Rico. La muestra estuvo constituida por 20 pacientes adultos con un diagnóstico principal de esquizofrenia paranoide, quienes se encontraban hospitalizados en una institución psiquiátrica en la zona metropolitana de San Juan, Puerto Rico. El perfil del paciente con esquizofrenia fue el siguiente: Masculino, soltero de 48 años de edad, que tiene un grado de escuela superior, que recibe tratamiento en hospitales y centros de la zona urbana, y han buscado tratamiento en otros hospitales. También en su mayoría no padecen de otro tipo de esquizofrenia. En promedio llevaban 15 años sufriendo de esquizofrenia paranoide con 10 años promedio en tratamiento para dicha condición. A pesar de lo anterior, la gran mayoría de estos pacientes no reciben servicios de rehabilitación integrados. Para ello se resumieron las características sociodemográficas de cada participante y se promediaron la edad y el tiempo que llevan sufriendo de la enfermedad. De acuerdo con los datos, el perfil recopilado fue el siguiente: Masculino (75%), soltero (85%) de 48 años de edad, que tiene un grado de escuela superior (50%), que recibe tratamiento en hospitales y centros de la zona urbana (90%), y han buscado tratamiento en otros hospitales (75%). También en su mayoría no padecen de otro tipo de esquizofrenia (70%). En promedio llevan 15 años sufriendo de esquizofrenia paranoide y llevan más en promedio 10 años en tratamiento. A pesar de lo anterior, el 90% no recibe servicios de rehabilitación. El nivel de adaptación social de los pacientes esquizofrénicos paranoides en Puerto Rico alcanzó

un 43%. Al ubicar este resultado en la escala desarrollada, este resultado se considera Inadaptado pues entra en la categoría de 79% o menos. Esto significa que el paciente con esquizofrenia paranoide se encuentra inadaptado en su entorno social. Por su parte, el reconocer que necesita ayuda y apoyo parece ser clave en el proceso de rehabilitación. La necesidad de reconocer la ayuda profesional para lograr los cambios en su vida fue lo primero para los pacientes esquizofrénico con un 80%, mientras que el reconocer la necesidad de apoyo para adaptarse y reconocer el apoyo de la familia como algo importante, ambos con 70%. El reconocer la terapia en el centro donde asiste como un factor facilitador para mejorar su condición con un 55%, y finalmente, reconocer la familia como un ente facilitador con un 50% son los factores que ayudan al paciente con esquizofrenia paranoide.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Introducción

A continuación se presenta el análisis de los resultados del estudio. Dicho análisis estará enfocado en los datos encontrados a través de los objetivos del estudio. Los datos obtenidos serán comparados con la literatura revisada relacionada con el tema, de modo que se puedan generar conclusiones y recomendaciones para este estudio.

Análisis de los datos

El análisis de los resultados se inicia con el perfil del paciente con esquizofrenia, el cual se describe a continuación: Masculino, soltero de 48 años de edad, que tiene un grado de escuela superior, que recibe tratamiento en hospitales y centros de la zona urbana, y han buscado tratamiento en otros hospitales. También en su mayoría no padecen de otro tipo de esquizofrenia. En promedio llevaba 15 años sufriendo de esquizofrenia paranoide con 10 años promedio en tratamiento para dicha condición. A pesar de lo anterior, la gran mayoría de estos pacientes no reciben servicios de rehabilitación integrados. Estos datos se acercan a un estudio patrocinado por el grupo Bristol-Myers Squibb y Otsuka Pharmaceuticals en el 2010 sobre la esquizofrenia paranoide en Europa, quienes encontraron que el perfil era un Varón de alrededor de 37 años, soltero, con bajo nivel de estudios, que vive con sus familiares, inactivo debido a su enfermedad y con un seguimiento psiquiátrico sin más. Un 73% de estos enfermos ni estudia ni trabaja y el 90% vive con sus familiares. Esta situación supone una pesada carga emocional y económica para los parientes. La tendencia al aislamiento, el

diagnóstico en plena adolescencia -el 60% de los casos se descubre cuando el enfermo tiene entre 17 y 25 años- y la estigmatización social son los factores más importantes que hacen difícil la normalización social de los enfermos de esquizofrenia. De acuerdo con el estudio, si la asistencia en los servicios de salud fuera mayor y más completa, con más recursos para favorecer la integración social y laboral de los pacientes, el pronóstico de gran parte de estos enfermos sería mejor.

Es preocupante que este perfil del puertorriqueño con esquizofrenia paranoide, es una persona de edad mediana que comenzó su condición en promedio cuando a penas estaba entre los 25 a 35 años y que a esa edad no hayan podido trabajar adecuadamente con su condición, por falta de servicios integrados dirigidos a esta enfermedad. Sobre este particular Ibacache et al. (s.f.) indica que existe una diferencia de género en la edad de inicio de la enfermedad, aunque esta condición de esquizofrenia, especialmente la paranoide la suelen sufrir los hombres. En los hombres existe un peak de incidencia alrededor de los 20 años, mientras que en las mujeres este se produce alrededor de los 25 años. Los sujetos con inicio más temprano de la enfermedad suelen ser varones, tener una peor adaptación premórbida, menor nivel de estudios, más evidencia de anomalías estructurales cerebrales, signos y síntomas negativos más sobresalientes, más evidencia de deterioro cognoscitivo evaluado neuropsicológicamente y peor evolución. Existe una tendencia a un curso más suave y a un mejor pronóstico en las mujeres.

Mientras Freudenreich, Weiss y Goff (2008) establecen que las dificultades en adaptarse a la sociedad puede ser uno de los factores más significativos de los pacientes con esquizofrenia, ya que por su condición, delirios de persecución y miedos de

exponerse al público o hacer amistades por temor a ser atacados o perseguidos dificulta más su proceso de ajuste social. No obstante, si no se comienza con un proceso agresivo de tratamiento y proceso de sociabilización, todos los pacientes estarán no rehabilitables y caerán en la lista o categoría de pacientes incapacitados, pero sin rehabilitación.

Por eso, no es raro el resultado de este estudio sobre el nivel de adaptación social de los pacientes esquizofrénicos paranoides en Puerto Rico, el cual alcanzó un 43%, esto a pesar de que el 60% se perciben como adaptados. Este resultado considera que el paciente está Inadaptado de acuerdo a la escala establecida en este estudio. Esto significa que el paciente con esquizofrenia paranoide se encuentra inadaptado en su entorno social. Lyness (2011) y Freudenreich, Weiss, & Goff (2008) en Medline señalan la importancia de la rehabilitación psicosocial para estos pacientes. Estos autores enfatizan que para lograr la adaptación del paciente con esquizofrenia paranoide el tratamiento psicofarmacológico es esencial, pero es necesario un buen soporte terapéutico para la buena evolución de la enfermedad, este soporte es la rehabilitación psicosocial. El paciente requiere someterse lo antes posible a este proceso rehabilitativo; mientras más temprano mejoran las posibilidades de éxito. El medicamento por si solo no logra que el paciente se adapte a su entorno social. Estos pacientes una vez diagnosticados deben reconocer que su vida no es como antes y que deben recibir readiestramiento para que puedan insertarse a la sociedad como seres productivos.

Añaden estos autores que padecer un trastorno psicótico no puede ser el obstáculo que impida el desarrollo de roles sociales valiosos, como el trabajo o al menos una ocupación, vivienda, relaciones interpersonales y afectivas, consideración social y

utilización de recursos comunitarios. La rehabilitación se entiende hoy como la proporción de la ayuda que requiere la persona para el desempeño psicosocial. Los centros de rehabilitación psicosocial se enmarcan dentro del modelo comunitario, se trabaja con el enfermo en su contexto familiar y no en una institución. Se va a tratar de disminuir o eliminar el déficit o deterioro en las distintas áreas que impiden una integración normal del paciente en su medio: entrenando las habilidades que le permitan una mayor autonomía e integración social, mejorando la calidad de vida del enfermo y de su entorno social y familiar. Para cada paciente se realiza un plan individualizado de rehabilitación diferente dependiendo de su enfermedad, estado, deterioro, conductas problemáticas y situación social y laboral (MedlinePlus,2012).

Es lamentable que el proceso de adaptación de los pacientes con esquizofrenia paranoide en Puerto Rico, estén tan bajos, no alcanza ni un 50%. El hecho de que ellos se perciban más adaptados que lo que realmente son, puede ser por dos elementos: negar esa realidad, o pensar que lo que están haciendo es un proceso de adaptación, pero los resultados del estudio señalan que solo un 5% estudia y un 5% trabaja, de los pacientes encuestados, lo que resulta alarmante. De acuerdo con Muñoz Molina y Ruiz Cala (2007) un 40% de los pacientes tratados con antipsicóticos puede persistir con síntomas positivos de moderados a graves, además, hasta la fecha, el tratamiento antipsicótico no ha demostrado mejorar la adaptación social y laboral. Por estas razones, es de suma importancia explorar tratamientos terapéuticos que sirvan de complemento a la terapia antipsicótica y promuevan un mejor control sintomático, la adherencia al tratamiento y la integración del paciente a su medio ambiente. Una de las terapias recomendadas es la terapia cognitiva-conductual que tiene el propósito de disminuir y modificar las

conductas desadaptativas y las distorsiones cognitivas derivadas de ellas, a través de la colaboración del paciente o la familia, junto con el entrenamiento en habilidades sociales. Este tipo de terapia según plantea Blackwood, Howard, Bentall y Murray (2001) es muy buena en pacientes con delirios persecutorios, como los que sufren los pacientes con esquizofrenia paranoide. Plantean que el delirio persecutorio es el resultado de fallas en la interpretación de las intenciones de los demás, aunadas a una tendencia de atribuir causa externas a eventos negativos, a elaborar juicios de manera precipitada con la información insuficiente y a una predisposición a entender y percibir estímulos amenazantes. Si estos factores no se atienden en terapias de grupo, de familia y el uso de la terapia cognitiva-conductual como parte de un programa de rehabilitación, el paciente por más joven que sea no podrá lograr trabajar, estudiar o realizar las tareas básicas del diario vivir, ya que su condición mental empeorará y tendrá que incapacitarse para asignar tutores a cargo, lo que disminuye su capacidad de toma de decisiones y afecta severamente su autoestima.

Sobre este particular añade Ibacache et al. (s.f.) que existe una importante variabilidad en el curso de la esquizofrenia, especialmente en su proceso de adaptación y rehabilitación. Esto a pesar de las diferencias metodológicas en que se han implantado diferentes modelos de tratamiento, hay coincidencia en que en porcentajes cercanos al 45% existe una significativa recuperación tras uno o más episodios psicóticos, que aproximadamente un 35% de las personas afectadas presenta una evolución con sucesivos episodios de exacerbación aguda y remisiones parciales de duración variables, que un 20% presenta síntomas que no remiten y presentan un deterioro progresivo, y que la remisión completa (es decir, el retorno total al nivel premórbido) no es habitual.

Por otra parte, según establece Ibacache et al. (s.f.) existe evidencia que muestra que distintas dimensiones de mejoría como pueden ser el funcionamiento social, los síntomas clínicos y rendimiento cognitivo, se encuentran sólo débilmente relacionados, existiendo gran heterogeneidad en el individuo y permitiendo progresos en un área a pesar de que puede haber un gran deterioro en otra. Se considera una discapacidad a cualquier restricción o falta de habilidad para desarrollar una actividad en la manera o dentro del rango considerado normal para un individuo en su propio medio socio cultural. En la esquizofrenia, la discapacidad puede afectar el funcionamiento social en varias áreas, por ejemplo: Autocuidado (higiene, vestuario y alimentación), Rendimiento Ocupacional (trabajo remunerado, estudios, labores domésticas), Funcionamiento en Roles Familiares, Funcionamiento en Roles Sociales (participación con otros miembros de la comunidad en actividades de esparcimiento y de otro tipo). De hecho, para este autor, la discapacidad moderada a severa persistente afecta aproximadamente el 40% de los varones, en contraste con el 25% de las mujeres que sufren la enfermedad. Existe evidencia que el grado de discapacidad social es más relevante como indicador de pronóstico que los síntomas clínicos. Es decir, que el nivel de adaptación puede ser exitoso siempre que se trabaje de forma rápida e integrada.

De aquí la importancia de identificar aquellos elementos que facilitan el proceso de adaptación y rehabilitación. Este fue el último objetivo de este estudio. En este caso, es significativo y positivo encontrar que para estos pacientes uno de los aspectos que más facilita su proceso de adaptación y rehabilitación se basa en reconocer que necesitan ayuda y apoyo en los procesos mencionados. La necesidad de reconocer la ayuda profesional para lograr los cambios en su vida fue el principal factor facilitador para los

pacientes esquizofrénicos. El hecho que los pacientes con esquizofrenia paranoide no estén en programas de rehabilitación y de reintegración social integrados parece ser un elemento que ha afectado su adaptación, por eso no sorprende el que más de un 75% se encuentra incapacitado en la población bajo estudio, lo que ha sido identificado como un factor negativo y una desventaja para los pacientes que sufre de esta condición en Puerto Rico. De acuerdo a Freudenreich, Weiss, & Goff (2008) y Lyness (2011) el pronóstico de la esquizofrenia es difícil de predecir. La mayoría de las veces, los síntomas mejoran con medicamentos. Sin embargo, algunas personas pueden tener dificultad para desempeñarse y están en riesgo de episodios repetitivos, especialmente durante las etapas iniciales de la enfermedad. Las personas con esquizofrenia pueden necesitar apoyo en el hogar, rehabilitación ocupacional y otros programas de apoyo comunitario. Las personas que sufren las formas más graves de este trastorno pueden ser incapaces de vivir solas y pueden necesitar hogares comunitarios u otros lugares estructurados a largo plazo para vivir. Los síntomas reaparecerán si usted no toma su medicamento.

Según Ibacache et al. (s.f.) el manejo óptimo de la persona con esquizofrenia requiere la integración del tratamiento médico con intervenciones psicosociales. La rehabilitación psicosocial es mucho más que un conjunto de técnicas, es una filosofía de cuidados de salud que ofrece una visión de la enfermedad mental en la cual la dimensión socio ambiental tiene tanta importancia como la visión biológica y donde la evaluación de la discapacidad y la minusvalía es tan importante como el tratamiento de los síntomas. Las intervenciones psicosociales efectivas reducen las readmisiones hospitalarias, previenen las recaídas, disminuyen los síntomas, mejoran el funcionamiento social y ocupacional, aumentan la capacidad para funcionar independientemente y proveen de

soporte a los familiares y cuidadores. Así, mientras que la farmacoterapia apunta a la supresión de los síntomas, las intervenciones psicosociales están dirigidas a otorgar apoyo emocional y a superar los déficits específicos asociados a la esquizofrenia.

Enfatiza Ibacache et al. (s.f.) que los tratamientos psicosociales son interpersonales e implican la ejecución de variados roles por parte de los distintos miembros del equipo: como gestores, para la coordinación de servicios adaptados al tratamiento; como educadores, para otorgar educación sobre la enfermedad y cómo enfrentarla; como amigos, para proveer apoyo y motivación; como terapeutas entrenados, para promover las estrategias para el enriquecimiento interpersonal y como profesional de la salud, para otorgar el tratamiento bio-médico que corresponde. La intensidad de cada componente de las intervenciones psicosociales debe ser ajustada a las necesidades del paciente y su familia. Las metas propuestas se deben reevaluar periódicamente, ya que se deben considerar intervenciones más intensivas y son necesarias el primer año siguiente a un episodio agudo; para muchos pacientes la intensidad puede ir decreciendo paulatinamente; con esto se puede lograr mucho, especialmente cuando ya se han identificado los factores que contribuyen a este proceso rehabilitativo.

Análisis a partir del modelo conceptual

El modelo conceptual bajo el cual se sustenta la presente investigación es el modelo de adaptación de Callista Roy. Esta teorizante establece que la adaptación en el ser humano debe lograrse tanto en la salud como en la enfermedad en los modos de adaptación siguientes: función fisiológica, autoconcepto, función del rol, interdependencia. El objetivo consiste en ayudar a las personas a adaptarse a los cambios

que se producen en sus necesidades fisiológicas, autoconcepto, desempeño de roles y en sus relaciones de interdependencia durante la salud y la enfermedad, donde enfermería tiene un papel protagónico como facilitador de la adaptación del paciente sin importar su tipo de enfermedad (Marriner Tomey, 1999).

La aplicación de este modelo teórico sirve de base para la intervención del profesional de enfermería en su empeño de ayudar al paciente esquizofrénico paranoide en su proceso de adaptación. Los pacientes esquizofrénicos típicamente son masculinos, quienes pueden estar saludables toda su vida hasta llegar a la adultez joven si se desarrolla un programa integrado de rehabilitación. No obstante, los resultados de este estudio no son alentadores, apuntan a que la mayoría de los pacientes con esquizofrenia paranoide no están en un programa de rehabilitación, la mayoría están incapacitados y no están insertados en la vida social. El tratamiento segmentado es uno de los problemas para que los profesionales de la enfermería puedan contribuir de forma adecuada a la aplicación del Modelo de Adaptación, con miras de ayudar a estos pacientes a insertarse en la sociedad y que se sientan útiles en la misma.

Un paciente con esquizofrenia paranoide que esté hospitalizado es para la teorizante un ser inadaptado. Además, el estudio revela que el paciente en la prueba de adaptación no alcanzó ni un 50%, cuando lo ideal era un 80% de adaptación y rehabilitación. Este resultado es el más significativo del estudio. De aquí la importancia de que el especialista clínico de enfermería pueda asumir su rol y dirigir o coordinar los servicios que requieren estos pacientes. El especialista clínico con los resultados de este estudio confirma que el paciente con esquizofrenia paranoide es un ser inadaptado, que no cuenta con servicios integrados de salud dirigidos a su rehabilitación. Esta especialista

en enfermería de práctica avanzada ha identificado por medio de este estudio los aspectos que facilitan el proceso de rehabilitación de estos pacientes. Los pacientes reconocen que no pueden hacerlo solos, lo que supone la dirección de un especialista en enfermería para el cuidado y atención de estos pacientes. El especialista clínico puede hacer uso de sus roles de líder, investigador y educador para insertarse en el cuidado de estos paciente y proveer las guías para el desarrollo de un protocolo de cuidado de servicios integrados de salud rehabilitativo para estos pacientes.

El hecho de que el especialista pueda usar como parte de su cuidado el Modelo de adaptación de Roy, en estos casos, en un modelo ideal para trabajar con el proceso de adaptación de estos pacientes. El especialista hará énfasis en la adaptación de estos pacientes en su modo adaptativo del Rol, y en el de autoconcepto. Los pacientes deben lograr cumplir con sus roles sociales y tener un autoconcepto claro como fundamento para su proceso rehabilitativo. Con la implementación del modelo de adaptación de Callista Roy y el desarrollo de un protocolo de cuidado desarrollado por el especialista clínico en enfermería dirigido a los pacientes con esquizofrenia paranoide puede ser fundamental para mejorar esta baja incidencia de rehabilitación y adaptación social del paciente. Es el especialista quien estará a cargo de la supervisión y el cumplimiento del modelo de cuidado rehabilitativo del paciente, haciendo uso de la teoría de Roy. Esto evidencia que la aplicación de este modelo, fomenta la adaptación en pacientes esquizofrénicos paranoides.

Conclusión

El estudio revela que el paciente puertorriqueño que sufre de esquizofrenia paranoide está inadaptado. En la prueba de adaptación no alcanzó ni un 50%, cuando lo ideal era un 80% de adaptación y rehabilitación. Este resultado es el más significativo del estudio, lo que demuestra que la adaptación social es inadecuada. Este paciente varón de edad mediana, con poco nivel educativo, no posee las herramientas apropiadas para su proceso de rehabilitación. El mismo paciente se categoriza como incapacitado. Solo un 10% de los pacientes han logrado insertarse al mundo del trabajo y a los estudios, lo que es preocupante.

De aquí la importancia de que el especialista clínico de enfermería pueda asumir su rol y dirigir o coordinar los servicios que requieren estos pacientes. Debe aprovechar que uno de los factores facilitadores que se identificaron en este estudio que promueven la rehabilitación y adaptación de este paciente es el que el mismo reconoce la necesidad de buscar ayuda para lograrlo, tanto profesional como con el apoyo de la familia. El especialista clínico puede ayudar a aumentar el número de pacientes adaptados socialmente, con la implementación del modelo de adaptación de Callista Roy y el desarrollo de un protocolo de cuidado desarrollado para los pacientes con esquizofrenia paranoide, modelo que debe ser integrado, multidisciplinario, donde sea el especialista quien supervise y dirija el mismo. Es necesario mejorar los servicios clínicos y terapéuticos para estos pacientes, con miras a mejorar su calidad de vida y alargar su productividad social que es tan esencial en la edad en que comienzan a sufrir de esta

condición. Esto le proporcionará sentido de logro, motivación y seguridad en su desempeño social, independientemente de su enfermedad.

Implicaciones para enfermería

Las implicaciones de enfermería para este estudio son de tipo clínico y educativo. Primero los resultados de este estudio impactan a la práctica de la enfermería ante la necesidad de desarrollar modelos de cuidados adaptativos que respondan a las necesidades de los pacientes que sufren de esquizofrenia paranoide. Para ello, hay que reconocer que las intervenciones farmacológicas y psicosociales de los síntomas de los trastornos esquizofrénicos son esenciales para contribuir a una menor incidencia y prevalencia de la esquizofrenia. Los profesionales de la enfermería como líderes del cuidado de estos pacientes estarán en condiciones de ofrecer una mejor atención a través del uso de modelos y teorías de enfermería en el cuidado de los esquizofrénicos dirigidos por un especialista clínico en enfermería avanzada quien tiene el expertis. El uso de un Protocolo para ofrecer cuidados a estos pacientes puede resultar positivo.

Por su parte, en términos de educación la brecha entre teoría y práctica en el cuidado de enfermería psiquiátrica dirigido a los pacientes esquizofrénicos debe ser abordado como un asunto de especial interés. Hay que reeducar al profesional de enfermería de que los pacientes con esquizofrenia tienen un potencial de rehabilitación y que hay que creer en esta posibilidad. El profesional de enfermería debe aprender a aplicar la Terapia de la realidad y la Terapia cognitiva-conductual, ya que las mismas son útiles para tratar estos pacientes. El tratamiento, para ser exitoso, no puede estar dirigido solamente a la farmacoterapia, y se debe enfatizar la relación paciente/enfermera, lo que

compone un sistema interpersonal muy importante en el tratamiento de la enfermedad y en la adherencia al tratamiento. El cumplimiento del profesional de enfermería mejora a medida que aprende a transmitir confianza al paciente, y este aumenta la confianza en relación a sus capacidades y conocimientos. La combinación del conocimiento y la práctica en el manejo del paciente con esquizofrenia paranoide es clave para el éxito del tratamiento y rehabilitación de este paciente que tanto la necesita.

Limitaciones del estudio

A pesar de la relevancia de los datos obtenidos en esta investigación, la misma tuvo algunas limitaciones. Las limitaciones en un estudio deben ser identificadas y aceptadas por el investigador, para que puedan ser reducidas o disminuidas en futuros estudios relacionados. En este caso se puede mencionar las siguientes:

1. El tamaño de la muestra no fue lo suficientemente representativa. Esto limita la aplicación de los resultados del estudio y la generabilidad de sus datos.
2. El diseño del estudio utilizado pudo haber sido una limitación, aunque el estudio fue diseñado para describir y explorar la adaptación del paciente con esquizofrenia paranoide en Puerto Rico, quizás el relacionar las variables relacionadas con años de la enfermedad, apoyo de la familia, apego al tratamiento, proceso de rehabilitación y la adaptación misma, pudieran haber enriquecido este estudio y arrojado otros datos más profundos para poder entender la poca probabilidad de adaptación que tienen estos pacientes.
3. Con respecto al instrumento de recolección de los datos, se observó que la parte que medía proceso de adaptación del paciente debe mejorarse, también

aquella que mide proceso de rehabilitación, quizás la aplicación de instrumentos ya validados científicamente para medir estas variables en estos pacientes puede ser una buena alternativa.

4. Se recomienda que para futuros estudios se revisen los reactivos del instrumento de forma que puedan facilitar su respuesta en el área de adaptación del paciente y desarrollar una escala más clara para medir la misma.

Recomendaciones

El propósito fundamental de este trabajo es determinar los factores que afectan el proceso de adaptación del paciente esquizofrénico paranoide, de modo que se puedan generar alternativas más eficaces que las implementadas en la intervención y tratamiento de pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide en Puerto Rico. Los datos evidencian que el paciente con esquizofrenia paranoide en Puerto Rico está inadaptado socialmente, por lo que se incluyen las siguientes recomendaciones para minimizar este problema:

Para el Departamento de Enfermería:

- Promover mayor adiestramiento e información al personal de enfermería sobre las distintas terapias existentes disponibles, tales como la Terapia de la realidad y la Terapia cognitiva-conductual para el manejo adecuado de los pacientes que sufren esquizofrenia paranoide. Esto basado en el principio de que la psicoeducación y la terapia familiar pueden reducir el promedio de recaídas.

- Promover programas dirigidos al desarrollo de destrezas para el manejo de pacientes que sufren esquizofrenia paranoide haciendo uso de teorías y modelos de enfermería para el cuidado de estos pacientes.

Para la práctica clínica en enfermería:

- Desarrollar un protocolo de cuidado integrado dirigido a la rehabilitación y adaptación del paciente con esquizofrenia paranoide, haciendo uso del Modelo de Adaptación de Sister Callista Roy. Este modelo debe ser multidisciplinario y enfocado a la comunidad, siendo liderado por el especialista clínico en enfermería avanzada.
- Promover la relación terapéutica y el uso del proceso de enfermería como elemento esencial en el cuidado del paciente con esquizofrenia paranoide, en el que la educación a este paciente sea fundamental en todo su proceso de ajuste a su condición. Basado en el principio de que el adiestramiento en habilidades sociales mejora el ajuste social y la asertividad, reduciendo así el riesgo de recaída. En este proceso se debe involucrar a la familia o seres significativo o tutor.

Para futuras investigaciones:

- Realizar otros estudios de investigación tipo cualitativo donde se considere la vida del paciente con esquizofrenia paranoide y su proceso de ajuste social antes, durante y después de su diagnóstico.

- Realizar otros estudios dirigidos a medir el conocimiento del personal de enfermería en el manejo del paciente con esquizofrenia y su efecto en la rehabilitación y adaptación social.
- Desarrollar un estudio correlacional donde se puedan relacionar las variables asociadas a la esquizofrenia paranoide como lo son los años que lleva la condición, apoyo de la familia, apego al tratamiento, proceso de rehabilitación y la adaptación misma, pudieran haber enriquecido este estudio y arrojado otros datos más profundos para poder entender la poca probabilidad de adaptación que tienen estos pacientes.
- Aumentar el número de sujetos para hacerlo representativo y validar si el perfil obtenido en este estudio.
- Mejorar el cuestionario, especialmente la sección que mide adaptación, o en su lugar hacer uso de un cuestionario validado, específicamente que mida esta variable en los pacientes esquizofrénicos.

REFERENCIAS

- Aldaz, J. A., & Vázquez, C. (1996). *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Andreasen, N.C., Rezaei, K., Alliger, R., et al. (1992). Hypofrontality in neuroleptic-naïve patients and in patients with chronic schizophrenia. Assessment with Xenon 133 Single-Photon Emission Computed Tomography and the Tower of London. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 943-958.
- Antom, J. (2010). Conducta Inadaptada PS: Esquizofrenia. Recuperado de, <http://conductainadaptadaps.blogspot.com/2011/06/esquizofrenia-del-griego-schizodivision.html>
- Ayuso Gutiérrez, J.L., & Carulla, L.S. (2002). *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- Barrón Hernández, A.L., Beltrán Trigueros, E., Medina Muñoz, B., & Santana Pérez, K.D. (2010). *Factores que originan la esquizofrenia infantil*. Recuperado de, <http://www.slideshare.net/pei.ac01/esquizofrenia-infantil>
- Bartres-Faz, D., Junqué, C., Tormos, J.M., & Pascual-Leone, A. (2000). Aplicación de la estimulación magnética transcraneal a la investigación neuropsicológica. *Revista de Neurología*, 30(12), 1169-1174.
- Beasley, C., Cotter, D., & Everall, I. (2002). An investigation of the Wnt-signalling pathway in the prefrontal cortex in schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder. *Schizophr Res*, 58, 63.
- Bhugra, D. (2006). The global prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2(5), 372-373.

- Blackwood, N.J., Howard, R.J., Bentall, R.P. y Murray, R.M. (2001). Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions. *Br J Psychiatry*, 158, 527-539.
- Buchsbaum, M.S., & Haier, R.J. (1987). Functional and anatomical brain imaging: impact on schizophrenia research. *Schizophr Bull*, 13, 115-132
- Bristol-Myers Squibb y Otsuka Pharmaceuticals (2010). *Perfil del paciente con esquizofrenia*. *El mundo.es/salud*. Recuperado de, <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2005/05/17/neuropsiquiatria/1116355555.html>
- Campo, P., Maestu, F., Ortiz, T., Capilla, A., & Fernández, A. (2005). Activity in the human medial temporal lobe associated with encoding process in spatial working memory revealed by magnetoencephalography. *European Journal of Neuroscience*, 21, 1741-1748.
- Dockery, M., & Reiss, M. (1999). *Behaviour*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Donnoli, V.F. (2010). Esquizofrenia: Dimensiones y Psicopatología Clínica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, X, 8.
- Enciclopedia Libre Universal en Español (2010). *La adaptación social*. Recuperado de, http://enciclopedia.us.es/index.php/Adaptaci%C3%B3n_social
- Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 223-244.
- Freudenreich, O., Weiss, A.P., & Goff, D.C. (2008). Psychosis and schizophrenia. In: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL, eds. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevierch.

- Hamad, H.H. (1994). Neuroimagen funcional en psiquiatría I: esquizofrenia. *PSIQUIS*, 15.
- Ibacache, L. et al. (s.f.). *Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de esquizofrenia*. Recuperado de, <http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/esquizofrenia.pdf>
- Jansson, L.B., & Parnas, J. (2007). Competing definitions of schizophrenia: what can be learned from polydiagnostic studies? *Schizophr Bull*, 13 (5), 1178–200.
- Kozlovsky, N., Belmaker, R.H., & Agam, G. (2001). Low GSK-3 activity in frontal cortex of schizophrenic patients. *Schizophr Res*, 52, 101-105.
- López-Ibor Aliño, J.J., & Valdés Miyar, M. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Lyness, J.M. (2011). Psychiatric disorders in medical practice. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Cecil Medicine*. 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier.
- Marriner Tomey, A. (1999). *Modelos y Teorías en enfermería*. (6ta ed). Estados Unidos: Elsevier, Mosby
- MedlinePlus. (2008). *Esquizofrenia*. Enciclopedia médica en español. Recuperado de, www.medlineplus.com
- MedlinePlus (2012). *Esquizofrenia*. Recuperado de, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000928.htm>
- Maestú, F., Río, M., & Cabestero, R. (Eds.) (2008). *Neuroimagen. Técnicas y procesos cognitivos*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Mesa, C.S. (1993). Estudios sobre una prueba biológica en la esquizofrenia. *Revista Médica de Oriente de Venezuela*, 3, 15-18.

- Milgram, S. (1983). *Obedience to authority*. New York: Perennial.
- Morris, B., & Wayne, Z. et. al. (2008). Neurocognitive enhancement therapy and competitive employment in shizophrenia: Effects on clients with poor community functioning. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 109-122.
- Muñoz Molina, F.J. y Ruiz Cala, S.L. (2007). *Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia*. *Revista colombiana de psiquiatría*, XXXVI (01), 98-110.
Recuperado de, <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80636108.pdf>
- Phillips, K. A., First, M. B., & Pincus, H. A. (2005). *Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Programa de tratamiento asertivo comunitario. (PTAC, 1998). *La rehabilitación psicosocial en enfermos mentales crónicos*. Recuperado de,
<http://html.rincondelvago.com/rehabilitacion-psicosocial-en-enfermos-mentales-cronicos.html>
- Rebraca Sives, L. (2007). *Enfermería psiquiátrica y de salud mental conceptos básicos*. (6ta ed). México: McGraw-Hill.
- Santiago, N.R. (2001). *Los Trastornos Psíquicos. La Psicopatología en el siglo XXI*. Buenos Aires; Ediciones Norte.
- Suarez Richards, M. (2010). *Introducción a la Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Salerno.
- Sukanta, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Med*, 2 (5), 141.
- Stucchi Portocarrero, S. (2010). *La esquizofrenia*. Recuperado de,
<http://www.inism.gob.pe/esquizofrenia.htm>

Tiedeman, M. (1989). *The Roy Adaptation Model. Conceptual Models of Nursing:*

Analysis and Application. USA: Appleton & Lange.

Tornese, E.B., Albanese, A., & Konopka, H. (1991). *Consideraciones sobre la anatomía*

cerebral en la esquizofrenia. Casa Editora: Alcmeon.

Touriño González, R., Inglott Domínguez, R., Baena Ruiz, E., & Fernández Fernández, J.

(2007). *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia.* Barcelona: Editorial

Glosa, S.L.

Xalabarder, C. (1973). Abnormal thrombocytes in schizophrenia: electron microscopy

observation. *Agressologie, 14*, 275-279.

Anejos

Cuestionario

Cuestionario para medir la adaptación en pacientes con esquizofrenia paranoide

Autora: Irayda Cintrón (2012)

Por favor, dedica un tiempo para completar este cuestionario. El mismo consiste de dos partes. Tus respuestas serán estrictamente confidenciales. Cualquier duda que tenga, favor de indicarlo para asistirle.

Parte I. Datos socio-demográficos del participante:

Instrucciones: Favor de marcar con una (X) según corresponda.

1. Género:

Femenino

Masculino

2. Estado Civil:

Casado

Soltero

Otro: _____

3. Edad:

21-30 años

31-40 años

41- 50 años

51 años o más

4. Escolaridad:

Escuela Elemental

Escuela Superior

Grado Universitario

Otro: _____



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-366-12

Approval Date May 11, 2012

Expiration Date May 10, 2013

Signature Em USA

Parte II. Historial del Participante

Instrucciones: Favor de marcar con una (X) según corresponda.

1. Área en que está ubicado el hospital donde recibe servicios:

- rural
 urbana

2. ¿Has visitado otros hospitales en busca de tratamiento?

- Sí
 No

3. Además de la esquizofrenia paranoide, padece de otro tipo de esquizofrenia. Seleccione la que aplique:

- Ningún otro
 Desorganizado
 Indiferenciado
 Residual

4. ¿Cuánto tiempo lleva desde que le diagnosticaron esquizofrenia?

- menos de un año
 entre 1 a 10 años
 11 a 20 años
 Más de 20 años

5. ¿Qué tipo de servicios recibe para su condición?

- Ambulatorio
 Hospitalización

6. Tipo de tratamiento que recibe:

- Medicamentos
 Terapia individual
 Terapia grupal

7. ¿Cuánto tiempo lleva recibiendo tratamiento?

- Menos de 1 mes
 1-6 meses
 6 meses a 1 año
 2 a 5 años
 Más de 5 años



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-366-12

Approval Date May 11, 2012

Expiration Date May 10, 2013

Signature [Handwritten Signature]

8. ¿Cuál de los tratamientos prefiere?

- Medicamentos
- Terapia individual
- Terapia grupal
- Todos los disponibles

9. ¿Recibe servicios de rehabilitación?

- Sí
- No

10. ¿Te gustaría recibir otro tipo de tratamiento para tu condición?

- Sí
- No

Parte III. Proceso de rehabilitación (adaptación) del participante a su proceso de enfermedad mental

Instrucciones: Favor de marcar con una (X) según corresponda en relación a cómo te has adaptado a tu vida social y cambios generales luego de haber recibido o estar recibiendo tratamiento para tu condición de esquizofrenia paranoide.

1. ¿Cómo evalúas tu proceso de aprendizaje?

- Normal
- Difícil

2. ¿Cómo te resultan los cambios?

- Cómodos
- Incómodos

3. ¿Te adaptas o acostumbras rápido a los cambios?

- Sí
- No

4. ¿Necesitas apoyo para adaptarte o acostumbrarte a los cambios en tu vida?

- Sí
- No

5. ¿Cuán importante es el apoyo de tus familiares?

- Mucho
- Poco



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-366-12

Approval Date May 11, 2012

Expiration Date May 10, 2013

Signature mcah

6. ¿Te sientes aún incómodo con experiencias del pasado?
 Sí
 No
7. ¿En el presente sientes alguna incomodidad que entiendas que afecte tu condición?
 Sí
 No
8. ¿Te gustaría hacer cambios en tu vida?
 Sí
 No
9. ¿Necesitas ayuda de un profesional para lograr esos cambios?
 Sí
 No
10. ¿Qué cosas te ayudan para afrontar los cambios?
 Terapia en el centro donde asisto
 La iglesia
 Mi familia
 Actitud positiva hacia las cosas
 Medicamentos
 Mis amistades
11. Te sientes adaptado en tu vida social desde que te diagnosticaron la esquizofrenia
 Sí
 No
12. Luego del diagnóstico y haber recibido tratamiento que actividades realizas. Marque las que aplique:
 Trabajo
 Estudio
 Desempleado
 Incapacitado
 Otro: _____

Gracias por tu colaboración.



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-366-12

Approval Date May 11, 2012

Expiration Date May 10, 2013

Signature cm csm

Consentimiento



Sistema Universitario Ana G. Méndez
Universidad Metropolitana
Escuela Ciencias de la Salud
Programa de Maestría en Enfermería
Hoja de Consentimiento

**Título Investigación: LA ADAPTACIÓN A LA SOCIEDAD DE LOS PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS PARANOIDES PUERTORRIQUEÑOS**

Nombre del Investigador Principal: Irayda Cintrón

Nombre del Mentor: Dr. Josué Pacheco

Esta hoja de consentimiento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor, pregunte al investigador encargado o cualquier personal del estudio para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente. Usted puede llevarse a su casa una copia de este consentimiento para decidir si participará o para consultar con su familia o amigos antes de tomar su decisión.

I. Introducción

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que decida participar en el estudio, por favor, lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que tenga, para asegurarse de que entiende los procedimientos del estudio, incluyendo sus riesgos y beneficios.

II. Propósito del Estudio

El propósito fundamental de este trabajo es determinar los factores que afectan el proceso de adaptación del paciente esquizofrénico paranoide, de modo que se puedan generar alternativas más eficaces que las implementadas en la intervención y tratamiento de pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide en Puerto Rico.

III. Participantes del Estudio

La población de esta investigación serán pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide que reciben servicios psicológicos y psiquiátricos en una institución psiquiátrica. Es decir, que para poder participar necesitan cumplir con los siguientes criterios:

1. Ambos géneros



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-366-12
Approval Date May 11, 2012
Expiration Date May 10, 2013
Signature m ch

Dr. Josué Pacheco

2. Debes ser mayor de 21 años
3. Debes padecer de esquizofrenia paranoide

Mientras que si tienes los siguientes criterios NO puedes participar de este estudio:

1. Si eres menor de 21 años
2. Si no padeces de esquizofrenia paranoide

IV. Procedimientos

Si usted está leyendo este documento porque respondió al anuncio que fue colocado en el tablón de edicto donde se encuentra hospitalizado. Su participación en este estudio será voluntaria, usted tendrá que completar un cuestionario que mide como usted se ha adaptado luego de haber sido dignosticado con esquizofrenia paranoide. Ya este estudio fue aprobado y autorizado por la institución donde usted se encuentra hospitalizado. La institución ha solicitado que una vez se culmine el estudio se le presente un resumen de los resultados. Estos resultados se presentarán por medio de números y gráficas no por nombre de pacientes. En el resumen estarán incluidas las sumas de las respuestas de todos los pacientes que participaron en el estudio. Esto garantiza que no va haber manera de identificar los datos de usted como paciente ni de otro participante. Si usted desea participar en el estudio deberá permanecer en el salón conferencia de su unidad, donde se llevará a cabo el estudio. Deberá firmar este consentimiento informado, solo usted y los que deseen participar en el estudio serán los que tendrán que completar el cuestionario en el salón conferencia de la unidad. Los demás no tendrán que pasar a dicha sala, incluyendo los miembros de la administración de la institución u otro personal de salud, si es que están presentes (ya que estos últimos no van a formar parte del estudio, ni estarán presentes antes, ni durante el estudio). Se guardará en todo momento su privacidad y confidencialidad, respetando su decisión de formar parte o no del estudio. Una vez firmado este consentimiento informado, favor de entregarlo a la investigadora en el sobre sellado provisto para ello. Una vez usted haga la entrega de este consentimiento la investigadora le hará entrega del cuestionario, dicho cuestionario se espera sea completado entre 15 a 30 minutos por usted. Es importante que sepa que el consentimiento permanecerá guardado en un sobre sellado que usted le dio a la investigadora, y ese sobre será distinto al del cuestionario y que la investigadora será la único custodio del consentimiento y de los cuestionarios entregados por usted. La investigadora estará dispuesta y disponible mientras usted contesta el cuestionario para aclarar dudas y asistirle en lo que sea necesario. Una vez llene el cuestionario coloquelo en el sobre provisto y séllelo y entrégueselo a la investigadora.

V. Riesgo o Incomodidad

El riesgo identificado de los participantes es que los mismos podrán sentirse levemente cansados y aburridos o levemente ansiosos durante el proceso de completar el cuestionario. Tampoco habrá ningún riesgo ni represalias si no participa o decide abandonar el estudio en cualquier momento, ya que el mismo es completamente voluntario y se le respeta el derecho a rehusar o no participar en el mismo. El participar o no en este estudio no afectará para nada su tratamiento en el hospital ni el trato que tiene hasta ahora con el personal de la institución.



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-366-12
Approval Date May 11, 2012
Expiration Date May 10, 2013
Signature AMC

VI. Beneficios del Estudio

El participar en este estudio será de mucha utilidad para usted como participante, ya que con la información que provea servirá de base para mejorar los procesos educativos y de tratamiento que se le ofrecen al paciente con esquizofrenía paranoide.

VII. Incentivo al Participante

Usted como participantes de este estudio no recibirá ningún incentivo económico, su participación es completamente voluntaria.

VIII. Privacidad y Confidencialidad

Su identidad será protegida en todo momento, a través del anonimato suyo y de la confidencialidad de sus datos, garantizándole su privacidad y confidencialidad. Toda información o datos que pueda identificarle serán manejados confidencialmente según establecido por la ley (HIPAA). Para esto se tomarán las siguientes medidas de seguridad una vez completado los cuestionarios estos serán recolectados y custodiados por la investigadora. El consentimiento será guardado en sobre sellado separado de los cuestionarios para garantizar la objetividad y pureza del proceso. También el cuestionario será guardado en un sobre sellado previo a que el mismo sea entregado a la investigadora. Esto con la idea de que la información provista en el consentimiento como fechas y firmas no se conecte con la información provista por usted o por algún participante en el cuestionario durante y después de la investigación. Ambos documentos serán guardados bajo llave en un lugar seguro hasta el tiempo máximo determinado por el (IRB). En este caso, serán guardados en la residencia principal de la investigadora en un archivo con llave. Solamente la investigadora tendrán acceso a los datos. La hoja de consentimiento podrá ser una manera de identificar al participante por lo que se tomarán las siguientes medidas: los datos serán almacenados como se dijo anteriormente, en la residencia principal de la investigadora en un archivo con llave donde solo la investigadora tendrá acceso, por un periodo de cinco años y una vez concluya este estudio se tomará la siguiente acción la investigadora procederá a destruir los documentos relacionados con este estudio (consentimientos y cuestionarios) haciendo uso de una trituradora de papel. En este estudio se le asegura a los participantes por adelantado, la revisión periódica de las medidas apropiadas para proteger sus derechos, bienestar y dignidad como seres humanos que participan en un estudio de investigación.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en las reuniones médicas, pero la identidad suya no será divulgada. La información puede ser revisada por la Junta para la protección de Seres Humanos en la Investigación (IRB siglas en inglés) del Sistema Universitario Ana G. Méndez. El IRB del SUAGM es un grupo de



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-366-12
Approval Date May 11, 2012
Expiration Date May 10, 2013
Signature MCAH

personas quienes realizarán la revisión independiente de la investigación según los requisitos de las regulaciones. Su información será mantenida tan confidencial como sea posible bajo la ley. Esta autorización servirá hasta el final del estudio, a menos que usted la cancele antes. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento.

IX. Compensación por Daños

- En el caso de lesión física como resultado de su participación en este estudio de investigación, usted recibirá tratamiento médico, libre de costo, en el Hospital designado para cada Institución Primaria:
 1. Universidad Metropolitana y sus Centros Universitarios-Sala de Emergencia del Centro Médico de Río Piedras.
 2. Universidad del Este y sus Centros Universitarios-Hospital de la Universidad de Puerto Rico de Carolina.
 3. Universidad del Turabo y sus Centros Universitarios-Hospital HIMA de Caguas
- En caso de sufrir alguna lesión mental como resultado de su participación en esta investigación, tendrán disponible una evaluación inicial en su Institución Universitaria correspondiente. De ser necesario, será referido a su médico primario para tratamiento.
- El Sistema Universitario Ana G. Méndez no provee alternativa de pago u otra forma de compensación por posibles daños relacionados con participación en la investigación. Por ejemplo salarios no devengados, pérdida de tiempo invertido o sufrimiento. Ninguna forma de remuneración económica será otorgada directamente a usted. Sin embargo, al firmar esta forma de consentimiento no renuncia a sus derechos legales.

X. Participación Voluntaria

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede decidir no participar sin penalidad alguna. De usted decidir participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna penalidad ni pérdida de beneficios. Durante su participación en este estudio, el Investigador Principal o su representante pueden solicitar que se retire del mismo.

XI. Persona Contacto para Información

Si tiene alguna pregunta adicional sobre este estudio o sobre su participación en el mismo, o si entiende que ha sufrido alguna lesión por su participación en el estudio, usted puede comunicarse con:

Irayda Cintrón: Investigadora Principal. Celular: (787)955-8030. email: incintron4@gmail.com

Dr. Josué Pacheco, Mentor. Celular: 787-612-9124. email: jopacheco@suagm.edu



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-366-12
Approval Date May 11, 2012
Expiration Date May 10, 2013
Signature MGH

Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante del estudio, puede contactar al:

Sistema Universitario Ana G. Méndez
Oficina de Cumplimiento
Administración Central
Teléfono (787) 751-0178 exts. 7195-7197
E-mail: cumplimiento@suagm.edu

- Certifico que se me entregó copia de este consentimiento firmado
- Certifico que se me proveyó una copia del consentimiento, pero no es de mi interés

XII. Consentimiento

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o me fue leído de manera adecuada. El contenido del estudio me fue explicado y todas las preguntas sobre el mismo han sido aclaradas.

Al firmar esta hoja acepto participar en el estudio y certifico que mi participación es voluntaria e informada.

Nombre del Participante
(Letra de Molde)

Firma del Participante

(mes/día/año)

Nombre del Investigador
(Letra de Molde)

Firma del Investigador

(mes/día/año)

*Si el participante del estudio es menor de 21 años, se requiere firma de uno de los padres o encargado, excepto en aquellos casos en que la investigación se considere una de riesgo mayor (45 CFR 46.408(b)).

Nombre del Padre
(Letra de Molde)

Firma del Padre

(mes/día/año)

Nombre del Madre
(Letra de molde)

Firma de la Madre

(mes/día/año)



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-366-12

Approval Date May 11, 2012

Expiration Date May 10, 2013

Signature MCA

Anuncio

ATENCIÓN PACIENTES Y FAMILIARES

¿PADECES DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE?

¿ERES MAYOR DE 21 AÑOS?

¿DESEAS PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN SOBRE LA ADAPTACIÓN A LA SOCIEDAD DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS PARANOIDES PUERTORRIQUEÑOS?

VEN Y PARTICIPA DE ESTA INVESTIGACIÓN!!!

LUGAR: En la sala de conferencias de la unidad de psiquiatría

¿Quiénes pueden participar en el estudio? Personas mayores de 21 años con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

¿Tienes dudas sobre el estudio?

PUEDES COMUNICARTE CON LA SUPERVISORA DE LA UNIDAD PARA EL DIA, FECHA Y HORA EN QUE SE HA DE CELEBRAR EL ESTUDIO

Y SI TODAVIA TIENES DUDAS PUEDES COMUNICARTE CON Sra. Irayda Cintrón al: (939) 639-4150 ó al e-mail: imcintron4@gmail.com

Este es un estudio con propósito educativo, no es para recibir tratamiento médico de alguna enfermedad, ni afectará su tratamiento durante su estadía en el hospital

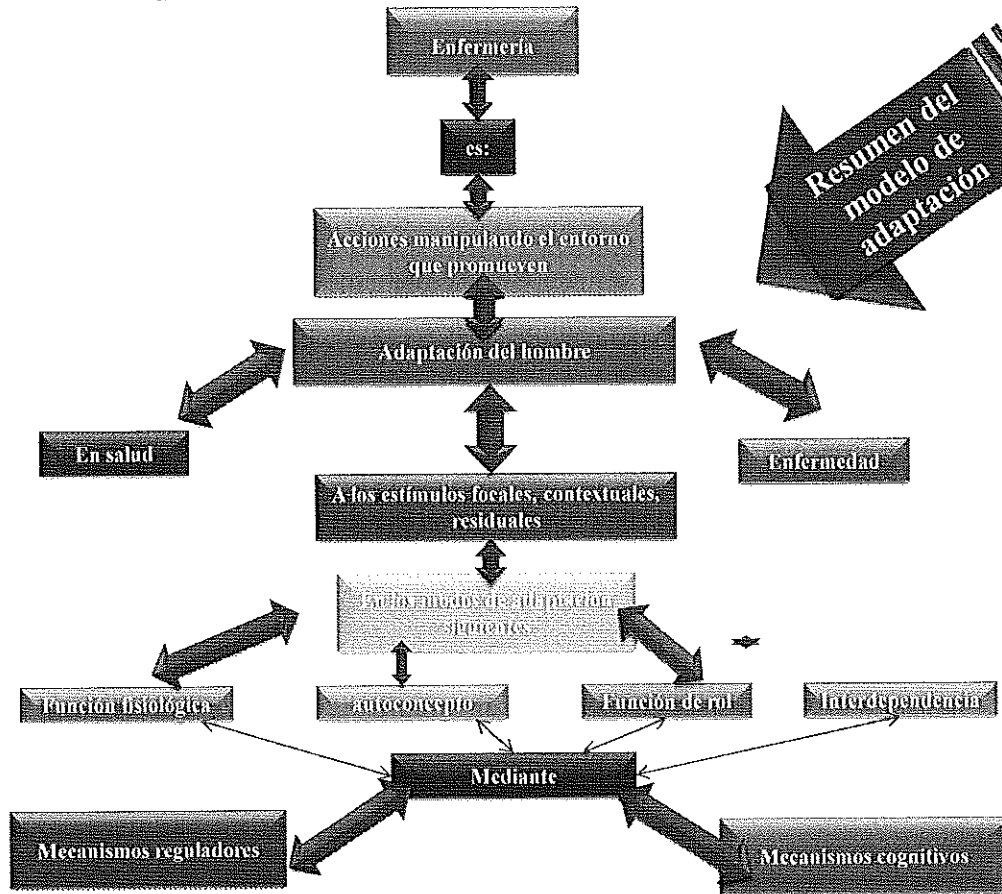


Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-366-12
Approval Date May 11, 2012
Expiration Date May 10, 2013
Signature M. C. A.

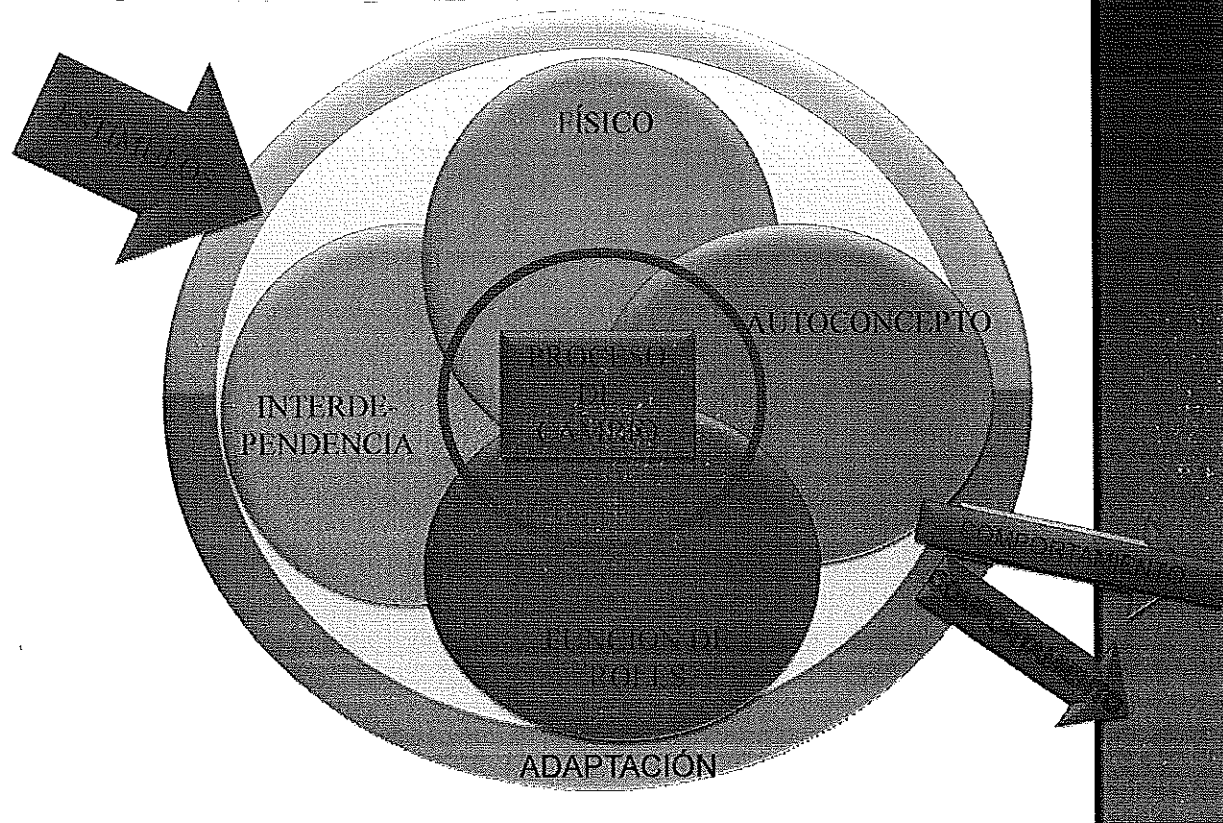
Modelos de adaptación #1

ESQUEMAS DEL MODELO DE ADAPTACIÓN



Modelo de adaptación #2

MODELO DE ADAPTACION



Modelo de adaptación #3

AFIRMACIONES TEÓRICAS

