

**HABILIDADES SOCIALES DE LAS PERSONAS QUE ASISTEN AL GRUPO DE
APOYO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA DETERIORANTE
EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE ENVIGADO, DURANTE EL AÑO
2009.**

LINA MARÍA ACEVEDO OLARTE

LILIANA MARCELA LLANOS JARAMILLO

DIANA MARCELA MOLINA GALEANO

ISABEL CRISTINA SIERRA ECHAVARRIA

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

2010

**HABILIDADES SOCIALES DE LAS PERSONAS QUE ASISTEN AL GRUPO DE
APOYO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA DETERIORANTE
EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE ENVIGADO, DURANTE EL AÑO
2009.**

LINA MARÍA ACEVEDO OLARTE

LILIANA MARCELA LLANOS JARAMILLO

DIANA MARCELA MOLINA GALEANO

ISABEL CRISTINA SIERRA ECHAVARRIA

ASESOR

FREDY ALONSO GIRALDO VÁSQUEZ

PSICÓLOGO, MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

2010

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Envigado, enero de 2010

DEDICATORIA

“Yo a la edad de 10 años decía que cuando sea grande seré Doctor,
luego a la edad de 12 años decía un escritor,
a mis 15 decía un pintor, a los 17 decía un poeta, a mis 19 un filósofo,
a los 20 un sacerdote y hoy a mis 23 sólo soy un loco”

Álvaro Piedrahita P.

Escritor contemporáneo y paciente del Grupo de apoyo con Enfermedad Psiquiátrica deteriorante del Centro de Salud Mental de Envigado.

A todos los pacientes del Grupo de Apoyo con Enfermedad Psiquiátrica Deteriorante del CSM de Envigado, por permitirnos no sólo trabajar con ellos sino entrar un poco en sus vidas.

A nuestras familias, profesores y amigos por estar ahí y soportar tanto abandono.

A cada una de las personas que por algún motivo tuvieron que ver con la construcción de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

En ocasiones es necesario decir gracias y reconocer los esfuerzos, dedicación y apoyo; hoy agradecemos a las personas e instituciones que nos apoyaron en nuestro proyecto de investigación, formación y producción de nuestro trabajo de grado.

A Nuestro ser supremo.

Reconocemos la disposición y apoyo del Centro de Salud Mental de Envigado, a los pacientes del Grupo de apoyo con enfermedad psiquiátrica deteriorante; al Psiquiatra Forense y Epidemiólogo Carlos Palacio; al Psiquiatra Oscar Correa Rico y al Director General de la institución, el Psiquiatra Álvaro Ernesto Cárdenas Hincapié y agradecerle de forma especial a la psicóloga Fabiola Bastidas Ceballos, quien nos orientó y permitió trabajar con dicho grupo.

A la psicóloga Margarita María Marín por su disposición, esfuerzos y constante apoyo en la constitución del anteproyecto de este trabajo.

Al psicólogo Cesar Jaramillo Jaramillo, Decano de la facultad de Psicología de la IUE por su apoyo, interés e intervención en los momentos en que se presentaron dudas y dificultades.

Y por último un agradecimiento muy especial a nuestro asesor de trabajo de grado, el psicólogo magister en psicología clínica Fredy Alonso Giraldo Vásquez, por su dedicación, entrega, apoyo permanente, conocimientos, disposición, paciencia y preocupación durante todo el proceso de elaboración del presente trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág
RESUMEN	39
ABSTRACT	41
INTRODUCCIÓN	43
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	46
2. JUSTIFICACIÓN	48
3. OBJETIVOS	50
3.1. Objetivo General	50
3.2. Objetivos Específicos	50
4. DISEÑO METODOLÓGICO	51
4.1. Enfoque	51
4.2. Nivel de investigación	51
4.3. Diseño de investigación	51
4.4. Población y muestra:	51
4.4.1 Población:	51
4.4.2 Muestra:	52
4.4.3 Muestreo	52
4.4.4 Prueba piloto	52
4.4.5. Variables	52
4.5.1 Variables Demográficas	52
4.5.2 Variables de análisis	53
4.5.3. Variables de evaluación de habilidades sociales	53
4.5.4. Tabla Operacionalización de Variables	54
4.5.5. Recolección de datos	73
4.6. Instrumentos	74

	Pág
4.6.1. Test Habilidades Sociales	74
4.6.2. Evaluación en ABC y AVD	76
4.6.3. Cuestionario APGAR Familiar	78
4.6.4. Formato Hoja de Vida Paciente	79
5. PRESUPUESTO	80
5.1. Presupuesto global del trabajo de grado	80
5.2. Descripción de los gastos de personal	80
5.3. Descripción de materiales y suministros	81
5.4. Descripción de las salidas de campo	81
5.5. Descripción bibliográfica	82
5.6. Descripción de las salidas de campo	82
5.7. Descripción publicaciones	83
6. CRONOGRAMA	84
7. MARCO DE REFERENCIA	85
7.1. Antecedentes	85
7.1.1. “El estigma en la esquizofrenia”	85
7.1.2. OSM – esquizofrenia ¿Qué es la esquizofrenia?	86
7.1.3. “Tratamiento combinado de la esquizofrenia aplicado con el ámbito domiciliario”	87
7.1.4. “Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia”	88
7.1.5. “Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana”	88
7.1.6. “Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia”	89
7.1.7. “Evaluación de habilidades sociales para el trabajo en pacientes con esquizofrenia: validez y confiabilidad del auto reporte y la técnica de juego de roles”	90

	Pág
7.1.8. Esquizofrenia, género, deberes sociales y participación en la familia.	91
7.1.9. “Entrenamiento en habilidades sociales en el tratamiento de la esquizofrenia	92
7.2. Marco teórico	93
7.2.1 Enfermedades psiquiátricas deteriorantes	93
7.2.1.1. Trastornos psicóticos (esquizofrenia)	93
7.2.1.2 Trastorno afectivo bipolar	115
7.2.1.3 Depresión mayor	117
7.2.2. Enfermedades neuropsiquiátricas	122
7.2.2.1. Epilepsia	122
7.2.2.2. Trauma encefalocraneano	127
7.2.2.3. Retraso mental	131
7.2.3. Habilidades sociales	136
7.2.3.1. Habilidades Sociales – Autoestima	137
7.2.3.2. Las habilidades sociales necesarias para cada situación	139
7.2.3.3. ¿Por qué interesa aprenderlas?	141
7.2.4. Grupo de Apoyo	142
7.3. Marco Legal	146
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS	150
8.1. Información Socio demográfica	150
8.1.1. Sexo	150
8.1.2. Edad	151
8.1.3. EPS	152
8.1.4. Escolaridad	153
8.1.5. Estado civil	154
8.1.6. Número de hijos	155
8.1.7. Estrato socio – económico	156

	Pág
8.1.8. Municipio de residencia	157
8.1.9. Barrio de residencia	158
8.1.10. Ocupación	160
8.1.11. Tipo de familia	161
8.2. Información sobre la enfermedad	163
8.2.1. Diagnóstico	163
8.2.2. Edad inicio de la enfermedad	166
8.2.3. Número de hospitalizaciones	167
8.2.4. Año última hospitalización	168
8.2.5. Medicación	169
8.2.6. Consumo de sustancias	171
8.3. Evaluación APGAR familiar	173
8.4. Información Test Habilidades Sociales	175
8.4.1. GRUPO I. Primeras habilidades sociales	175
8.4.1.1. Escuchar	175
8.4.1.2. Iniciar una conversación	177
8.4.1.3. Mantener una conversación	179
8.4.1.4. Formular una pregunta	181
8.4.1.5. Dar las gracias	183
8.4.1.6. Presentarse	185
8.4.1.7. Presentar a otras personas	187
8.4.1.8. Hacer un cumplido	189
8.4.2. GRUPO II - habilidades sociales avanzadas	191
8.4.2.1. Pedir ayuda	191
8.4.2.2. Participar	193
8.4.2.3. Dar instrucciones	195
8.4.2.4. Seguir instrucciones	197
8.4.2.5. Disculparse	199
8.4.2.6. Conocer a los demás	201

	Pág
8.4.3. GRUPO III. Habilidades relacionadas con los sentimientos	203
8.4.3.1. Conocer los propios sentimientos	203
8.4.3.2. Expresar los sentimientos	205
8.4.3.3. Comprender los sentimientos de los demás	207
8.4.3.4. Enfrentarse con el enfado del otro	209
8.4.3.5. Expresar afecto	211
8.4.3.6. Resolver el miedo	213
8.4.3.7. Auto – recompensarse	215
8.4.4. GRUPO IV. Habilidades alternativas a la agresión	217
8.4.4.1. Pedir permiso	217
8.4.4.2. Compartir algo	219
8.4.4.3. Ayudar a los demás	221
8.4.4.4. Negociar	223
8.4.4.5. Emplear el autocontrol	225
8.4.4.6. Defender los propios derechos	227
8.4.4.7. Responder a las bromas	229
8.4.4.8. Evitar los problemas con los demás	231
8.4.4.9. No entrar en peleas	233
8.4.5. GRUPO V: Habilidades para hacer frente al estrés	235
8.4.5.1. Formular una queja	235
8.4.5.2. Responder a una queja	237
8.4.5.3. Demostrar deportividad después del juego	239
8.4.5.4. Resolver la vergüenza	241
8.4.5.5. Arreglarselas cuando le dejan de lado	243
8.4.5.6. Defender a un amigo	245
8.4.5.7. Responder a la persuasión	247
8.4.5.8. Responder al fracaso	249
8.4.5.9. Enfrentarse a los mensajes contradictorios	251
8.4.5.10. Responder a una acusación	253

	Pág
8.4.5.11. Prepararse para una conversación difícil	255
8.4.5.12. Hacer frente a las presiones de grupo	257
8.4.6. GRUPO VI. Habilidades de planificación	259
8.4.6.1. Tomar iniciativas	259
8.4.6.2. Discernir sobre la causa de un problema	261
8.4.6.3. Establecer un objetivo	263
8.4.6.4. Recoger información	265
8.4.6.5. Resolver los problemas según su importancia	267
8.4.6.6. Tomar una decisión	269
8.4.6.7. Concentrarse en una tarea	271
8.5. EVALUACIÓN EN ABC Y AVD	273
8.5.1. Movilización	273
8.5.1.1. Camina por sus propios medios	273
8.5.1.2. Camina con ayudas ortopedicas	275
8.5.1.3. Utiliza transporte	277
8.5.1.4. Se desplaza a lugares como casa-institución	278
8.5.1.5. Se desplaza a lugares como supermercados	280
8.5.1.6. Se desplaza a lugares como templos religiosos	282
8.5.1.7. Se desplaza a lugares como parques	284
8.5.2. Higiene	286
8.5.2.1. Necesidades sanitarias	286
8.5.2.1.1. Se sienta y se levanta del inodoro	286
8.5.2.1.2. Usa el papel higiénico	288
8.5.2.1.3. Vacía el inodoro	289
8.5.2.2. Baño	291
8.5.2.2.1. Entra y sale de la ducha	291
8.5.2.2.2. Utiliza el jabón	293
8.5.2.2.3. Maneja llaves de la ducha	294
8.5.2.2.4. Se lava el cabello	296

	Pág
8.5.2.2.5. Se lava el cuerpo	298
8.5.2.2.6. Se seca el cuerpo	300
8.5.2.2.7. Se seca el cabello	301
8.5.2.2.8. Utiliza desodorante	303
8.5.3. Cuidado personal	305
8.5.3.1. Se cepilla los dientes	305
8.5.3.2. Se lava las manos	306
8.5.3.3. Se lava la cara	308
8.5.3.4. Se peina	310
8.5.3.5. Se corta y limpia las uñas	311
8.5.3.6. Se administra sus medicamentos	313
8.5.3.7. Se maquilla	315
8.5.4. Vestido	316
8.5.4.1. Se quita y se pone ropa interior	316
8.5.4.2. Se quita y se pone medias	318
8.5.4.3. Se quita y se pone vestidos	320
8.5.4.4. Se quita y se pone pantalones	322
8.5.4.5. Manipula hebillas, botones y cremalleras	323
8.5.4.6. Se quita y se pone zapatos	325
8.5.4.7. Hace nudo a los zapatos	326
8.5.4.8. Alista la ropa	328
8.5.5. Alimentación	330
8.5.5.1. Come con cuchara	330
8.5.5.2. Bebe en pocillo-vaso	331
8.5.5.3. Utiliza cubiertos (tenedor- cuchillo)	333
8.5.5.4. Mastica- deglute	335
8.5.6. Preparación de comidas	337
8.5.6.1. Pela alimentos	337
8.5.6.2. Corta verduras y tubérculos	338

	Pág
8.5.6.3. Abre recipientes, latas, botellas, etc	340
8.5.6.4. Sirve comidas	342
8.5.6.5. Vierte líquidos	343
8.5.6.6. Utiliza electrodomésticos de cocina: (estufa eléctrica. A gas, licuadora, picadora, etc)	345
8.5.6.7. Pone la mesa	347
8.5.6.8. Apila platos	348
8.5.6.9. Lava, seca y guarda loza	350
8.5.7. Hogar	352
8.5.7.1. Limpia pisos	352
8.5.7.2. Lava ropa	353
8.5.7.3. Pone a secar la ropa	355
8.5.7.4. Plancha la ropa	357
8.5.7.5. Tiende la cama	358
8.5.7.6. Enciende y apaga luces	360
8.5.7.7. Usa tijeras	362
8.5.8. Otras actividades	364
8.5.8.1. Maneja la radio y el televisor	364
8.5.8.2. Sabe manejar dinero	366
8.5.8.3. Sabe utilizar el teléfono	367
9. DISCUSIÓN	370
10.CONCLUSIONES	376
11.RECOMENDACIONES	380
12.BIBLIOGRAFÍA	382
13.CIBERGRAFÍA	389

LISTAS DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Presupuesto Global del Trabajo de Grado	80
Tabla 2. Descripción de los gastos de personal	80
Tabla 3. Descripción de materiales y suministros	81
Tabla 4. Descripción de las salidas de campo	81
Tabla 5. Descripción bibliográfica	82
Tabla 6. Descripción de las salidas de campo	82
Tabla 7. Descripción publicaciones	83
Tabla 8 Sexo	150
Tabla 9 Edad	151
Tabla 10 EPS	152
Tabla 11 Escolaridad	153
Tabla 12 Estado Civil	154
Tabla 13 Número de hijos	155
Tabla 14 Estrato socio económico	156
Tabla 15 Municipio de residencia	157
Tabla 16 Barrio residencia	158
Tabla 17 Ocupación	160
Tabla 18 Tipo de familia	161
Tabla 19 Diagnostico	163
Tabla 20 Diagnostico-Resumen	165
Tabla 21 Edad de inicio de la enfermedad	166
Tabla 22 Número de hospitalizaciones	167
Tabla 23 Año última hospitalización	168
Tabla 24 Medicación	169
Tabla 25 Consumo de sustancias	171
Tabla 26 Evaluación Apgar Familiar	173

	Pág
Tabla 27 Escuchar	175
Tabla 28 Escuchar según los cuidadores	176
Tabla 29 Iniciar una conversación	177
Tabla 30 Iniciar una conversación según los cuidadores	178
Tabla 31. Mantener una conversación.	179
Tabla 32 Mantener una conversación según los cuidadores	180
Tabla 33 Formular una pregunta.	181
Tabla 34 Formular una pregunta según los cuidadores	182
Tabla 35 Dar las gracias.	183
Tabla 36 Dar las gracias (según los cuidadores)	183
Tabla 37 Presentarse.	185
Tabla 38 Presentarse (según los cuidadores)	186
Tabla 39 Presentar a otras personas.	187
Tabla 40 Presentar a otras personas (según los cuidadores)	187
Tabla 41 Hacer un cumplido.	189
Tabla 42 Hacer un cumplido (según los cuidadores)	190
Tabla 43 Pedir ayuda.	191
Tabla 44 Pedir ayuda (según los cuidadores)	192
Tabla 45. Participar	193
Tabla 46 Participar (según los cuidadores)	194
Tabla 47 Dar instrucciones.	195
Tabla 48 Dar instrucciones (según los cuidadores)	196
Tabla 49 Seguir instrucciones.	197
Tabla 50 Seguir instrucciones (según los cuidadores)	198
Tabla 51 Disculparse.	199
Tabla 52 Disculparse (según los cuidadores)	200
Tabla 53 Convencer a los demás.	201
Tabla 54 Convencer a los demás (según los cuidadores)	202
Tabla 55 Conocer los propios sentimientos.	203

	Pág
Tabla 56 Conocer los propios sentimientos (según los cuidadores)	204
Tabla 57 Expresar los sentimientos.	205
Tabla 58 Expresar los sentimientos (según los cuidadores)	206
Tabla 59 Comprender los sentimientos de los demás.	207
Tabla 60 Comprender los sentimientos de los demás (según los cuidadores)	208
Tabla 61. Enfrentarse con el enfado del otro.	209
Tabla 62 Enfrentarse con el enfado del otro según los cuidadores	210
Tabla 63 Expresar afecto.	211
Tabla 64 Expresar afecto (según los cuidadores)	212
Tabla 65 Resolver el miedo.	213
Tabla 66 Resolver el miedo según los cuidadores	214
Tabla 67 Auto-recompensarse.	215
Tabla 68 Auto-recompensarse (según los cuidadores)	216
Tabla 69 Pedir permiso.	217
Tabla 70 Pedir permiso (según los cuidadores)	218
Tabla 71 Compartir algo.	219
Tabla 72 Compartir algo (según los cuidadores)	220
Tabla 73 Ayudar a los demás.	221
Tabla 74 Ayudar a los demás (según los cuidadores)	222
Tabla 75 Negociar.	223
Tabla 76 Negociar (según los cuidadores)	224
Tabla 77 Emplear el autocontrol.	225
Tabla 78 Emplear el autocontrol (según los cuidadores)	226
Tabla 79 Defender los propios derechos.	227
Tabla 80 Defender los propios derechos (según los cuidadores)	228
Tabla 81 Responder a las bromas.	229
Tabla 82 Responder a las bromas (según los cuidadores)	230
Tabla 83 Evitar los problemas con los demás.	231

	Pág
Tabla 84 Evitar los problemas con los demás (según los cuidadores)	231
Tabla 85 No entrar en peleas.	233
Tabla 86 No entrar en peleas (según los cuidadores)	234
Tabla 87 Formular una queja.	235
Tabla 88 Formular una queja (según los cuidadores)	236
Tabla 89 Responder a una queja.	237
Tabla 90 Responder a una queja (según los cuidadores)	238
Tabla 91 Demostrar deportividad después del juego.	239
Tabla 92 Demostrar deportividad después del juego (según los cuidadores)	240
Tabla 93 Resolver la vergüenza.	241
Tabla 94 Resolver la vergüenza (según los cuidadores)	242
Tabla 95 Arreglárselas cuando le dejan de lado.	243
Tabla 96 Arreglárselas cuando le dejan de lado (según los cuidadores)	244
Tabla 97 Defender a un amigo.	245
Tabla 98 Defender a un amigo (según los cuidadores)	246
Tabla 99 Responder a la persuasión.	247
Tabla 100 Responder a la persuasión según cuidadores	248
Tabla 101 Responder al fracaso.	249
Tabla 102 Responder al fracaso según cuidadores	250
Tabla 103 Enfrentarse a los mensajes contradictorios	251
Tabla 104 Enfrentarse a los mensajes contradictorios según los Cuidadores	252
Tabla 105 Responder a una acusación.	253
Tabla 106 Responder a una acusación según los cuidadores	254
Tabla 107 Prepararse para una conversación difícil.	255
Tabla 108 Prepararse para una conversación difícil según los Cuidadores	255
Tabla 109 Hacer frente a las presiones de grupo.	257

	Pág
Tabla 110 Hacer frente a las presiones de grupos según los Cuidadores	258
Tabla 111 Tomar iniciativas.	259
Tabla 112 Tomar iniciativas según los cuidadores	260
Tabla 113 Discernir sobre la causa de un problema.	261
Tabla 114 Discernir sobre la causa de un problema según los Cuidadores	262
Tabla 115 Establecer un objetivo.	263
Tabla 116 Establecer un objetivo según los cuidadores	264
Tabla 117 Recoger información.	265
Tabla 118 Recoger información según los cuidadores	266
Tabla 119 Resolver los problemas según su importancia.	267
Tabla 120 Resolver los problemas según su importancia según los Cuidadores	268
Tabla 121 Tomar una decisión.	269
Tabla 122 Tomar una decisión según los cuidadores	270
Tabla 123 Concentrarse en una tarea.	271
Tabla 124 Concentrarse en una tarea según los cuidadores	272
Tabla 125 Camina por sus propios medios	273
Tabla 126 Camina por sus propios medios según los cuidadores	274
Tabla 127 Camina con ayudas ortopédicas	275
Tabla 128 Camina con ayudas ortopédicas según los cuidadores	276
Tabla 129 Utiliza transporte	277
Tabla 130 Utiliza transporte según los cuidadores	277
Tabla 131 Se desplaza a lugares como casa institución	278
Tabla 132 Se desplaza a lugares como casa - institución según Cuidadores	279
Tabla 133 Se desplaza a lugares como supermercados	280

	Pág
Tabla 134 Se desplaza a lugares como supermercados según Cuidadores	281
Tabla 135 Se desplaza a lugares como templos religiosos	282
Tabla 136 Se desplaza a lugares como templos religiosos según los Cuidadores	283
Tabla 137 Se desplaza a lugares como parques	284
Tabla 138 Se desplaza a lugares como parques según los cuidadores	285
Tabla 139 Se sienta y se levanta del inodoro	286
Tabla 140 Se sienta y se levanta del inodoro según los cuidadores	287
Tabla 141 Usa el papel higiénico	288
Tabla 142 Usa el papel higiénico según los cuidadores	288
Tabla 143 Vacía el inodoro	289
Tabla 144 Vacía el inodoro según los cuidadores	290
Tabla 145 Entra y sale de la ducha	291
Tabla 146 Entra y sale de la ducha según los cuidadores	292
Tabla 147 Utiliza el jabón	293
Tabla 148 Utiliza el Jabón según los cuidadores	293
Tabla 149 Maneja llaves de la ducha	294
Tabla 150 Maneja llaves de la ducha según los cuidadores	295
Tabla 151 Se lava el cabello	296
Tabla 152 Se lava el cabello según los cuidadores	297
Tabla 153 Se lava el cuerpo	298
Tabla 154 Se lava el cuerpo según los cuidadores	299
Tabla 155 Se seca el cuerpo	300
Tabla 156 Se seca el cuerpo según los cuidadores	300
Tabla 157 Se seca el cabello	301
Tabla 158 Se seca el cabello según los cuidadores	302
Tabla 159 Utiliza desodorante	303
Tabla 160 Utiliza desodorante según los cuidadores	304

	Pág
Tabla 161 Se cepilla los dientes	305
Tabla 162 Se cepilla los dientes según los cuidadores	305
Tabla 163 Se lava las manos	306
Tabla 164 Se lava las manos según los cuidadores	307
Tabla 165 Se lava la cara	308
Tabla 166 Se lava la cara según los cuidadores	309
Tabla 167 Se peina	310
Tabla 168 Se peina según los cuidadores	310
Tabla 169 Se corta y limpia las uñas	311
Tabla 170 Se corta y limpia las uñas según los cuidadores	312
Tabla 171 Se administra sus medicamentos	313
Tabla 172 Se administra sus medicamentos según los cuidadores	314
Tabla 173 Se maquilla	315
Tabla 174 Se maquilla según los cuidadores	315
Tabla 175 Se quita y se pone ropa interior	316
Tabla 176 Se quita y se pone ropa interior según los cuidadores	317
Tabla 177 Se quita y se pone medias	318
Tabla 178 Se quita y se pone medias según los cuidadores	319
Tabla 179 Se quita y se pone vestidos	320
Tabla 180 Se quita y se pone vestidos según los cuidadores	321
Tabla 181 Se quita y se pone pantalones	322
Tabla 182 Se quita y se pone pantalones según los cuidadores	322
Tabla 183 Manipula hebillas, botones y cremalleras	323
Tabla 184 Manipula hebillas, botones y cremalleras según los Cuidadores	324
Tabla 185 Se quita y se pone zapatos	325
Tabla 186 Se quita y se pone zapatos según los cuidadores	325
Tabla 187 Hace nudo a los zapatos	326
Tabla 188 Hace nudo a los zapatos según los cuidadores	327

	Pág
Tabla 189 Alista la ropa	328
Tabla 190 Alista la ropa según los cuidadores	329
Tabla 191 Come con cuchara	330
Tabla 192 Come con cuchara según los cuidadores	331
Tabla 193 Bebe en pocillo – vaso	331
Tabla 194 Bebe en pocillo – vaso según los cuidadores	332
Tabla 195 Utiliza cubiertos (tenedor – cuchillo)	333
Tabla 196 Utiliza cubiertos (tenedor – cuchillo) según los cuidadores	334
Tabla 197 Mastica – deglute	335
Tabla 198 Mastica – deglute según los cuidadores	336
Tabla 199 Pela alimentos	337
Tabla 200 Pela alimentos según los cuidadores	337
Tabla 201 Corta verduras y tubérculos	338
Tabla 202 Corta verduras y tubérculos según los cuidadores	339
Tabla 203 Abre recipientes, latas, botellas, etc.	340
Tabla 204 Abre recipientes, latas, botellas, etc., según los cuidadores	341
Tabla 205 Sirve comidas	342
Tabla 206 Sirve comidas según los cuidadores	342
Tabla 207 Vierte líquidos	343
Tabla 208 Vierte líquidos según los cuidadores	344
Tabla 209 Utiliza electrodomésticos de cocina: (estufa eléctrica, a gas, licuadora, picadora, etc.)	345
Tabla 210 Utiliza electrodomésticos de cocina: (estufa eléctrica, a gas, licuadora, picadora, etc.) según cuidadores	346
Tabla 211 Pone la mesa	347
Tabla 212 Pone la mesa según los cuidadores	347
Tabla 213 Apila platos	348
Tabla 214 Apila platos según los cuidadores	349
Tabla 215 Lava, seca y guarda loza	350

	Pág
Tabla 216 Lava, seca y guarda loza según los cuidadores	351
Tabla 217 Limpia pisos	352
Tabla 218 Limpia pisos según los cuidadores	352
Tabla 219 Lava ropa	353
Tabla 220 Lava ropa según los cuidadores	354
Tabla 221 Pone a secar la ropa	355
Tabla 222 Pone a secar la ropa según los cuidadores	356
Tabla 223 Plancha la ropa	357
Tabla 224 Plancha la ropa según los cuidadores	357
Tabla 225 Tiende la cama	358
Tabla 226 Tiende la cama según la cama según los cuidadores	359
Tabla 227 Enciende y apaga luces	360
Tabla 228 Enciende y apaga luces según los cuidadores	361
Tabla 229 Usa tijeras	362
Tabla 230 Usa tijeras según cuidadores	363
Tabla 231 Maneja la radio y el televisor	364
Tabla 232 Maneja la radio y el televisor según los cuidadores	365
Tabla 233 Sabe manejar dinero	366
Tabla 234 Sabe manejar el dinero según los cuidadores	366
Tabla 235 Sabe utilizar el teléfono	367
Tabla 236 Sabe utilizar el teléfono según los cuidadores	368

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág
Gráfica 1 Sexo	150
Gráfica 2. Edad	151
Gráfica 3. EPS	152
Gráfica 4. Escolaridad	153
Gráfica 5. Estado Civil	154
Gráfica 6. Número de hijos	155
Gráfica 7. Estrato Socio económico	156
Gráfica 8. Municipio de residencia	157
Gráfica 9. Barrio de residencia	159
Gráfica 10. Ocupación	161
Gráfica 11. Tipo de familia	161
Gráfica 12. Diagnóstico	164
Gráfica 13. Diagnóstico-Resumen	165
Gráfica 14. Edad Inicio enfermedad	166
Gráfica 15. Número de hospitalizaciones	167
Gráfica 16. Año última hospitalización	168
Gráfica 17 Cantidad pacientes que consumen el medicamento (G. A. EPD)	170
Gráfica 18. Consumo de sustancias	171
Gráfica 19. Apgar Familiar	173
Gráfica 20. Escuchar	175
Gráfica 21. Escuchar (según cuidadores)	176
Gráfica 22. Iniciar una conversación	177
Gráfica 23. Iniciar una conversación	178
Gráfica 24. Mantener una conversación	179
Gráfica 25 Mantener una conversación (según los cuidadores)	180

	Pág
Gráfica 26. Formular una pregunta	181
Gráfica 27. Formular una pregunta (según los cuidadores)	182
Gráfica 28. Dar las gracias	183
Gráfica 29. Dar las gracias (según los cuidadores)	184
Gráfica 30. Presentarse.	185
Gráfica 31. Presentarse (según los cuidadores)	186
Gráfica 32. Presentar a otras personas.	187
Gráfica 33. Presentar a otras personas (según los cuidadores)	188
Gráfica 34. Hacer un cumplido.	189
Gráfica 35. Hacer un cumplido (según los cuidadores)	190
Gráfica 36. Pedir ayuda.	191
Gráfica 37. Pedir ayuda (según los cuidadores)	192
Gráfica 38. Participar.	193
Gráfica 39. Participar (según los cuidadores)	194
Gráfica 40. Dar instrucciones.	195
Gráfica 41. Dar instrucciones (según los cuidadores)	196
Gráfica 42. Seguir instrucciones.	197
Gráfica 43. Seguir instrucciones (según los cuidadores)	198
Gráfica 44. Disculparse.	199
Gráfica 45. Disculparse (según los cuidadores)	200
Gráfica 46. Convencer a los demás.	201
Gráfica 47. Convencer a los demás (según los cuidadores)	202
Gráfica 48. Conocer los propios sentimientos.	203
Gráfica 49. Conocer los propios sentimientos (según los cuidadores)	204
Gráfica 50. Expresar los sentimientos.	205
Gráfica 51. Expresar los sentimientos (según los cuidadores)	206
Gráfica 52. Comprender los sentimientos de los demás.	207
Gráfica 53. Comprender los sentimientos de los demás (según los cuidadores)	208

	Pág
Gráfica 54. Enfrentarse con el enfado del otro.	209
Gráfica 55. Enfrentarse con el enfado del otro según los cuidadores	210
Gráfica 56. Expresar afecto.	211
Gráfica 57. Expresar afecto según los cuidadores	212
Gráfica 58. Resolver el miedo.	213
Gráfica 59. Resolver el miedo según los cuidadores	214
Gráfica 60. Auto-recompensarse.	215
Gráfica 61. Auto-recompensarse (según los cuidadores)	216
Gráfica 62. Pedir permiso.	217
Gráfica 63. Pedir permiso (según los cuidadores)	218
Gráfica 64. Compartir algo.	219
Gráfica 65. Compartir algo (según los cuidadores)	220
Gráfica 66. Ayudar a los demás.	221
Gráfica 67. Ayudar a los demás (según los cuidadores)	222
Gráfica 68. Negociar.	223
Gráfica 69. Negociar (según los cuidadores)	224
Gráfica 70. Emplear el autocontrol.	225
Gráfica 71. Emplear el autocontrol (según los cuidadores)	226
Gráfica 72. Defender los propios derechos.	227
Gráfica 73. Defender los propios derechos (según los cuidadores)	228
Gráfica 74. Responder a las bromas.	229
Gráfica 75. Responder a las bromas (según los cuidadores)	230
Gráfica 76. Evitar los problemas con los demás.	231
Gráfica 77. Evitar los problemas con los demás (según los cuidadores)	232
Gráfica 78. No entrar en peleas.	233
Gráfica 79. No entrar en peleas (según los cuidadores)	234
Gráfica 80. Formular una queja.	235
Gráfica 81. Formular una queja (según los cuidadores)	236
Gráfica 82. Responder a una queja.	237

	Pág
Gráfica 83. Responder a una queja (según los cuidadores)	238
Gráfica 84. Demostrar deportividad después del juego.	239
Gráfica 85. Demostrar deportividad después del juego (según los cuidadores)	240
Gráfica 86. Resolver la vergüenza.	241
Gráfica 87. Resolver la vergüenza (según los cuidadores)	242
Gráfica 88. Arreglárselas cuando le dejan de lado.	243
Gráfica 89. Arreglárselas cuando le dejan de lado (según los cuidadores)	244
Gráfica 90. Defender a un amigo	245
Gráfica 91. Defender a un amigo (según los cuidadores)	246
Gráfica 92. Responder a la persuasión.	247
Gráfica 93. Responder a la persuasión según cuidadores	248
Gráfica 94. Responder al fracaso.	249
Gráfica 95. Responder al fracaso según cuidadores	250
Gráfica 96. Enfrentarse a los mensajes contradictorios	251
Gráfica 97. Enfrentarse a los mensajes contradictorios según los Cuidadores	252
Gráfica 98. Responder a una acusación.	253
Gráfica 99. Responder a una acusación según los cuidadores	254
Gráfica 100. Prepararse para una conversación difícil.	255
Gráfica 101. Prepararse para una conversación difícil según los Cuidadores	256
Gráfica 102. Hacer frente a las presiones de grupo.	257
Gráfica 103. Hacer frente a las presiones de grupos según los Cuidadores	258
Gráfica 104. Tomar iniciativas.	259
Gráfica 105. Tomar iniciativas según los cuidadores	260
Gráfica 106. Discernir sobre la causa de un problema	261

	Pág
Gráfica 107. Discernir sobre la causa de un problema según los Cuidadores	262
Gráfica 108. Establecer un objetivo.	263
Gráfica 109. Establecer un objetivo según los cuidadores	264
Gráfica 110. Recoger información.	265
Gráfica 111. Recoger información según los cuidadores	266
Gráfica 112. Resolver los problemas según su importancia.	267
Gráfica 113. Resolver los problemas según su importancia según los Cuidadores	268
Gráfica 114. Tomar una decisión.	269
Gráfica 115. Tomar una decisión según los cuidadores	270
Gráfica 116. Concentrarse en una tarea.	271
Gráfica 117. Concentrarse en una tarea según los cuidadores	272
Gráfica 118. Camina por sus propios medios	274
Gráfica 119. Camina por sus propios medios según los cuidadores	274
Gráfica 120. Camina con ayudas ortopédicas	275
Gráfica 121. Camina con ayudas ortopédicas según los cuidadores	276
Gráfica 122. Utiliza transporte según los cuidadores	277
Gráfica 123. Utiliza transporte según los cuidadores	278
Gráfica 124. Se desplaza a lugares como casa institución	279
Gráfica 125. Se desplaza a lugares como casa - institución según Cuidadores	280
Gráfica 126. Se desplaza a lugares como supermercados	281
Gráfica 127. Se desplaza a lugares como supermercados según Cuidadores	282
Gráfica 128. Se desplaza a lugares como templos religiosos	283
Gráfica 129. Se desplaza a lugares como templos religiosos según los Cuidadores	284
Gráfica 130. Se desplaza a lugares como parques	285

	Pág
Gráfica 131. Se desplaza a lugares como parques según los Cuidadores	285
Gráfica 132. Se sienta y se levanta del inodoro	286
Gráfica 133. Se sienta y se levanta del inodoro según los cuidadores	287
Gráfica 134. Usa el papel higiénico	288
Gráfica 135. Usa el papel higiénico según los cuidadores	289
Gráfica 136. Vacía el inodoro	290
Gráfica 137. Vacía el inodoro según los cuidadores	290
Gráfica 138. Entra y sale de la ducha	291
Gráfica 139. Entra y sale de la ducha según los cuidadores	292
Gráfica 140. Utiliza el jabón	293
Gráfica 141. Utiliza el jabón según los cuidadores	294
Gráfica 142. Maneja llaves de la ducha	295
Gráfica 143. Maneja llaves de la ducha según los cuidadores	296
Gráfica 144. Se lava el cabello	297
Gráfica 145. Se lava el cabello según los cuidadores	297
Gráfica 146. Se lava el cuerpo	298
Gráfica 147. Se lava el cuerpo según los cuidadores	299
Gráfica 148. Se seca el cuerpo	300
Gráfica 149. Se seca el cuerpo según los cuidadores	301
Gráfica 150. Se seca el cabello	302
Gráfica 151. Se seca el cabello según los cuidadores	302
Gráfica 152. Utiliza desodorante	303
Gráfica 153. Utiliza desodorante según los cuidadores	304
Gráfica 154. Se cepilla los dientes	305
Gráfica 155. Se cepilla los dientes según los cuidadores	306
Gráfica 156. Se lava las manos	307
Gráfica 157. Se lava las manos según los cuidadores	308
Gráfica 158. Se lava la cara	309

	Pág
Gráfica 159. Se lava la cara según los cuidadores	309
Gráfica 160. Se peina	310
Gráfica 161. Se peina según los cuidadores	311
Gráfica 162. Se corta y limpia las uñas	312
Gráfica 163. Se corta y limpia las uñas según los cuidadores	312
Gráfica 164. Se administra sus medicamentos	313
Gráfica 165. Se administra sus medicamentos según los cuidadores	314
Gráfica 166. Se maquilla	315
Gráfica 167. Se maquilla según los cuidadores	316
Gráfica 168. Se quita y se pone ropa interior	317
Gráfica 169. Se quita y se pone ropa interior según los cuidadores	318
Gráfica 170. Se quita y se pone medias	319
Gráfica 171. Se quita y se pone medias según los cuidadores	319
Gráfica 172. Se quita y se pone vestidos	320
Gráfica 173. Se quita y se pone vestidos según los cuidadores	321
Gráfica 174. Se quita y se pone pantalones	322
Gráfica 175. Se quita y se pone pantalones según los cuidadores	323
Gráfica 176. Manipula hebillas, botones y cremalleras	324
Gráfica 177. Manipula hebillas, botones y cremalleras según los Cuidadores	324
Gráfica 178. Se quita y se pone zapatos	325
Gráfica 179. Se quita y se pone zapatos según los cuidadores	326
Gráfica 180. Hace nudo a los zapatos	327
Gráfica 181. Hace nudo a los zapatos según los cuidadores	328
Gráfica 182. Alista la ropa	329
Gráfica 183. Alista la ropa según los cuidadores	329
Gráfica 184. Come con cuchara	330
Gráfica 185. Come con cuchara según los cuidadores	331
Gráfica 186. Bebe en pocillo – vaso	332

	Pág
Gráfica 187. Bebe en pocillo – vaso según los cuidadores	333
Gráfica 188. Utiliza cubiertos (tenedor – cuchillo)	334
Gráfica 189. Utiliza cubiertos (tenedor – cuchillo) según los Cuidadores	334
Gráfica 190. Mastica – deglute	335
Gráfica 191. Mastica – deglute según los cuidadores	336
Gráfica 192. Pela alimentos	337
Gráfica 193. Pela alimentos según los cuidadores	338
Gráfica 194. Corta verduras y tubérculos	339
Gráfica 195. Corta verduras y tubérculos según los cuidadores	339
Gráfica 196. Abre recipientes, latas, botellas, etc.	340
Gráfica 197. Abre recipientes, latas, botellas, etc., según los Cuidadores	341
Gráfica 198. Sirve comidas	342
Gráfica 199. Sirve comidas según los cuidadores	343
Gráfica 200. Vierte líquidos	344
Gráfica 201. Vierte líquidos según los cuidadores	344
Gráfica 202. Utiliza electrodomésticos de cocina: (estufa eléctrica, a gas, licuadora, picadora, etc.)	345
Gráfica 203. Utiliza electrodomésticos de cocina: (estufa eléctrica, a gas, licuadora, picadora, etc.) según cuidadores.	346
Gráfica 204. Pone la mesa	347
Gráfica 205. Pone la mesa según los cuidadores	348
Gráfica 206. Apila platos	349
Gráfica 207. Apila platos según los cuidadores	349
Gráfica 208. Lava, seca y guarda loza	350
Gráfica 209. Lava, seca y guarda loza según los cuidadores	351
Gráfica 210. Limpia pisos	352
Gráfica 211. Limpia pisos según los cuidadores	353

	Pág
Gráfica 212. Lava ropa	354
Gráfica 213. Lava ropa según los cuidadores	354
Gráfica 214. Pone a secar la ropa	355
Gráfica 215. Pone a secar la ropa según los cuidadores	356
Gráfica 216. Plancha la ropa	357
Gráfica 217. Plancha la ropa según los cuidadores	358
Gráfica 218. Tiende la cama	359
Gráfica 219. Tiende la cama según la cama según los cuidadores	360
Gráfica 220. Enciende y apaga luces	361
Gráfica 221. Enciende y apaga luces según los cuidadores	362
Gráfica 222. Usa tijeras	363
Gráfica 223. Usa tijeras según cuidadores	363
Gráfica 224. Maneja la radio y el televisor	364
Gráfica 225. Maneja la radio y el televisor según los cuidadores	365
Gráfica 226. Sabe manejar dinero	366
Gráfica 227. Sabe manejar el dinero según los cuidadores	367
Gráfica 228. Sabe utilizar el teléfono	368
Gráfica 229. Sabe utilizar el teléfono según los cuidadores	368

GLOSARIO

Abulia. Apatía y falta de fuerza de voluntad que incluye incapacidad para tomar iniciativas propias.

Aburrimiento. Estado emocional de insatisfacción dentro de una existencia que, durante ese período, se percibe como insulsa y sin sentido.

Afectividad. Conjunto de emociones y sentimientos que un individuo puede experimentar a través de las distintas situaciones que vive.

Afectivo, bloqueo. Incapacidad para expresar afectos o emociones, caracterizada a veces por un estado de estupor.

Afecto. Patrón de comportamientos observables que es la expresión de sentimientos (emoción) experimentados subjetivamente. Tristeza, alegría y cólera son ejemplos usuales de afecto. Es muy variable su expresión entre culturas diferentes así como en cada una de ellas. Los trastornos del afecto incluyen las siguientes modalidades:

- ✓ **Aplanado.** Ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva.
- ✓ **Embotado.** Reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional.
- ✓ **Inapropiado.** Discordancia entre la expresión afectiva y el contenido del habla o ideación.

- ✓ **Lábil.** Variabilidad anormal en el afecto, con cambios repetidos, rápidos y bruscos de la expresión afectiva.

Restringido o constreñido. Reducción ligera de la gama y la intensidad de la expresión emocional

Alogia. Empobrecimiento del pensamiento que se infiere de la observación del lenguaje y el comportamiento verbal. Pueden observarse réplicas breves y completas a las preguntas formuladas, así como restricción de la cantidad del habla espontánea (pobreza del habla). A veces el habla es adecuada cuantitativamente, pero incluye poca información por ser excesivamente concreta, demasiado abstracta, repetitiva o estereotipada (pobreza del contenido).

Alucinación. Percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real, pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado. Las alucinaciones deben distinguirse de las ilusiones, en las que un estímulo externo real es percibido o interpretado erróneamente. El sujeto puede tener conciencia o no tenerla de que está experimentando una alucinación. Una persona con alucinaciones auditivas puede reconocer que está teniendo una experiencia sensorial falsa, mientras otra puede estar convencida de que la causa de la experiencia sensorial cuenta con una realidad física independiente. He aquí algunos tipos de alucinaciones:

- ✓ **Auditiva.** Alucinación que implica la percepción de sonidos, más frecuentemente de voces. Algunos clínicos e investigadores no incluyen las experiencias que se perciben como originadas dentro de la cabeza y limitan el concepto de alucinaciones auditivas verdaderas a los sonidos cuyo origen sea percibido como externo.
- ✓ **Gustativa.** Alucinación que implica la percepción de sabores (habitualmente desagradables).

- ✓ **Olfativa.** Alucinación que implica la percepción de olores, por ejemplo, de goma quemada o pescado podrido.
- ✓ **Somática.** Alucinación que implica la percepción de una experiencia física localizada en el cuerpo (tal como una sensación de electricidad). Debe distinguirse una alucinación somática de ciertas sensaciones físicas nacidas de una enfermedad médica todavía no diagnosticada, de una preocupación hipocondríaca con sensaciones físicas normales y de una alucinación táctil.
- ✓ **Táctiles.** Alucinación que implica la percepción de ser tocado o de tener algo bajo la propia piel. Las alucinaciones táctiles más frecuentes son sensaciones de descargas eléctricas y de hormigueo (la sensación de que algo se mueve o reptaba bajo la piel).
- ✓ **Visual.** Alucinación que implica ver imágenes estructuradas, por ejemplo, unas personas, imágenes informales, por ejemplo, destellos de luz. Las alucinaciones visuales deben distinguirse de las ilusiones, que son percepciones erróneas de estímulos externos reales.

Cognición. Procesamiento consciente de pensamiento e imágenes.

Comorbilidad: La existencia de más de un trastorno al mismo tiempo.

Delirio. Idea obviamente errónea que se cree firmemente, sin importar lo absurda que sea o que sea desafiada por el argumento lógico.

Depresión. Estado emocional o estado de ánimo caracterizado por tristeza, desesperanza y pérdida de interés en las actividades habituales.

Desarrollo cognitivo. Comienza en la infancia y es la adquisición de la inteligencia, el razonamiento consciente y las habilidades para resolver problemas.

Disociación. Distancia o separación mental y emocional involuntaria de los acontecimientos; se parece a un estado auto hipnótico.

Distorsión cognitiva. Percepción inexacta de uno mismo y la forma en que los demás nos ven.

Empatía. Comprensión de cómo se sienten los demás.

Esquizofrenia. Grupo de trastornos mentales graves por los cuales una persona tiene problemas para indicar la diferencia entre las experiencias reales e irreales, pensar con lógica, responder con emocionales normales a los otros y comportarse normalmente en situaciones sociales. Los síntomas incluyen ver, oír o sentir cosas que no están presentes, tener ideas falsas sobre lo que ocurre o sobre quién es uno mismo, decir disparates, comportarse de modo extraño, falta de emoción y aislamiento social.

Estabilizadores del estado de ánimo. Clase de medicamentos (incluido el litio y diversos anticonvulsivos) que se utilizan para controlar las variaciones amplias emocionales y del comportamiento que son características de los trastornos del estado de ánimo, como la depresión bipolar.

Etiología. Causa, especialmente en referencia a una enfermedad.

Factor de riesgo. Indicación de una mayor probabilidad de que una persona desarrolle un trastorno.

Fuga de ideas. Patrón de habla continua y rápida marcado por abruptos cambios de tema.

Funciones ejecutiva. Aspectos de la cognición que se relacionan con un supervisor interno que dirige el pensamiento del niño, establece metas y organiza estrategias para resolver problemas.

Habilidad. Capacidad de hacer algo correctamente, con facilidad, destreza, inteligencia.

Hipomanía. Episodio de aumento de energía que puede durar de horas a días, pero que no se caracteriza por falta de contacto con la realidad y que no es lo suficientemente grave como para ser considerado maníaco.

Identidad. Rol general de la persona en la vida y la percepción del ser propio.

Lenguaje expresivo. Comunicación que implica el proceso de expresar las ideas y los pensamientos en palabras y luego en el habla.

Lenguaje receptivo. Decodificación de palabras y oraciones orales que requieren la diferenciación entre sonidos, la interpretación de lo que se escucha y la asignación del significado a las palabras y las oraciones.

Manía. Estado de ánimo caracterizado por euforia excesiva, hiperactividad, agitación, y habla y pensamientos acelerados.

Mecanismo de afrontamiento. Forma de adaptarse al estrés ambiental. Incluye la motivación consciente e inconsciente.

Personalidad. Rasgos mentales, características y estilos de conducta que permanecen estables con el tiempo.

Psicopatología. Conducta, cognición o emoción anormal e inadaptativa.

Prueba de la realidad. Capacidad para evaluar el mundo externo objetivamente y para diferenciar adecuadamente entre este mundo y el interno.

Psicosis. La incapacidad de distinguir la realidad de la irrealidad y, en particular, la experiencia de alucinaciones y delirios.

Regulación (regulación de emociones). El control y la adaptación de los pensamientos o conductas que influyen en la naturaleza, el momento oportuno y la expresión de las emociones.

Retraso mental. Trastorno en el que la capacidad de una persona de aprender y funcionar es más limitada que en otras personas de la misma edad. Durante la infancia y los primeros años en los que un niño comienza a caminar, se lo puede considerar solamente un poco lento, aunque puedan ser visibles retrasos en el desarrollo y en las habilidades motrices y del lenguaje. Sin embargo, a menudo no se realiza un diagnóstico del retraso mental hasta la escuela primaria cuando el niño presenta dificultad para desarrollar las habilidades académicas.

Trastorno bipolar. Trastorno del estado de ánimo caracterizado por episodios variables de manía, hipomanía y depresión. El trastorno bipolar I se refiere a la presencia de uno o más episodios maníacos, a menudo precedidos o seguidos de un episodio depresivo. El trastorno bipolar II se refiere a la presencia de uno o más episodios depresivos importantes y por lo menos un episodio hipomaniaco y sin presencia de episodios maníacos.

Trastorno ciclotímico. Forma crónica pero menos grave del trastorno bipolar que incluye episodios de hipomanía y varios episodios de depresión durante un período de dos años.

Trastorno del estado de ánimo. Grupo de enfermedades mentales caracterizadas por alteraciones del estado de ánimo (el estado emocional sostenido que afecta la percepción del mundo).

Trastorno depresivo mayor (MDD). Depresión grave que dura seis meses o más. El MDD tiene muchas similitudes en adolescentes y adultos: tristeza, pesimismo, alteraciones del sueño y el apetito, disminución de concentración y del deseo sexual. Sin embargo, en los adolescentes, estos síntomas también pueden estar acompañados de ansiedad e irritabilidad.

Trastorno distímico. Literalmente significa "malhumorado"; depresión menor. El diagnóstico se determina cuando la persona sufre un estado de ánimo deprimido persistente, que dura la mayor parte del día, la mayor parte del tiempo, durante un período de dos años para los adultos y de un año para los niños y los adolescentes.

Trastornos del pensamiento. Trastorno caracterizado por la disminución del pensamiento, incluida el habla desorganizada, incoherente o ambigua, delirios, alucinaciones o paranoia.

Trauma. Lesión, física o psicológica, producto de un choque, violencia o abuso.

Verbigeración. Es un trastorno psíquico que puede definirse como la repetición de palabras y frases sin sentido general aunque los síntomas, tomados uno por uno, sean inteligibles y parezcan relacionarse de manera normal.

RESUMEN

Las enfermedades psiquiátricas deteriorantes son consideradas como “locura”, lo que nos remite a buscar síntomas y características para determinar que hacen éstas en el ser humano, encontrando que las habilidades sociales como las primarias, avanzadas, las relacionadas con los sentimientos, las alternativas a la agresión, las necesarias para hacer frente al estrés, y las de planificación sufren un importante deterioro por la falta de contacto social, familiar, laboral, entre otros; debido en gran parte, a la estigmatización y aislamiento que sufren dichos individuos.

Los grupos de apoyo se constituyen en mecanismos de integración y convivencia para personas con características similares que permiten a sus miembros interactuar y consolidar relaciones sociales.

En el grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante del Centro de Salud Mental de Envigado, encontramos enfermedades psiquiátricas y neuropsiquiátricas deteriorantes tales como: esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, depresión mayor, retraso mental, epilepsia y trauma encefalocraneal. Al analizar sus habilidades sociales se encontró que el Grupo de apoyo se constituye en un factor protector y de soporte para la construcción de relaciones interpersonales y de sostenimiento de las habilidades sociales en general. Los resultados de la información obtenida del grupo de cuidadores reflejan cómo a partir de dicho grupo estas habilidades se han mantenido en algunos y desarrollado en otros.

En el grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante del Centro de Salud Mental de Envigado se aplican y cumplen las cinco funciones

descritas por Levine Y Perkins (1987) para los grupos (de apoyo y ayuda mutua) en el contexto del apoyo social para los que participan de ellos. Debido a que los grupos de apoyo contribuyen a:

a) Promover el sentimiento psicológico de comunidad, al compartir con otros el problema y compararse entre ellos, la experiencia que antes era personal se convierte en social. Reduciendo el aislamiento social de las personas.

b) Proporcionar una ideología que atribuye significado a las circunstancias particulares de la vida diaria y a las personas que no se ajustan a la norma ideal. Permitiéndoles obtener una identidad social normalizada.

c) Ofrecer una oportunidad para la autorrevelación y la crítica mutua. En el grupo se comparten sentimientos y se favorece la solidaridad mutua, lo que facilita la toma de conciencia de su situación que sirve para aprender nuevos comportamientos.

d) Suministrar modelos de conducta. Las conductas positivas de un miembro sirven de modelo a los demás, los roles de ayudar y recibir, son intercambiables, el que ayuda un día recibe otro día, por tanto la ayuda es recíproca.

e) Brindar una red de relaciones sociales. Los que componen el grupo se constituyen en una red de relaciones, un vínculo que llega a ser afectivamente muy importante para sus miembros, ello reduce el aislamiento al que estaban sometidos y también el sentimiento de estigma social que va asociado en muchas ocasiones a determinadas situaciones de enfermedad física o problema social.

Por lo tanto se concluye que los grupos de apoyo se constituyen en una herramienta para el desarrollo y fortalecimiento de las habilidades sociales en pacientes con enfermedades psiquiátricas y neuro psiquiátricas deteriorantes.

ABSTRACT

Deteriorating psychiatric illnesses are considered as "madness," which leads us to seek to identify symptoms and characteristics to determine how they act in human beings, finding that social skills—just as other skills like primary, advanced, those associated with feelings, alternatives to aggression, coping with stress, and planning—deteriorate significantly over the lack of social, familial, and workforce contact, among others, due in large part to the stigma and isolation that these individuals suffer.

Support groups are based upon integration and coexistence mechanisms for people with similar characteristics that allow members to interact and build relationships.

In the Support Group of Patients with Deteriorating Psychiatric Illnesses at the Mental Health Center of Envigado, we found deteriorating psychiatric and neuropsychiatric illnesses, such as: schizophrenia; bipolar affective disorder; major depression; mental retardation; epilepsy; and trauma encefalocranial. In analyzing their social skills, it was found that the support group constitutes a protective factor and supports building and sustaining relationships of social skills in general. The results of information obtained from the caretaker group reflect how these skills have been maintained in some individuals and developed in others.

In the Support Group of Patients with Psychiatric Illness Deteriorating Mental Health Center of Envigado, five functions are applied and executed as described by Levine and Perkins (1987) for groups (of support and mutual aid) in the context of social support for those who partake in them. This is because the support groups

help:

a) Promote the psychological sense of community, sharing the problem with others and comparing between them. Formerly personal experiences become social, reducing social isolation of individuals.

b) Provide an ideology that attributes meaning to the particular circumstances of daily life and for the people who do not meet the ideal standard, enabling them to obtain a social identity standard.

c) Provide an opportunity for self-discovery and mutual criticism. The group shares feelings and favors mutual solidarity, facilitating individual consciousness of one's situation and using that to learn new behaviors.

d) Supply models of conduct. The positive behavior of a member serves as a model for others. The roles of helping and receiving help are interchangeable: one who offers help on one occasion is given help on another, rendering the act of helping as one of reciprocation.

e) Provide a network of social relations. Those who comprise the group are operating within a network of relationships, a bond that becomes emotionally very important to its members; this reduces the isolation to which they were subjected and also assuages the social stigma often associated with certain situations, physical illnesses, or social problems.

Therefore, it is concluded that support groups constitute a tool for development and strengthening of social skills in patients with psychiatric and neuropsychiatric deterioration.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades psiquiátricas deteriorantes, incluyendo las neuropsiquiátricas, hacen parte del panorama epidemiológico de Envigado, Medellín, Itagüí y Sabaneta y seguirán en el escenario nacional para las próximas décadas, incrementando incluso su presencia como causa de enfermedad, discapacidad y muerte. Por lo tanto se hace urgente el manejo epidemiológico de dichos problemas.

Las enfermedades psiquiátricas deteriorantes, tienen como característica fundamental el deterioro cognitivo y la disfunción social de los individuos; debido a esto, se ven altamente afectadas las habilidades sociales en el sujeto. Dichas habilidades están agrupadas en básicas, avanzadas, relacionadas con los sentimientos, alternativas a la agresión, hacer frente al estrés y de planificación. Todas estas habilidades hacen parte del vínculo social que establece el individuo con el entorno.

Debido a que la disfunción social es una característica fundamental en los pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante (esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y depresión mayor) y que ésta se presenta en el inicio de la enfermedad y ante la ausencia de redes de apoyo social los pacientes tenderán a un incremento en el deterioro de sus habilidades sociales; se hace necesario conformar grupos de apoyo, orientados al sostenimiento y desarrollo de las habilidades sociales que le permita al paciente medios de inclusión orientados a su desarrollo integral y disminución de la estigmatización social.

Este trabajo busca la identificación de las habilidades sociales en las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante, con la finalidad de determinar si los grupos de apoyo, realmente contribuyen al desarrollo y sostenimiento de las habilidades sociales. Dicho trabajo además pretende plantear la utilidad de crear mecanismos de potencialización de las habilidades sociales, y la creación de planes de acción, prevención y promoción de la salud mental y la identificación de los retos que se esperan para el futuro.

Este trabajo es derivado de la práctica investigativa formativa y profesional de las estudiantes de psicología, el cual es de tipo cuantitativo cuyo diseño es no experimental, descriptiva correlacional, de corte transversal. Este trabajo se clasifica como un estudio no experimental, de corte trasversal, debido a que en él no se hace tratamiento y se hace en un sólo momento, por lo que no existen periodos de seguimiento y se realiza en un momento determinado de la evolución del trastorno. De la misma manera la población se selecciona de acuerdo a si tienen o no el trastorno (Hernández, Fernández & Baptista, 1998; Kerlinger, & Lee, 2001; Blanco & Maya, 1999).

Dicho trabajo fue llevado a cabo con usuarios que conforman el grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante del Centro de Salud Mental de Municipio de Envigado; se tomó como muestra a 29 pacientes con edades superiores a los 18 años los cuales conformaron el grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el periodo comprendido entre febrero y octubre del año 2009.

Este trabajo tuvo como objetivo identificar las habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental del Municipio de Envigado durante el año 2009. Es un estudio, que permite identificar las habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante del Centro de Salud Mental del Municipio de Envigado.

Este trabajo da la posibilidad de identificar no sólo las principales habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante, sino también determinar si existe algún nivel de funcionalidad de las familias de los pacientes que asisten al grupo de apoyo, que pueda llegar a convertirse en un factor protector o de riesgo en el sostenimiento y desarrollo de las habilidades sociales. Para ello se utilizaron instrumentos de evaluación y medición como son: El APGAR FAMILIAR, TEST DE HABILIDADES SOCIALES Y EVALUACIÓN ABC, Y AVD, los cuales dan la posibilidad de explorar el tipo de funcionalidad familiar del paciente, las actividades básicas cotidianas y de la vida diaria y el desarrollo de las habilidades sociales.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El interés por realizar este trabajo de investigación, nace de la observación en la práctica investigativa formativa y profesional en el grupo de apoyo para pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante del Centro de Salud Mental de Envigado, durante los años 2007, 2008 y 2009.

Al observar que los pacientes pertenecientes a este grupo presentan algunas habilidades sociales en las áreas de: primeras habilidades sociales, habilidades sociales avanzadas, habilidades relacionadas con los sentimientos, habilidades alternativas a la agresión, habilidades para hacer frente al estrés y habilidades de planificación; surge entonces el interés por conocer cuáles de dichas habilidades sociales se encuentran presentes en estos pacientes y el estado de éstas.

Las habilidades sociales presentan una gran relevancia, debido a que son ellas, el vínculo que tiene el sujeto con su entorno social y familiar. Algunas investigaciones (Chuaqui, 2005) han encontrado la estigmatización que sufren los pacientes psiquiátricos por el poco conocimiento que se tiene de dichas enfermedades y los mitos urbanos generados alrededor de ellas; lo que ha ocasionado que sean excluidos no sólo por sus familias sino por la sociedad en general, por ser considerados como dementes violentos y personas no funcionales socialmente (Chuaqui, 2005).

Según datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2008) el 1% de la población mundial padecen los trastornos esquizofrénico y bipolar afectivo, lo que generó interés en el grupo de investigación, adicionalmente al indagar en las instituciones de Salud Mental se encontró que el Psiquiatra Álvaro Cárdenas

Hincapié (Gerente General Centro de Salud Mental de Envigado)¹ afirma que en estudios realizados en el Departamento de Antioquia, específicamente en el Municipio de Envigado la prevalencia de dichos trastornos es del 2,6% superando los índices mundiales, razón por la cual se decide realizar la investigación principalmente en pacientes esquizofrénicos y con otras enfermedades psiquiátricas deteriorantes, para así poder realizar una labor de psico educación en la comunidad y reducir el deterioro de las habilidades sociales, buscando hacer dichos pacientes más funcionales y mejorar su evolución clínica.

¹ Documento extraído de la página web: www.disaster-info.net. Ubicado en: *www.disaster-info.net/desplazados/informes/pah2/.../saludmental.ppt*

2. JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia es uno de los trastornos de la Salud Mental más complejos que existen y ha sido considerada a través del tiempo como la enfermedad mental por excelencia (Dentro del grupo de apoyo con enfermedad psiquiátrica deteriorante del Centro de Salud Mental de Envigado, representan el 70% de la población total del grupo). Los datos estadísticos indican que la esquizofrenia afecta al 1,1 por ciento de la población Mundial, es decir, en la actualidad 24 millones de habitantes del planeta sufren de esquizofrenia (OMS, Noviembre 2008). Dicho porcentaje aplicado al Municipio de Envigado que posee 174.108 habitantes, nos habla de una cifra aproximada de 17.410 habitantes con dicho trastorno.

Cuidar de la Salud Mental de las personas y crear conciencia en ellas en relación a este aspecto es un trabajo que amerita importancia, y más aun, es un derecho que tiene todo ciudadano. Dentro de las políticas de salud mental se dice que las personas con trastorno mental poseen iguales derechos que los demás ciudadanos y, además, aquellos derechos están relacionados con sus necesidades específicas, entre las cuales se encuentran: atención y tratamiento, rehabilitación laboral, psicosocial y apoyo a la integración social, apoyo a sus familias, alojamiento y atención residencial comunitaria, apoyo económico, protección y defensa de derechos (Rodríguez, 2002).

En Colombia, esos derechos y otros referentes a su atención misma han sido ratificados (resolución 002417 de 1992 del Ministerio de Salud) e incluye el derecho a no ser discriminadas en el ejercicio y goce de sus derechos, a ser tratados con respeto y dignidad, a no ser calificados de enfermos mentales, ni ha de ser objeto de diagnóstico o tratamiento, en esa condición, por razones

políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de salud mental; a recibir atención adecuada, a recibir explicación sobre su diagnóstico y tratamiento. De acuerdo a esto, no se conocen medidas preventivas para disminuir la incidencia de las enfermedades psiquiátricas. Sin embargo, la identificación e intervención tempranas pueden mejorar la calidad de vida de las personas que sufren estos trastornos.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Identificar las habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental de Envigado, durante el año 2009.

3.2. Objetivos Específicos

- ψ Realizar los perfiles psicológicos de los pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante pertenecientes al grupo de apoyo con dicho nombre en el Centro de Salud Mental de Envigado.
- ψ Identificar las habilidades sociales de los pacientes psiquiátricos del grupo de apoyo del centro de Salud Mental de Envigado.
- ψ Evaluar cada una de las variables de las habilidades sociales en los pacientes psiquiátricos pertenecientes al grupo de apoyo con enfermedad psiquiátrica deteriorante del Centro de Salud Mental de Envigado.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Enfoque

Empírico – analítico

4.2. Nivel de Investigación

El nivel de esta investigación es de tipo exploratorio debido a que se estudió un grupo de pacientes con enfermedades estigmatizadas socialmente, por considerarse una población carente de habilidades sociales, ante lo cual son percibidas como cercanas a la “locura”.

4.3. Diseño de investigación

Este trabajo se clasifica como un estudio no experimental, de corte transversal, debido a que en él no se hace tratamiento y se hace en un solo momento, por lo que no existen periodos de seguimiento y se realiza en un momento determinado de la evolución del trastorno. De la misma manera la población se selecciona de acuerdo a si tienen o no el trastorno (Hernández, Fernández & Baptista, 1998; Keringer & Lee, 2001; Blanco & Maya, 1999)

4.4. Población y muestra:

4.4.1 Población: Usuarios que consultan en el Centro de Salud Mental del Municipio de Envigado y que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante.

4.4.2 Muestra: Para la definición y cálculo de la muestra se tomó como fuente de datos la inscripción al grupo de apoyo de enfermedad psiquiátrica deteriorante del Centro de Salud Mental de Envigado, conformada por 37 pacientes en el 2009.

Se tomó como muestra final a los pacientes que asistían en forma regular, es decir cada ocho días, o con menos de dos inasistencias en el semestre.

4.4.3 Muestreo: El muestreo se llevó a cabo por conveniencia, debido a que los participantes en el trabajo serán aquellos que consulten en forma regular, o con menos de dos inasistencias en el semestre y que hubiesen sido remitidos por psiquiatría al grupo de apoyo

4.4.4 Prueba piloto: Las evaluaciones se le aplicaron inicialmente a 5 pacientes del Centro de Salud Mental de Envigado, con el fin de calcular el tiempo en la duración de la aplicación de las evaluaciones, la comprensión de los ítems e identificar inconvenientes que pudieran surgir.

4.5. Variables

Se controló el diagnóstico psiquiátrico, la permanencia y la antigüedad en el grupo de apoyo, la medicación, debido a que es un criterio de inclusión para poder permanecer en el Grupo de Apoyo. Como criterio de exclusión se tomó el mismo diagnóstico, ya que es condición para pertenecer al Centro de Salud Mental y la permanencia en el grupo, ya que si presentaba irregularidad en la asistencia, no podía ser tenido en cuenta para la evaluación.

4.5.1 Variables Demográficas

Tales como sexo, estrato socioeconómico, nivel académico, estado civil, lugar de residencia.

4.5.2 Variables de análisis

De acuerdo con las evaluaciones, se determina si el paciente cuenta con habilidades sociales y si sus cuidadores perciben la presencia de dichas habilidades. Así mismo identificar la funcionalidad de la familia y por último realizar un comparativo entre la auto percepción del paciente y la percepción de los cuidadores.

4.5.3. Variables de evaluación de habilidades sociales

- Primeras habilidades sociales: se refiere a, la capacidad de comunicación del individuo con respecto al medio social.
- Habilidades sociales avanzadas: capacidad que tiene un una persona de iniciar y mantener las relaciones con los demás individuos.
- Habilidades relacionadas con los sentimientos: se refiere a la forma en la que el individuo expresa su afecto.
- Habilidades alternativas a la agresión: se refiere a la capacidad de expresar emociones sin utilizar la violencia.
- Habilidades para hacer frente al estrés: da cuenta de la capacidad de adaptación frente a situaciones de presión y tensión.
- Habilidades de planificación: capacidad para identificar las necesidades y problemas en un momento dado, establecer los objetivos a conseguir y determinar las actuaciones a emprender para provocar los cambios deseados.

4.5.4. Tabla de Operacionalización de Variables

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES
1	Sexo	Características orgánicas que diferencian al hombre y a la mujer.	Cualitativa	Hombre (1), Mujer (2)
2	Edad	Número de años cumplidos que ha vivido el paciente	Cuantitativa	15 años en adelante Menores de 20 años (1) Entre 20 y 30 años (2) Entre 31 - 40 (3) Entre 41-50 años (4) Entre 51- 60 años (5) Mayores 60 años (6)
3	EPS	Entidad promotora de salud a la que está afiliado el paciente.	Cualitativa	Colmédica (1) Coomeva (2) Nueva EPS (3) Particular (4) SaludCoop (5) Sena (6) Sisben (7) SuSalud (8)
4	Escolaridad	Grado de escolaridad o académico que ha alcanzado el paciente.	Cualitativa	Primaria completa (1), primaria incompleta (2), secundaria incompleta (3), secundaria completa (4), técnicos (5), tecnológicos y/o universitarios (6), sin estudios (7)
5	Estado civil	Situación civil en que se encuentra viviendo el paciente.	Cualitativa	Soltero (1), Casado(2), Separado (3)
6	Nro. de Hijos	Cantidad de hijos que tiene el paciente	Cuantitativa	0,1,2,3
7	Estrato socioeconómico	Jerarquía de distribución de bienes y de oportunidades que favorece a determinados niveles de la sociedad.	Cuantitativa	1, 2, 3, 4, 5
8	Municipio de residencia	Municipio donde está ubicado el lugar de residencia del paciente	Cualitativa	Envigado (1), Itagüí (2), Medellín (3), Sabaneta (4)

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES
9	Barrio de residencia	Lugar específico de residencia del paciente	Cualitativa	Álcala (1), Alto de los Calles (2), Andalucía (3), Betania (4), Calasanz (5), El Dorado (6), El Triánon (7), Guayabal (8), La América (9), La Magnolia (10), La Mina (11), La Paz (12), Las Antillas (13), Las Flores (14), Las Margaritas (15), Las Orquídeas (16), Los Naranjos (17), Los Naranjos - Itagüí (18), Mesa (19), Obrero (20), Rosellón (21), San José La Estatua (22), San Marcos (23), San Rafael (24), Santa Lucia (25), Uribe Ángel (26)
10	Ocupación	Actividad económica a la que está dedicado el paciente.	Cualitativa	Ama de Casa (1), sin ocupación (2), Auxiliar Iglesia Santa Ana - cantante música religiosa (3), Auxiliar transporte escolar (4), Dicta clases (5), Encuadernador (6), Pensionado (7), Profesor - Escritor (8), Taller mecánica (9), Vendedor Omnilife (10), Vendedor Q'hubo (11), Vendedor Q'hubo - retirado (12)
11	Tipo de Familia		Cualitativa	Extensa (1), Monoparental (2), Nuclear (3)
12	APGAR FAMILIAR		Cualitativa	Sin evaluación (1), Funcionales (2), Disfunción Leve (3), Disfunción moderada (4), Disfunción severa (5)

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES
13	Consumo de sustancias psicoactivas	Grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo sustancias no alcohólicas a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ellas.	Cualitativa	Cigarrillo (1), Ninguno (2)
14	Diagnóstico en Enfermedad Psiquiátrica Deteriorante		Cualitativa	Epilepsia (1), Epilepsia - Retardo Mental - Trastorno afectivo bipolar (2), Esquizoafectivo (3), Esquizofrenia (4), Esquizofrenia - Retardo Mental (5), Esquizofrenia - Trastorno afectivo bipolar (6), Esquizofrenia paranoide (7), Esquizofrenia paranoide - Depresión Mayor (8), Esquizofrenia paranoide y Residual (9), Esquizofrenia Residual (10), Retardo Mental (11), Secuelas Neuropsiquiátricas (12), Sin diagnóstico definido (13), Trastorno afectivo bipolar (14), Trastorno depresivo mayor presuntivo - Secuelas Neuropsiquiátricas (15)
15	Diagnóstico principal Enfermedad Psiquiátrica Deteriorante	Diagnóstico primario de enfermedad mental crónica	Cualitativa	Epilepsia y otros (1), Esquizofrenia (2), Esquizofrenia y otros (3), Retardo Mental (4) y Otros (5)

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES
16	Edad Inicio Enfermedad	Edad en la que se dio inicio a los síntomas de la enfermedad diagnosticada	Cualitativa	Nacimiento (1), Entre los 0 y 10 años(2), Entre 11 y 20 años (3), Entre 21 y 30 años (4), Más de 30 años (5)
17	Hospitalizaciones	Cantidad de ingresos que ha tenido a centros de salud mental, hospitales, clínicas	Cuantitativa	1, 2, 3, 4, 5, De 5 a 10, Más de 10, Sin información
18	Última hospitalización	Fecha en la que tuvo su último ingreso a un centro de salud	Cualitativa	Antes del 2000 (1), En el año 2000 (2), Entre el 2001 - 2005 (3), Después del 2005 (4), Sin Información (5)
19	Medicación	Suministración periódica de medicamentos con fines terapéuticos.	Cualitativa	Ácido Valproico (1), Fluoxetina (2), Clozapina (3), Clonazepan (4), Biperideno (5), Haloperidol (6), Olanzapina (7), Pipotiazina (8), Carbonato de Litio (9), Carbamazepina (10), Amitriptilina (11), Lorazepam (12), Propanol (13), Akineton (14), Aripiprazol (15), Espirolactona (16), Fenitoina (17), Fenobarbital (18), Levomepromazina (19), Captropiril (20), Enalapril (21), Furosemida (22), Risperidona (23), Stelazine (24), Trazadona (25), Warfarina (26), Amantadina (27), ASA (28), Dogmatil (29), Electrocin (30), Flexure (31), Gabapentin (32), Lagarctil (33), Paroxetina (34), Seroquel (35), Sertralina

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES
				(36), Sinogan (37), Tractal (38), Winadeine (39)
20	GRUPO I: Primeras habilidades sociales			
21	Escuchar	Escuchar es el esfuerzo físico y mental de querer captar con atención la totalidad del mensaje que se emite, tratando de interpretar el significado correcto del mismo, a través del comunicado verbal y no verbal que realiza el emisor e indicándole lo que creemos que hemos entendido	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
22	Iniciar una conversación.	Habilidad que posee una persona para iniciar una conversación con una o un grupo de personas.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
23	Mantener una conversación.	Habilidad que posee una persona para hablar de un tema específico y sostenerse en él.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
24	Formular una pregunta.	Habilidad que tiene una persona para formular preguntas puntuales.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES
				satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
25	Dar las gracias.	Habilidad que tiene una persona para agradecer en cualquier situación.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
26	Presentarse.	Habilidad que tiene una persona para darse a conocer con otras personas	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
27	Presentar a otras personas.	Habilidad que tiene una persona para entablar una conversación con otras personas.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
28	Hacer un cumplido.	Habilidad que tiene una persona para admirar a otras personas.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
29	GRUPO II. Habilidades sociales avanzadas			

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES
30	Pedir ayuda.	Capacidad de pedir o solicitar un favor que responde a una necesidad específica.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe, pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
31	Participar.	Capacidad para intervenir directa o indirectamente en la toma de decisiones.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe, pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
32	Dar instrucciones.	Capacidad que tienen las personas para dar explicaciones y hacerse entender.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe, pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
33	Seguir instrucciones.	Capacidad de entender y llevar a cabo las explicaciones dadas por otra persona.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe, pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
34	Disculparse.	Capacidad de admitir y reconocer los errores.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe, pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES
				habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
35	Convencer a los demás.	Capacidad de persuadir a otros.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
36	GRUPO III. Habilidades relacionadas con los sentimientos			
37	Conocer los propios sentimientos.	Reconocimiento de las propias emociones.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
38	Expresar los sentimientos.	Hablar u opinar acerca de nuestras emociones	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
39	Comprender los sentimientos de los demás.	Capacidad para entender las emociones de los demás.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES
40	Enfrentarse con el enfado del otro.	Capacidad de comprender el enojo de los demás.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
41	Expresar afecto.	Capacidad para exteriorizar los propios sentimientos.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
42	Resolver el miedo.	Capacidad para solucionar conflictos.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
43	Auto-recompensarse.	Capacidad de estimularse a sí mismo.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
44	GRUPO IV. Habilidades alternativas a la agresión			
45	Pedir permiso.	Capacidad para solicitar algún consentimiento o aprobación.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES
				satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
46	Compartir algo.	Capacidad para dar o recibir en un momento dado.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
47	Ayudar a los demás.	Capacidad que tenemos los seres humanos de colaborar o cooperar frente a una situación específica.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
48	Negociar.	Capacidad que tiene un individuo para resolver conflictos a través de acuerdos pactados con otras personas.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
49	Emplear el autocontrol.	Capacidad que tiene un sujeto de regular sus emociones.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES
50	Defender los propios derechos.	Habilidad que tiene un sujeto de entender cuando sus "derechos" (acuerdos familiares, laborales o sociales) han sido vulnerados.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
51	Responder a las bromas.	Capacidad para tolerar situaciones.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
52	Evitar los problemas con los demás.	Capacidad para hacerle frente a situaciones generadores de malestar.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
53	No entrar en peleas.	Capacidad de autorregulación y autocontrol ante situaciones de conflicto.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
54	GRUPO V. Habilidades para hacer frente al estrés			
55	Formular una queja.	Saber elaborar un cuestionamiento sobre algo con lo que no se está satisfecho.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES
				satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
55	Responder a una queja.	Saber dar respuesta ante una queja, identificando cuando se presenta	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
56	Demostrar deportividad después del juego.	Capacidad para disfrutar de un juego y saber perder con dignidad sin enfado ni agresión	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
57	Resolver la vergüenza.	Capacidad para manejar las situaciones bochornosas sin dejarse intimidar	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
58	Arreglárselas cuando le dejan de lado.	Capacidad para aprender a manejar la exclusión	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES
59	Defender a un amigo.	Habilidad para argumentar a favor de una persona por la que se siente afecto	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
60	Responder a la persuasión.	Capacidad para permitir que otro lo convenza o no con el discurso emitido.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
61	Responder al fracaso.	Capacidad para manifestar la tolerancia a la frustración	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
62	Enfrentarse a los mensajes contradictorios.	Capacidad de discernir cuando se presentan mensajes que pueden ser interpretados de varias formas.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
63	Responder a una acusación.	Habilidad de defenderse ante un cuestionamiento.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES
				habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
64	Prepararse para una conversación difícil.	Capacidad para organizar ideas y planteamientos ante una situación complicada o que genera sentimientos contradictorios	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
65	Hacer frente a las presiones de grupo.	Habilidad para impedir que las presiones de un grupo causen influencia sobre la forma de pensar o actuar.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
66	GRUPO VI. Habilidades de planificación			
67	Tomar iniciativas.	Capacidad para adelantarse a las situaciones.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
68	Discernir sobre la causa de un problema.	Habilidad para determinar causa, origen o génesis de una situación	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES
69	Establecer un objetivo.	Habilidad para definir metas y establecer hacia donde quiere dirigir una actividad	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
70	Recoger información.	Habilidad para la consecución de información (datos) que sean relevantes para el paciente	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
71	Resolver los problemas según su importancia.	Habilidad para dar prioridad a la solución de problemas.	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
72	Tomar una decisión.	Habilidad para decidir y saber escoger	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
73	Concentrarse en una tarea.	Habilidad para desarrollar una tarea con cuidado y dedicación	Cualitativa	La habilidad no se ha desarrollado (1), La habilidad existe, pero es deficiente (2), La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria (3), La

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES
				habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje (4)
74	Movilización	Capacidad de llevar o trasladarse de un lugar a otro.	Cualitativa	Si (1), No (2)
75	Camina por sus propios medios	Capacidad para desplazarse de un lugar a otro por sí mismo.	Cualitativa	Si (1), No (2)
76	Camina con ayudas ortopédicas	Necesidad de aparatos ortopédicos para el desplazamiento.	Cualitativa	Si (1), No (2)
77	Utiliza transporte	Medio para trasladar personas o cosas de un lugar a otro.	Cualitativa	Si (1), No (2)
78	Se desplaza a lugares como: casa-institución	Lugar de residencia. Establecimientos de orden social donde normalizan el comportamiento de los seres humanos.	Cualitativa	Si (1), No (2)
79	Supermercados	Lugar donde se venden varios productos.	Cualitativa	Si (1), No (2)
80	Templos religiosos	Edificio o construcción sagrada destinada al culto de una divinidad.	Cualitativa	Si (1), No (2)
81	Parques	Espacio destinado para el esparcimiento, la recreación.	Cualitativa	Si (1), No (2)
82	Higiene	Cuidado personal.	Cualitativa	Si (1), No (2)
83	Necesidades sanitarias	Necesidades fisiológicas (orinar, defecar).	Cualitativa	Si (1), No (2)
84	Se sienta y se levanta del inodoro	Capacidad de utilizar bien el inodoro.	Cualitativa	Si (1), No (2)
85	Usa el papel higiénico	Capacidad para utilizar el papel después de las necesidades fisiológicas	Cualitativa	Si (1), No (2)

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES
86	Vacía el inodoro	Capacidad de limpiar el inodoro después de realizar las necesidades fisiológicas.	Cualitativa	Si (1), No (2)
87	Baño	Espacio destinado para la limpieza del cuerpo.	Cualitativa	Si (1), No (2)
88	Entra y sale de la ducha	Capacidad de desplazarse solo al baño.	Cualitativa	Si (1), No (2)
89	Utiliza el jabón	Capacidad para utilizar adecuadamente el jabón.	Cualitativa	Si (1), No (2)
90	Maneja llaves de la ducha	Capacidad para manipular el dispositivo del agua.	Cualitativa	Si (1), No (2)
91	Se lava el cabello	Capacidad de asearse el pelo con agua y jabón o champú	Cualitativa	Si (1), No (2)
92	Se lava el cuerpo	Capacidad de asearse el cuerpo con agua y jabón.	Cualitativa	Si (1), No (2)
93	Se seca el cuerpo	Capacidad de quitar el agua sobrante del cuerpo.	Cualitativa	Si (1), No (2)
94	Se seca el cabello	Capacidad de quitar el agua sobrante de la cabeza.	Cualitativa	Si (1), No (2)
95	Utiliza desodorante	Capacidad para la aplicación de perfumes con el fin de evitar malos olores.	Cualitativa	Si (1), No (2)
96	Cuidado Personal	Aseo personal	Cualitativa	Si (1), No (2)
97	Se cepilla los dientes	Capacidad para el cuidado de la higiene oral.	Cualitativa	Si (1), No (2)
98	Se lava las manos	Capacidad para el cuidado personal	Cualitativa	Si (1), No (2)
99	Se lava la cara	Capacidad para el cuidado personal	Cualitativa	Si (1), No (2)
100	Se peina	Capacidad para el cuidado personal	Cualitativa	Si (1), No (2)
101	Se corta y limpia las	Capacidad para el	Cualitativa	Si (1), No (2)

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES
	uñas	aseo personal		
102	Se administra sus medicamentos	Capacidad para manejar remedios	Cualitativa	Si (1), No (2)
103	Se maquilla		Cualitativa	Si (1), No (2)
104	Vestido	Capacidad para ponerse la ropa		
105	Se quita y se pone ropa interior	Capacidad para vestirse solo.	Cualitativa	Si (1), No (2)
106	Se quita y se pone medias	Capacidad para ponerse calcetines solo.	Cualitativa	Si (1), No (2)
107	Se quita y se pone vestidos	Capacidad para vestirse solo.	Cualitativa	Si (1), No (2)
108	Se quita y se pone pantalones	Capacidad para vestirse solo.	Cualitativa	Si (1), No (2)
109	Manipula hebillas, botones y cremalleras	Capacidad para manejar implementos de vestuario	Cualitativa	Si (1), No (2)
110	Se quita y se pone zapatos	Capacidad para calzarse solo.	Cualitativa	Si (1), No (2)
111	Hace nudo a los zapatos	Capacidad para calzarse solo.	Cualitativa	Si (1), No (2)
112	Alista la ropa	Capacidad para la organización de la ropa.	Cualitativa	Si (1), No (2)
113	Alimentación	Obtención, preparación e ingesta de alimentos.		
114	Come con cuchara	Capacidad para utilizar la cuchara.	Cualitativa	Si (1), No (2)
115	Bebe en pocillo-vaso	Capacidad para ingerir líquidos.	Cualitativa	Si (1), No (2)
116	Utiliza cubiertos(cuchillo, tenedor)	Capacidad para manejar el cuchillo y tenedor.	Cualitativa	Si (1), No (2)
117	Mastica- deglute	Capacidad para consumir alimentos.	Cualitativa	Si (1), No (2)
118	Preparación de comidas	Capacidad para elaborar alimentos.	Cualitativa	Si (1), No (2)
119	Pela alimentos	Capacidad para quitar la cáscara de los alimentos.	Cualitativa	Si (1), No (2)
120	Corta verduras y tubérculos	Capacidad para rebanar verduras.	Cualitativa	Si (1), No (2)
121	Abre recipientes, latas, botellas, etc.	Capacidad para abrir recipientes.	Cualitativa	Si (1), No (2)
122	Sirve comidas	Capacidad para preparar alimentos	Cualitativa	Si (1), No (2)

Nro.	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	VALORES
123	Vierte líquidos	Capacidad para preparar líquidos	Cualitativa	Si (1), No (2)
124	Utiliza electrodomésticos de cocina: (estufa eléctrica, a gas, licuadora, picadora, etc.	Capacidad para manipular aparatos eléctricos	Cualitativa	Si (1), No (2)
125	Pone la mesa	Capacidad para colocar la mesa.	Cualitativa	Si (1), No (2)
126	Apila platos	Capacidad para poner un plato encima del otro.	Cualitativa	Si (1), No (2)
127	Lava, seca y guarda la loza	Capacidad para arreglar la loza.	Cualitativa	Si (1), No (2)
128	Hogar	Lugar donde vive una persona.		
129	Limpia pisos	Capacidad para asear el piso	Cualitativa	Si (1), No (2)
130	Lava pisos	Capacidad para asear el piso	Cualitativa	Si (1), No (2)
131	Lava ropa	Capacidad para el cuidado de la ropa.	Cualitativa	Si (1), No (2)
132	Pone a secar la ropa	Capacidad para tender la ropa.	Cualitativa	Si (1), No (2)
133	Plancha ropa	Capacidad para alisar la ropa.	Cualitativa	Si (1), No (2)
134	Tiende la cama	Capacidad para estirar las sábanas de la cama.	Cualitativa	Si (1), No (2)
135	Enciende y apaga luces	Capacidad para prender y apagar luces.	Cualitativa	Si (1), No (2)
136	Usa tijeras	Capacidad para cortar con tijeras.	Cualitativa	Si (1), No (2)
137	Otras actividades			
138	Maneja la radio y el televisor	Capacidad para manejar aparatos eléctricos.	Cualitativa	Si (1), No (2)
139	Sabe manejar dinero	Capacidad para manipular dinero.	Cualitativa	Si (1), No (2)
140	Sabe utilizar el teléfono	Capacidad para manipular el teléfono.	Cualitativa	Si (1), No (2)

4.5.5. Recolección de datos

El trabajo de campo se realizó de acuerdo con el cronograma. Inicialmente se realizó un entrenamiento en la aplicación de las evaluaciones, por parte del Centro de Salud Mental y posteriormente cada practicante en psicología aplicó las evaluaciones en los encuentros de grupo de apoyo y en algunos casos se citaron en otros momentos al Centro de Salud Mental y posteriormente se consignaron los resultados en las bases de datos o se diligenciaron las evaluaciones para ser procesados por las practicantes.

Se elaboró una base de datos en Excel y posteriormente se procesaron los datos y se procedió a hacer el análisis estadístico. Se describirán las habilidades sociales, la funcionalidad o disfuncionalidad familiar y el perfil psicológico de cada uno de los pacientes por medio de medidas de frecuencia (porcentajes) en toda la población estudiada.

4.6. Instrumentos

4.6.1. Test Habilidades Sociales

Habilidades	Puntuación			
	1	De 1 a 5	5	De 5 a 10
GRUPO I: Primeras habilidades sociales				
1. Escuchar.				
2. Iniciar una conversación.				
3. Mantener una conversación.				
4. Formular una pregunta.				
5. Dar las gracias.				
6. Presentarse.				
7. Presentar a otras personas.				
8. Hacer un cumplido.				
GRUPO II. Habilidades sociales avanzadas				
9. Pedir ayuda.				
10. Participar.				
11. Dar instrucciones.				
12. Seguir instrucciones.				
13. Disculparse.				
14. Convencer a los demás.				
GRUPO III. Habilidades relacionadas con los sentimientos				
15. Conocer los propios sentimientos.				
16. Expresar los sentimientos.				
17. Comprender los sentimientos de los demás.				
18. Enfrentarse con el enfado del otro.				
19. Expresar afecto.				
20. Resolver el miedo.				
21. Auto-recompensarse.				
GRUPO IV. Habilidades alternativas a la agresión				
22. Pedir permiso.				
23. Compartir algo.				
24. Ayudar a los demás.				
25. Negociar.				
26. Emplear el autocontrol.				

Habilidades	Puntuación			
	1	De 1 a 5	5	De 5 a 10
27. Defender los propios derechos.				
28. Responder a las bromas.				
29. Evitar los problemas con los demás.				
30. No entrar en peleas.				
GRUPO V. Habilidades para hacer frente al estrés				
31. Formular una queja.				
32. Responder a una queja.				
33. Demostrar deportividad después del juego.				
34. Resolver la vergüenza.				
35. Arreglárselas cuando le dejan de lado.				
36. Defender a un amigo.				
37. Responder a la persuasión.				
38. Responder al fracaso.				
39. Enfrentarse a los mensajes contradictorios.				
40. Responder a una acusación.				
41. Prepararse para una conversación difícil.				
42. Hacer frente a las presiones de grupo.				
GRUPO VI. Habilidades de planificación				
43. Tomar iniciativas.				
44. Discernir sobre la causa de un problema.				
45. Establecer un objetivo.				
47. Recoger información.				
48. Resolver los problemas según su importancia.				
49. Tomar una decisión.				
50. Concentrarse en una tarea.				
Calificación				
Marque 1 cuando la habilidad no se ha desarrollado				
Marque de 1 a 5 cuando se presente aumento en la capacidad pero sigue existiendo deficiencia.				
Marque 5 cuando la habilidad sea pasable en algunas situaciones pero escasa y no satisfactoria.				
Marque de 5 a 10 cuando la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje.				

4.6.2 Evaluación en ABC y AVD

Las actividades básicas cotidianas (ABC) incluye: Higiene, Alimentación, Vestido

Las actividades de la vida diaria (AVD) se refieren al nivel de autonomía para la participación en actividades en la institución y aquellas que se requieren para el desempeño de forma independiente a nivel social.

	FAMILIA		PACIENTE	
	SI	NO	SI	NO
1. MOVILIZACIÓN				
Camina por sus propios medios				
Camina con ayudas ortopédicas				
Utiliza transporte				
Se desplaza a lugares como: casa- institución				
Supermercados				
Templos religiosos				
Parques				
2. HIGIENE				
2.1 Necesidades sanitarias:				
Se sienta y se levanta del inodoro				
Usa el papel higiénico				
Vacía el inodoro				
2.2 BAÑO				
Entra y sale de la ducha				
Utiliza el jabón				
Maneja llaves de la ducha				
Se lava el cabello				
Se lava el cuerpo				
Se seca el cuerpo				
Se seca el cabello				
Utiliza desodorante				
2.3 CUIDADO PERSONAL				
Se cepilla los dientes				
Se lava las manos				
Se lava la cara				
Se peina				
Se corta y limpia las uñas				
Se administra sus medicamentos				
Se maquilla				

	FAMILIA		PACIENTE	
	SI	NO	SI	NO
3. VESTIDO				
Se quita y se pone ropa interior				
Se quita y se pone medias				
Se quita y se pone vestidos				
Se quita y se pone pantalones				
Manipula hebillas, botones y cremalleras				
Se quita y se pone zapatos				
Hace nudo a los zapatos				
Alista la ropa				
4. ALIMENTACIÓN				
Come con cuchara				
Bebe en pocillo- vaso				
Utiliza cubiertos(cuchillo, tenedor)				
Mastica- deglute				
5. PREPARACIÓN DE COMIDAS				
Pela alimentos				
Corta verduras y tubérculos				
Abre recipientes, latas, botellas, etc.				
Sirve comidas				
Vierte líquidos				
Utiliza electrodomésticos de cocina: (Estufa eléctrica, a gas, licuadora, picadora, etc.)				
Pone la mesa				
Apila platos				
Lava, seca y guarda la loza				
6. HOGAR				
Limpia pisos				
Lava pisos				
Lava ropa				
Pone a secar la ropa				
Plancha ropa				
Tiende la cama				
Enciende y apaga luces				
Usa tijeras				
7. OTRAS ACTIVIDADES				
Maneja la radio y el televisor				
Sabe manejar dinero				
Sabe utilizar el teléfono				

4.6.3 Cuestionario APGAR Familiar

El APGAR familiar puede usarse periódicamente para determinar problemas de familia. Puede incluirse en la evaluación inicial y también puede incluirse como evaluación a través del tiempo. El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar.

Marque con una X una sola respuesta a cada frase:

	N	CN	AV	CS	S
Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta					
Comentarios					
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo					
Comentarios					
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades o direcciones					
Comentarios					
Yo estoy satisfecho con el modo en que mi familia expresa sus afectos y responder a mis emociones, tales como tristeza, rabia, amor					
Comentarios					
Yo estoy satisfecho con la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo, el espacio y el dinero.					
Comentarios					

N: Nunca

CN: Casi nunca

AV: A veces

CS: Casi siempre

S: Siempre

4.6.4 Formato Hoja de Vida Paciente

Hoja de Vida Paciente			
Nombre Completo			
Diagnostico			
Documento			
Fecha Nacimiento		Edad	
Dirección		Barrio	
Teléfono		EPS	
Nombre del Cuidador			
Parentesco			
Crisis en el semestre			
Manejo de medicación			
Última Consulta - profesional			
Asistencia			
Observaciones			

5. PRESUPUESTO

5.1. PRESUPUESTO GLOBAL DEL TRABAJO DE GRADO

Tabla No1. Presupuesto Global del Trabajo de Grado. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

RUBROS	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	IUE	Externa	
Personal	\$ 2.000.000,00	\$	\$	\$ 2.000.000,00
Material y suministros	\$ 395.000,00	\$	\$	\$ 395.000,00
Salidas de campo	\$ 1.450.000,00	\$	\$	\$ 1.450.000,00
Bibliografía	\$ 900.000,00	\$	\$	\$ 900.000,00
Equipos	\$ 5.720.000,00	\$	\$	\$ 5.720.000,00
Publicaciones	\$ 850.000,00	\$	\$	\$ 850.000,00
Otros	\$ 150.000,00	\$	\$	\$ 150.000,00
TOTAL	\$ 11.465.000,00	\$	\$	\$ 11.465.000,00

5.2. DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL

Tabla No 2. Descripción de los gastos de personal. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Nombre del (os) estudiantes	Función en el trabajo	Dedicación horas/sem	FUENTES			TOTAL
			Estudiantes	IUE	Ext.	
Lina M. Acevedo Olarte	Investigadora	4h	\$ 500.000	\$	\$	\$ 500.000
Diana M. Molina Galeano	Investigadora	4h	\$ 500.000	\$	\$	\$ 500.000
Liliana Llanos Jaramillo	Investigadora	4h	\$ 500.000	\$	\$	\$ 500.000
Isabel C. Sierra Echavarría	Investigadora	4h	\$ 500.000	\$	\$	\$ 500.000
TOTAL			\$ 2.000.000	\$	\$	\$ 2.000.000

5.3. DESCRIPCIÓN DE MATERIALES Y SUMINISTROS

Tabla No 3. Descripción de materiales y suministros. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Material	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	IUE	Externa	
Resmas papel	\$ 50.000	\$	\$	\$ 50.000
CD's	\$ 20.000	\$	\$	\$ 20.000
Tinta para impresora	\$ 150.000	\$	\$	\$ 150.000
Block amarillos	\$ 20.000	\$	\$	\$ 20.000
Marcadores	\$ 20.000	\$	\$	\$ 20.000
Cuadernos	\$ 50.000	\$	\$	\$ 50.000
Lápices	\$ 5.000	\$	\$	\$ 5.000
Lapiceros	\$ 80.000	\$	\$	\$ 80.000
TOTAL	\$ 395.000	\$	\$	\$ 395.000

5.4. DESCRIPCIÓN DE LAS SALIDAS DE CAMPO

Tabla No 4. Descripción de las salidas de campo. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

DESCRIPCIÓN DE LAS SALIDAS DE CAMPO	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	IUE	Externa	
Transporte	\$ 250.000	\$	\$	\$ 250.000
Refrigerios	\$ 1.200.000	\$	\$	\$ 1.200.000
TOTAL	\$ 1.450.000	\$	\$	\$ 1.450.000

5.5. DESCRIPCIÓN BIBLIOGRÁFICA

Tabla No 5. Descripción bibliográfica. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

DESCRIPCIÓN BIBLIOGRÁFICA	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	IUE	Externa	
Libros adquiridos	\$ 500.000,00	\$	\$	\$ 500.000,00
Fotocopias	\$ 100.000,00	\$	\$	\$ 100.000,00
Impresiones	\$ 300.000,00	\$	\$	\$ 300.000,00
TOTAL	\$ 900.000,00	\$	\$	\$ 900.000,00

5.6. DESCRIPCIÓN DE LAS SALIDAS DE CAMPO

Tabla No 6. Descripción de las salidas de campo. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

DESCRIPCIÓN EQUIPOS	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	IUE	Externa	
Equipos Portátiles (2)	\$ 4.000.000	\$	\$	\$ 4.000.000
Cámaras Fotográficas (3)	\$ 1.200.000	\$	\$	\$ 1.200.000
Impresora	\$ 400.000	\$	\$	\$ 400.000
Grabadora de mano	\$ 120.000	\$	\$	\$ 120.000
TOTAL	\$ 5.720.000	\$	\$	\$ 5.720.000

5.7. DESCRIPCIÓN PUBLICACIONES

Tabla No 7. Descripción publicaciones. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

DESCRIPCIÓN PUBLICACIONES	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	IUE	Externa	
Videos	\$ 300.000	\$	\$	\$ 300.000
Empastada textos	\$ 100.000	\$	\$	\$ 100.000
Material didáctico	\$ 450.000	\$	\$	\$ 450.000
TOTAL	\$ 850.000	\$	\$	\$ 850.000

6. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES		CRONOGRAMA																	
		primera fase								segunda fase									
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	semanas	semanas	semanas	semanas		
		semanas	semanas	semanas	semanas	semanas	semanas	semanas	semanas	semanas	semanas	semanas	semanas	semanas	semanas	1	2	3	4
Presentación Proyecto																			
Presentación de proyecto al centro de salud mental de emérgo																			
Aprobación del proyecto e inclusión de practicantes al CSM																			
Definición de actividades orientadas al desarrollo de habilidades y roles																			
Asistencia al grupo de apoyo de enfermedad psiquiátrica determinante del centro de salud mental de emérgo																			
Presentación proyecto y metodología al Epidemiólogo CSM																			
Resituación del anteproyecto																			
Entrega modificaciones del anteproyecto																			
Presentación informe parcial proyecto																			
Revisión bibliográfica																			
Elaboración de anteproyecto de grado																			
pre elaboración anteproyecto de grado																			
Aplicación de pruebas																			
Revisión Hojas Clínicas de los pacientes																			
Entrevista con cuidadores de los pacientes																			
Recodación de la información																			
Tabulación																			
Análisis de la información																			
Atribución de información en el trabajo de grado																			

7. MARCO DE REFERENCIA

7.1. ANTECEDENTES

7.1.1. “EL ESTIGMA EN LA ESQUIZOFRENIA”

CHUAQUI, Jorge. “El estigma en la esquizofrenia”. *Ciencias Sociales Online*, Marzo 2005, Vol. II, No. 1. Universidad de Viña del Mar – Chile.

Este artículo se basa en los resultados de dos investigaciones FONDECYT: la primera con entrevistas a 150 pacientes esquizofrénicos ambulatorios y 150 empresarios y la segunda a alrededor de 100 pacientes, alrededor de 100 tutores y de 100 vecinos y 60 parientes indirectos. Los resultados señalan que el 68% o más de los pacientes están en condición de trabajar si se les dieran la oportunidad y que la gran mayoría de los empresarios piensa que no podrían desempeñarse adecuadamente. Los ven como potencialmente peligrosos o violentos, inestables, poco confiables, etc., opiniones que, para pacientes compensados, no son compartidas por familiares y vecinos. Los vecinos tienen opiniones de los pacientes más positivas que los familiares porque están menos involucrados en situaciones traumáticas provocadas por la enfermedad antes de lograr el tratamiento adecuado. Lo que puede concluirse es la gran importancia de los procesos de comunicación en la formación del estigma.

El estigma en los empresarios se basa en el contenido de las representaciones sociales, que pueden tener su origen en: 1) las representaciones de la cultura popular, 2) las imágenes dramatizadas difundidas por los medios de comunicación social o de masas y 3) los procesos difusos de comunicación basados en verdades sólo de oídas, chismes y rumores, que fluyen a través de la sociedad y

que caricaturizan la realidad. Así, los empresarios tienen un gran desconocimiento real del problema y una imagen exageradamente negativa, que dificulta la reintegración laboral de personas con esquizofrenia. Otra fuente del estigma son las experiencias traumáticas vividas antes de que exista un tratamiento adecuado de la enfermedad, como las vividas por los familiares directos del paciente, que tienen un alto grado de emotividad y bloquean una evaluación objetiva. A través de la comunicación, esta imagen se trasmite a los parientes indirectos que tienen contacto con la familia directa del paciente. En otros casos, la presencia de la enfermedad hace que se rompan los vínculos entre la familia directa y los parientes indirectos.

7.1.2. OSM - Esquizofrenia² - ¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es una forma severa de una enfermedad mental que afecta alrededor de 7 personas de cada 1000 de la población adulta, más que todo entre los 15-35 años. A pesar de la baja incidencia (3-10,000), la enfermedad prevalece debido a su naturaleza crónica.

- La esquizofrenia afecta alrededor de 24 millones de personas en el mundo.
- La esquizofrenia es un desorden tratable, siendo más efectivo el tratamiento en las etapas iniciales.
- Más del 50% de las personas que sufren la esquizofrenia no reciben el tratamiento adecuado.
- 90% de la gente que no recibe tratamiento se encuentra en países desarrollados.
- A las personas con esquizofrenia puede brindárseles asistencia desde un nivel comunitario, con una participación activa de la familia y la comunidad.

² http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/ Revisado en Noviembre de 2008

Existen tratamientos efectivos (farmacológicos y psicológicos) disponibles y el costo en el caso de esquizofrenia crónica se encuentra alrededor de US\$2 por mes; mientras más temprano se inicie el tratamiento, más efectivo será.

Sin embargo, la mayoría de personas con esquizofrenia crónica no recibe tratamiento, lo que contribuye al aumento de la cronicidad. Programas piloto en algunos países desarrollados (India, Irán, Pakistán, Tanzania, Guinea-Bissau) han demostrado la viabilidad para suministrar tratamiento a la gente con enfermedades mentales severas a través de un cuidado primario de la salud por medio de:

1. Entrenamiento apropiado del personal encargado de realizar el tratamiento.
2. Suministro de los medicamentos esenciales.
3. Entrenamiento de las familias para el cuidado en casa.
4. Remisiones por parte de médicos generales para médicos especialistas.
5. Educación pública para reducir la discriminación y estigmatización.

7.1.3. “TRATAMIENTO COMBINADO DE LA ESQUIZOFRENIA APLICADO CON EL ÁMBITO DOMICILIARIO”

MORIANO Elvira, Juan Antonio, ALARCON Pulido, Eva y HERRUZO Cabrera, Javier. “Tratamiento Combinado de la Esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario” *Psicothema* 2004. Vol. 16, nº 3, pp. 436-441 ISSN 0214 – 9915. www.psicothema.com Universidad de Córdoba (España)

El estudio se describe ocho casos de esquizofrenia paranoide a los que se aplica un tratamiento combinado (farmacológico-psicológico) en su ámbito domiciliario. Dentro de la intervención se lleva a cabo un entrenamiento en habilidades de la vida diaria tanto básicas como instrumentales y un módulo de formación para la adhesión al tratamiento farmacológico. Finalizados los períodos de intervención en

sus domicilios, los resultados indican que el entrenamiento aumenta el número de habilidades y la adherencia al tratamiento farmacológico y que se produce una mejora en la sintomatología general de los pacientes.

7.1.4. “PROGRAMAS ACTUALES DE INTERVENCIÓN FAMILIAR EN ESQUIZOFRENIA”

MUELA, José A. y GODOY, Juan F. “Programas actuales de intervención familiar en Esquizofrenia”. *Psicothema* 2001. Vol. 13, nº1, pp. 1 – 6 ISSN 0214 – 9915. www.psychothema.com. Universidad de Jaén y Universidad de Granada (España)

Se presenta una revisión de los programas de intervención familiar en esquizofrenia realizados desde principios de la década de los 80 y que se basan en la teoría de la vulnerabilidad a la esquizofrenia de Zubin y Spring (1977) y (casi todos) en el constructo de Emoción Expresada. El objetivo de todos ellos es la reducción del estrés familiar (concretamente de la Emoción Expresada, en la mayoría de ellos) para así tratar de evitar la recaída. Se revisan los estudios de Ventura, Camberwell, California, Hamburgo, Pittsburgh, Salford, Sydney, Birmingham y Andalucía.

7.1.5. “CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN UNA COMUNIDAD LATINOAMERICANA”

CAQUEO URIZAR, Alejandra y LEMOS Giráldez, Serafín. “Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con Esquizofrenia en una comunidad Latinoamericana”. *Psicothema* 2008. Vol. 20, nº 4, pp. 577-582 ISSN 0214 – 9915 CODEN PSOTEG. www.psychothema.com – Universidad de Tarapacá (Chile) – Universidad de Oviedo (España)

Se describen los niveles de calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia. Participaron 49 pacientes y 70 familiares de pacientes atendidos por los Servicios de Salud Mental de Arica, Chile. En pacientes se utilizó el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida, el Cuestionario de Salud General y el Cuestionario de Función Familiar. Este último fue aplicado también a los cuidadores. A diferencia de lo encontrado en países desarrollados, los pacientes de esta muestra indican niveles adecuados de calidad de vida, con una fuerte relación con la percepción que éstos tienen de la funcionalidad familiar; lo cual confirma la importancia de la familia como red social de apoyo emocional. Sin embargo, la funcionalidad familiar difiere entre lo percibido por el paciente y por el cuidador. Los mejores puntajes fueron obtenidos en cuidadores que habían participado en un programa de intervención familiar psicoeducativa. Se concluye que existen diferencias entre los niveles de calidad de vida percibidos por pacientes de países desarrollados y aquellos en vías de desarrollo, siendo superiores en éstos a pesar de las limitaciones de recursos económicos, sanitarios y comunitarios. Futuras investigaciones deberían estudiar cuáles son las variables que hacen que estos niveles de calidad de vida difieran.

7.1.6. "HABILIDADES SOCIALES Y APOYO SOCIAL EN ESQUIZOFRENIA"

JIMENEZ García - Bóveda, Rosa; VASQUEZ Morejón, Antonio. Habilidades Sociales y Apoyo Social en Esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2007, Vol. 7, Nº 1, pp. 61-71.
Centro de Salud Mental Oriente - Centro de Salud Mental Guadalquivir,
Sevilla, España

Este estudio habla sobre la reconocida relevancia de las habilidades sociales y el apoyo social en el ámbito de la esquizofrenia, la relación entre ambos constructos ha sido escasamente explorada en esta población. Los estudios existentes se limitan generalmente a los aspectos estructurales del Apoyo Social y tienden a

basarse en muestras muy reducidas y heterogéneas. El presente estudio trata de indagar en la relación entre Habilidades Sociales y diversas variables estructurales y funcionales del Apoyo Social a partir de 95 pacientes diagnosticados de esquizofrenia, según criterios RDC, y tratados en un centro de salud mental, de los que 18 eran mujeres y presentaban una edad media de 29,2 años. La evaluación de la Habilidades Sociales se realiza mediante el Test de Interacción Social Simulada, mientras que para el apoyo social se utiliza la Entrevista Manheim de Apoyo Social. Los resultados muestran correlaciones débiles pero significativas entre HS y dimensiones estructurales y funcionales del apoyo social extra familiar: tamaño de la red ($r = .29$, $p < 0.01$), frecuencia de contacto ($r = .24$, $p < 0.05$), multiplicidad ($r = .24$, $p < 0.05$), apoyo psicológico cotidiano ($r = .29$, $p < 0.01$), Apoyo Psicológico en Crisis ($r = .30$, $p < 0.01$), y apoyo instrumental en crisis ($r = .21$, $p < 0.05$). A excepción del apoyo psicológico en crisis, las Habilidades Sociales no muestran correlaciones con el apoyo social familiar. Los resultados indican que la relación entre habilidades sociales y apoyo social difiere según la fuente de apoyo social y sugieren que las Habilidades sociales están asociadas principalmente con el apoyo social extra familiar.

7.1.7. "EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES PARA EL TRABAJO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA: VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL AUTO REPORTE Y LA TECNICA DE JUEGO DE ROLES"

ROBLES García, Rebeca. MEDINA Dávalos, Rafael. FLORES Reynos, Samantha y PÁEZ Agraz, Francisco. Evaluación de Habilidades Sociales para el trabajo en pacientes con Esquizofrenia: Validez y Confiabilidad del auto reporte y la técnica de Juego de Roles. Revista Salud Mental, Vol. 30, No. 5, Septiembre-octubre 2007. Universidad de Guadalajara – México.

La evaluación de habilidades sociales para el trabajo en esquizofrenia de Tsang y Pearson (EHSTE) resulta un método especialmente valioso en virtud de que, a diferencia de la mayoría de medidas generales de habilidades sociales disponibles a la fecha, ésta se dirige a evaluar específicamente los problemas y necesidades de las personas con esquizofrenia para conseguir y mantener un trabajo; y porque las otras herramientas de evaluación del constructo especialmente diseñadas para esta población son más bien listas de chequeo. La EHSTE consta de dos partes:

1) *Una escala de auto administración (AA)* que evalúa la percepción subjetiva de los pacientes acerca de su competencia en habilidades sociales relacionadas con la obtención y el mantenimiento de un trabajo; y 2) *Un ejercicio simple de juego de roles* para evaluación por expertos (EE), en donde se observa la ejecución social de los pacientes en la simulación de dos situaciones laborales: solicitar trabajo en una entrevista y pedir autorización a un supervisor para ausentarse en un día cotidiano de trabajo.

7.1.8. ESQUIZOFRENIA, GÉNERO, DEBERES SOCIALES Y PARTICIPACIÓN EN LA FAMILIA.

CHUAQUI, Jorge. Esquizofrenia, Género, Deberes Sociales y Participación en la Familia. Ciencias Sociales Online, julio 2006, Vol. III, No. 2 (58 - 70).
Universidad de Viña del Mar-Chile.

En este estudio se analizan los resultados de una investigación FONDECYT realizada en los años 2002-2003; más específicamente resultados de una muestra de 112 pacientes esquizofrénicos compensados (57 hombres y 55 mujeres) y de 101 tutores de dichos pacientes, muestra dirigida no aleatoria pero que tiene bastante representatividad sustantiva de acuerdo a indicadores demográficos y socioeconómicos. Se intenta validar una hipótesis en cuanto a que las mujeres pacientes por realizar quehaceres domésticos (mínimo social para las mujeres no

así para los hombres) serían mejor aceptadas y evaluadas por sus familias que los pacientes hombres. En cuanto a la mayor aceptación de las mujeres pacientes por la familia, se daría una contradictoria realidad: por un lado se las estaría aceptando de hecho al haber una mayor comunicación de las pacientes mujeres con la familia, lo que contrastaría con la evaluación de los tutores de considerarlas menos integradas a la familia. En cuanto a sus capacidades y habilidades, se las considera más maduras, más sociables y, en general, se las evalúa más positivamente en el índice de doce ítem de pacientes compensados, pero, al mismo tiempo, son peor evaluadas en capacidad de autodeterminación y de hacer una vida independiente.

7.1.9. “ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA”

ZABALA, Aránzazu y IRAURGI, Ioseba. Entrenamiento en Habilidades Sociales en el Tratamiento de la Esquizofrenia: Una revisión. Revista GOZE. Volumen III N°8 Febrero 2000 – Universidad de Bilbao – Portugal.

El estudio habla sobre la efectividad de los Programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales en la esquizofrenia. En este trabajo de revisión se definen, en primer lugar, los conceptos de habilidades sociales, competencia y adaptación, revisándose la literatura al respecto. Los estudios indican varias áreas donde los programas de entrenamiento en habilidades sociales son eficaces, e incluso otras donde se requiere una modificación de las técnicas utilizadas. Se proponen direcciones futuras en función de las necesidades detectadas.

7.2. MARCO TEÓRICO

7.2.1. ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS DETERIORANTES

7.2.1.1. TRASTORNOS PSICÓTICOS (ESQUIZOFRENIA)

El término psicótico se refiere a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico (DSMIV-TR, 2002), citado por Giraldo y Londoño, 2008³.

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico grave que afecta aproximadamente al 1% de la población mundial. La esquizofrenia aparece normalmente al final de la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta y suele tener un curso episódico, interrumpido por exacerbaciones de los síntomas que requieren hospitalizaciones breves, que dura toda la vida⁴.

Según Marino López, 1995 esquizofrenia es un término descriptivo utilizado para un grupo de trastornos psicóticos que se caracterizan por una flagrante tergiversación de la realidad; la desorganización y fragmentación de la percepción, los pensamientos y las emociones, y un retraimiento de las interacciones sociales⁵.

En el caso de la esquizofrenia esta se caracteriza por una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos). Los síntomas positivos se refieren a cogniciones, experiencias sensoriales y conductas que están presentes

³ GIRALDO VÁSQUEZ, Fredy y LONDOÑO ARREDONDO, Nora. Estudio de prevalencia de los trastornos mentales. Universidad de San Buenaventura. Medellín, 2008

⁴ *Ibid.*, pág. 42

⁵ MARINO LÓPEZ, Lucio. Una Introducción a la Psicopatología, Agentes Editoriales de Ciencias Sociales y Afines, Cali- Colombia, 1995. Pag.65

en los pacientes, pero que normalmente están ausentes en las personas sin el trastorno⁶. Los síntomas positivos de la esquizofrenia suelen fluctuar a lo largo del curso del trastorno y a menudo se encuentran en remisión entre los episodios de mismo. Además dichos síntomas normalmente responden a los efectos de la medicación anti psicótica. Por el contrario, los síntomas negativos suelen ser estables a lo largo del tiempo y tienen una menor respuesta a los fármacos anti psicóticos⁷.

Los manuales diagnósticos y estadísticos proponen que para que se de un cuadro psicótico los síntomas deben estar presentes una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes, como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico (DSMIV-TR, 2002); los síntomas característicos de la esquizofrenia implican una abanico de disfunciones cognitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y la productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención (DSMIV-TR, 2002).⁸

Para otros autores la esquizofrenia se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de patología; además de alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto, apareciendo en éste, lenguaje desorganizado o catatónico, que puede ser producido por enfermedad médica o por consumo de sustancias. Así mismo hay presencia de afección en el funcionamiento afectivo, intelectual y el comportamiento, y se caracteriza por aislamiento, excentricidad, disminución del cuidado personal, afecto embotado,

⁶ CABALLO, Vicente. Manual de terapia cognitivo – conductual. McGraw-Hill. Madrid, 1998

⁷ MUESER, K. Cognitive-Behavioral treatment of schizophrenia. Psicología Conductual, 1995

⁸ GIRALDO VÁSQUEZ, Fredy y LONDOÑO ARREDONDO, Nora. Estudio de prevalencia de los trastornos mentales. Universidad de San Buenaventura. Medellín, 2008

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, neologismos, mutismo, ecolalia, verbigeración, manierismos, ecopraxia, obediencia automática, negativismo, deterioro del aspecto, respuestas emocionales pobres, anhedonia, sensibilidad incrementada a la estimulación sensorial o emocional, pérdida de los límites del yo, variabilidad, etc.⁹

Recientemente, con las nuevas técnicas diagnósticas e imagenológicas, se ha propuesto considerar a la entidad como un trastorno heterogéneo que constituye la suma de varias enfermedades referidas como "las esquizofrenias".

La esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos un (1) mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos).

Así mismo la esquizofrenia es considerada como una enfermedad mental, de carácter muy serio, que provoca que los pacientes sean incapaces de distinguir experiencias reales de otras imaginarias, además de tener dificultades para reflexionar de una manera lógica. No responden emocionalmente de una manera normal ante diferentes situaciones y presentan serias dificultades para comportarse de manera adecuada y conforme a las normas sociales.

Hablando de población general, la prevalencia se sitúa en un 0,7-0,9% en las civilizaciones occidentales, mientras que en algunas civilizaciones menos desarrolladas este porcentaje puede duplicarse y en algunos grupos étnicos cerrados la epidemiología es muy inferior.

⁹ FLORENZANO, R., CARVAJAL, C. y WEILL, K. Psiquiatría. Santiago. Mediterráneo, 1999

La edad de aparición de la enfermedad es diferente para los hombres y las mujeres. Así, para el caso de los varones, el pico de incidencia se sitúa al final de la pubertad e inicio de la edad adulta, entre los 18 y los 25 años. Para el caso de las mujeres, la edad de inicio se sitúa en torno a los 23 y los 35 años. La etiología de la esquizofrenia es un misterio, aunque existen diversas teorías que podrían explicar su aparición. La conjunción de factores genéticos y ambientales parece que están relacionados con el desarrollo de esta terrible enfermedad.

Los factores genéticos han demostrado su estrecha relación con la esquizofrenia; los familiares de primer grado de un enfermo esquizofrénico presentan un elevado riesgo de padecerla. Así, los gemelos monocigóticos de un enfermo tienen un 50% de probabilidades de enfermar también. Los hijos de dos esquizofrénicos tienen un 40% de probabilidades, mientras que si es uno solo de los progenitores el que padece la enfermedad, la probabilidad queda situada en un 10%, el mismo riesgo de enfermar que en el caso de los hermanos de un esquizofrénico.

Según el DSMIV-TR, 2002 las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que ha persistido durante al menos seis (6) meses; estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral.¹⁰

La esquizofrenia es considerada una enfermedad mental; esta enfermedad afecta a personas de todas las culturas y de todo tipo de vida, y sus síntomas más característicos se conoce desde hace mucho tiempo. La característica más relevante de la esquizofrenia es una pérdida importante del contacto con la realidad, que suele denominarse psicosis. Aunque normalmente se utiliza el

¹⁰ Asociación Psiquiátrica Americana. DSMIV-TR. Barcelona. Masson. 2002, pág. 334

término esquizofrenia en singular para referirse a este tipo de psicopatología, se puede afirmar que no se trata de una enfermedad unitaria. Según la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1997) es probable que la esquizofrenia sea el tramo final de un grupo de trastornos que tienen diversas etiologías, cursos y consecuencias¹¹.

Según Butcher, Mineka y Hooley la esquizofrenia se caracteriza por un conjunto de síntomas, tales como excentricidades muy patentes respecto a la percepción, el pensamiento, la acción, la auto-percepción y la forma de relacionarse con los demás. Las manifestaciones clínicas pueden diferir entre un paciente y otro.¹²

Según Gottesman, citado por Butcher, Mineka y Hooley, 2007 la prevalencia de la esquizofrenia se sitúa alrededor del uno (1) por ciento¹³. Es decir que una de cada 100 personas que nazcan hoy y que lleguen al menos a cumplir 55 años, desarrollará este trastorno. Este dato estadístico, no quiere decir que todo el mundo tenga exactamente el mismo riesgo; se trata de una estimación del riesgo promedio, por ejemplo quienes tienen padres con esquizofrenia, tienen un mayor riesgo de desarrollar este trastorno.

Malaspina en el 2001 y Brown en el 2002 afirman que hay grupos de alto riesgo a desarrollar esquizofrenia como son los hijos de padres mayores de 45 años¹⁴. De acuerdo con Harrison y otros, 1997 las personas de origen afro-caribeño y que viven en el Reino Unido, presentan mayor propensión a desarrollar dicha psicopatología¹⁵. Para Gottesman, 1991 “Las tasas de esquizofrenia también son inesperadamente altas en la parte occidental de Irlanda y en Croacia, y

¹¹ BUTCHER, James N; MINEKA, Susan; HOOLEY, Jill M. Psicología clínica. Madrid. Pearson. 12 ed. , pág. 462

¹² Ibíd. pág. 462

¹³ Ibíd. pág. 462

¹⁴ Ibíd. pág. 462

¹⁵ Ibíd. pág. 462

especialmente bajas en Papúa y Nueva Guinea¹⁶; en esta misma línea, Nimmgaonkar, 2000 expone que “la secta cristiana los Hutterites, quienes emigraron a los Estados Unidos desde Europa a finales del siglo XIX, también tienen una prevalencia muy baja de esquizofrenia¹⁷. Hasta el momento no se conocen las causas de estas diferencias.

La gran mayoría de los casos de esquizofrenia comienzan al término de la adolescencia o al principio de la edad adulta. Green y otros, 1992; McKenna y otros, 1994 citados por Butcher, Mineka y Hooley, 2007 plantean que aunque es posible encontrar casos de esquizofrenia en niños, es algo muy poco frecuente¹⁸.

La esquizofrenia también puede aparecer durante la madurez, pero en casos aislados. Es interesante observar que su aparición se produce antes en los hombres que en las mujeres. En los hombres, aparece entre los 20 y los 24 años, igual que entre las mujeres, pero en este caso con un porcentaje muy inferior. Después de los 35 años, el número de hombres que desarrolla esquizofrenia disminuye sustancialmente, mientras que esta disminución no es tan significativa para las mujeres. En general, Jablensky y Cole, en 1997 refieren que la edad media de aparición de la esquizofrenia se sitúa alrededor de los 25 años para los hombres y de los 29 años para las mujeres¹⁹.

Con respecto a la etiología de la esquizofrenia se han señalado diferentes factores (genéticos, biológicos, ambientales y psicosociales) como causantes o precipitantes de la esquizofrenia, ninguna teoría ha tenido una plena aceptación hasta estos días, amparándose hoy en la idea de que para explicar las causas de estos trastornos es preciso utilizar modelos etiopatogénicos multifactoriales.

¹⁶ Ibíd. pág. 462

¹⁷ Ibíd. pág. 462

¹⁸ Ibíd. pág. 463

¹⁹ Ibíd. pág. 463

Muchos estudios han demostrado que existe una relación entre la clase social y la esquizofrenia. Las tasas más altas de esquizofrenia se hallan en partes de las ciudades que son ocupadas por las clases socioeconómicas más bajas. En las investigaciones realizadas la clase social fue definida de acuerdo a la ocupación y nivel de educación del jefe de familia. Los que tenían empleos como ejecutivos, gerentes o profesionales y que también tenían títulos avanzados de estudios universitarios fueron catalogados en la clase social más alta. Los que tenían trabajos manuales y con una educación que no pasaba de la primaria fueron ubicados en la clase más baja. Es pertinente aclarar que la tasa de esquizofrenia no crece sucesivamente a medida que la clase social se vuelve más baja; puede decirse que mientras que las personas en las clases sociales más altas son comúnmente diagnosticadas como neuróticas, una proporción abrumadora de pacientes psiquiátricos de clase baja son diagnosticados como psicóticos.

Las correspondencias entre la clase social y la esquizofrenia son consistentes, pero aun muy difíciles de descifrar en términos causales. Los sociólogos creen que por el simple hecho de pertenecer a una clase social baja se puede llegar a tener esquizofrenia ya que una persona que pertenezca a esa clase social normalmente recibe un trato degradante de los demás, tiene un nivel bajo de educación y pocas oportunidades a su alcance.

En lo que tiene que ver con la evidencia genética, los autores plantean que el origen de la esquizofrenia inicia de estudios familiares, estudios con gemelos y estudios de adopción. Dichos estudio permiten confirmar la existencia de una mayor prevalencia de la enfermedad entre los familiares de los pacientes esquizofrénicos, siendo el riesgo claramente proporcional a la cantidad de genes que cada familiar comparte con el enfermo. Los estudios con gemelos han demostrado que existe una tasa alta de concordancia para los gemelos mono cigotos (45%), y mucho más baja para los heterocigotos (15%).

En los estudios de adopción se ve que hijos de madres esquizofrénicas, adoptados por familias que no tienen la enfermedad, muestran un riesgo de morbilidad similar al de hijos de esquizofrénicos no adoptados. Cuando se tiene un progenitor esquizofrénico se eleva el riesgo de padecer no sólo esquizofrenia sino también un trastorno esquizotípico de la personalidad, debido a que se descubre una mayor ocurrencia de esta patología entre familiares de primer grado.

Con respecto a las hipótesis neurobiológicas, aparece que los síntomas de la esquizofrenia están relacionados con anomalías neuroquímicas. La explicación más aceptada es la hipótesis dopaminérgica que indica que los síntomas de la esquizofrenia se deben a una hiperactividad del sistema dopaminérgico. La evidencia más importante de esta hipótesis ha sido la correlación entre la eficacia clínica de los fármacos anti psicóticos y su capacidad de bloquear los receptores dopaminérgicos²⁰

En lo que tiene que ver con las alteraciones estructurales en el cerebro de los esquizofrénicos se han encontrado anormalidades como el agrandamiento ventricular y la hipo frontalidad. Sin embargo la significación de las anormalidades que se presentan en algunos esquizofrénicos no está todavía clarificada. Así mismo las teorías medioambientales, muestran la asociación entre la estacionalidad del nacimiento y la incidencia de esquizofrenia. Las fechas de nacimiento de los pacientes esquizofrénicos tienden a concentrarse en los meses de invierno; esto podría deberse a un aumento de la posibilidad de sufrir daño perinatal por la existencia de infecciones virales. Por otro lado según las teorías psicológicas y sociales, los esquizofrénicos presentan un estado anómalo de arousal que se ha relacionado con el aislamiento social²¹. También se han señalado alteraciones en las relaciones familiares y en la comunicación, aunque lo

²⁰ BUTCHER, James N; MINEKA, Susan; HOOLEY, Jill M. Psicología clínica. Madrid. Pearson. 12 ed. , pág. 483

²¹ VÁSQUEZ BARQUERO, José Luís Psiquiatría en atención primaria. Pág. 211

más probable es que sean consecuencias de la enfermedad más que la causa misma.

La perspectiva clínica de la esquizofrenia es variable en tiempo y diversidad. Mientras muchos síntomas son selectos y fácilmente detectables, otros se manifiestan de manera traidora, pudiendo pasar inadvertidos por los familiares en fases iniciales e incluso por el médico, por lo cual se debe prestar mucha atención a datos que puedan avisar sobre una potencial esquizofrenia subyacente.

Esquizofrenia vs Personalidad

Aunque es claro que la esquizofrenia puede desarrollarse en cualquier persona, es más común que se dé en personalidades con rasgos concretos. Estas personas suelen tener muy pocas amistades, escasa confidencialidad y ausencia de habilidades sociales; prefieren las actividades solitarias, evitan la competitividad y buscan refugiarse en la fantasía. Entre los antecedentes infantiles se encuentran la timidez excesiva, la hipersensibilidad, y una escasa sociabilidad en comparación con otros niños de su misma edad.

Usualmente la esquizofrenia se inicia tras un estrés ambiental. Se desarrolla en unos pocos días un cuadro florido consistente: delirios, alucinaciones, síntomas de agitación y en ocasiones conductas agresivas relacionadas con los síntomas psicóticos también puede aparecer angustia con marcadas vivencias de cambio personal y del entorno. Otras veces el inicio de la enfermedad es traicionero, resultando casi imposible notarlo. La persona pasa de ser extrovertida a introvertida. Es muy común que en esos momentos el paciente adquiera un interés por temas religiosos, psicológicos y de ocultismo, dejando rápidamente a sus amistades. Pierde su iniciativa, dejando a un lado sus ambiciones y permaneciendo cada vez aislado. Puede que se presente un interés por el consumo de sustancias tóxicas. Estos cambios de conducta progresan

gravemente hasta que un día, meses o años después repentinamente se evidencia la sintomatología florida.

Cuadro clínico de la esquizofrenia²²

Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de esquizofrenia
<p><i>Síntomas característicos:</i> dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ideas delirantes2. Alucinaciones3. Lenguaje desorganizado (por ejemplo, descarrilamiento frecuente o incoherencia)4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado5. Síntomas negativos. Por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia <p>Nota: solo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.</p> <p>A. <i>Disfunción social/ laboral:</i> Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).</p>

²² DSMIV-TR, citado por BUTCHER, James N; MINEKA, Susan; HOOLEY, Jill M. Psicología clínica. 12. ed, Ed Pearson. Pág. 465

- B. *Duración*: persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses. Este periodo de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).
- C. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo*: el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto, concurrente con los síntomas de la fase activa; 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.
- D. *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica*: el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.
- E. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo*: si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes (o menos si se han tratado con éxito).

Ideas delirantes

Son creencias erróneas, que se mantienen con firmeza a pesar de las evidencias en su contra. La mente produce engaños. Las personas con ideas delirantes están convencidas de cosas imposibles de creer para quienes comparten su mismo contexto social, religioso y cultural. Por lo tanto, una idea delirante supone una distorsión del contenido del pensamiento. No todas las personas que tienen ideas delirantes sufren esquizofrenia.²³

En 1995, Cutting afirma que las ideas delirantes son muy comunes en la esquizofrenia, y afectan a más del 90% de los pacientes en algún momento de su enfermedad²⁴. En la esquizofrenia, es usual encontrar varios tipos de ideas delirantes o de creencias erróneas; entre las principales se cuentan el convencimiento de que los propios sentimientos, pensamientos o acciones, están controlados por agentes externos (que generan sentimientos o impulsos), que los pensamientos privados se divulgan de manera indiscriminada a todo el mundo (difusión del pensamiento), que algunos agentes externos están insertando pensamientos en el cerebro del paciente (inserción del pensamiento), o que alguien está robando los pensamientos (robo de pensamientos). También son habituales las ideas delirantes de referencia, en las que algún acontecimiento ambiental neutro (programa de televisión, canción de la radio), se considera portador de algún significado especial y personal, dirigido exclusivamente al paciente. También es usual encontrar otras ideas extrañas, como ideas delirantes de que el cuerpo ha sufrido cambios como no funcionan los intestinos, o que se le han extraído órganos.²⁵

²³ BUTCHER, James N; MINEKA, Susan; HOOLEY, Jill M. Psicología clínica. 12. ed, Ed Pearson. Pág. 464-465

²⁴ BUTCHER, James N; MINEKA, Susan; HOOLEY, Jill M. Psicología clínica. 12. ed, Ed Pearson. Pág. 465

²⁵ BUTCHER, James N; MINEKA, Susan; HOOLEY, Jill M. Psicología clínica. 12. ed, Ed Pearson. Pág. 465-466

Alucinaciones

Son experiencias sensoriales que tienen lugar en ausencia de cualquier estímulo perceptivo externo. Se trata de algo muy diferente de una ilusión, que consiste en una percepción o interpretación errónea de un estímulo que realmente existe. Las alucinaciones pueden afectar a cualquier modalidad sensorial. De acuerdo a lo planteado por Wing y otros en 1974, las alucinaciones más frecuentes en la esquizofrenia son las de tipo auditivo (por ejemplo escuchar voces), que llegan a afectar al 75% de los pacientes²⁶. En contraste con Cutting, 1995, las alucinaciones visuales son menos frecuentes (15% de los pacientes), mientras que las alucinaciones táctiles son todavía más raras²⁷. Con frecuencia, las alucinaciones son importantes para el paciente en un ámbito afectivo, conceptual, o conductual. En algunos casos, Stern y Silbersweig, en 1998, exponen que los pacientes llegan incluso a actuar dentro de sus alucinaciones, y a ejecutar las órdenes que les dan las voces que escuchan²⁸.

Habla desorganizada

Las ideas delirantes ponen de manifiesto un trastorno en el contenido del pensamiento. El habla desorganizada es la manifestación externa de un trastorno en la forma del pensamiento. La persona no es capaz de hablar de manera inteligible, pese a que aparentemente su habla se adapta a las reglas semánticas y sintácticas de su lengua. Esta incapacidad no se debe a una baja inteligencia, a carencias educativas, o a privación cultural. Meehl se refería a este proceso como un “delirio cognitivo”; otros se han referido al mismo asunto como un “descarrilamiento” o “pérdida” de asociaciones, o en los casos más extremos como “incoherencia”. En el habla desorganizada, las palabras y sus combinaciones

²⁶ Ibíd. Pág. 466

²⁷ Ibíd. Pág. 466

²⁸ Ibíd. Pág. 466

suenan normales, pero el interlocutor no puede comprender absolutamente nada.²⁹

Conducta desorganizada y catatónica

En la esquizofrenia está alterada cualquier actividad intencional y planificada; este deterioro afecta a todas las áreas de funcionamiento cotidiano, como el trabajo, las relaciones sociales, y el cuidado de sí mismo, de tal manera que los observadores se dan cuenta de que la persona ha dejado de ser ella misma. La persona deja de mantener una higiene personal mínima, o incluso muestra un importante descuido de su salud y su seguridad personal; esta conducta desorganizada se manifiesta mediante vestimentas estrafalarias y carentes de sentido (por ejemplo, llevar un abrigo, una bufanda y guantes, en un caluroso día de verano)³⁰. Investigadores tales como Lenzeweger y Dworkin, en 1998 atribuyen este tipo de alteraciones de la conducta “directiva”, a un deterioro en el funcionamiento de la región prefrontal de la corteza cerebral³¹.

La catatonía es un deterioro conductual todavía más llamativo. El paciente muestra una ausencia absoluta de movimientos, y entra en lo que se denomina estupor catatónico. También puede ocurrir que el paciente adopte durante mucho tiempo una postura forzada, sin que aparentemente se sienta incomodo³².

Síntomas negativos

Desde los días de Bleuler, se han diferenciado dos pautas generales de síntomas en esquizofrenia. En la actualidad se denominan síndrome esquizofrénico positivo y negativo. Para Andreasen, 1985; Andreasen et., 1995 *los síntomas positivos*,

²⁹ BUTCHER, James N; MINEKA, Susan; HOOLEY, Jill M. Psicología clínica. 12. ed, Ed. Pearson. Pág. 467

³⁰ Ibíd. Pág. 467

³¹ Ibíd. Pág. 467

³² Ibíd. Pág. 467

son aquellos que reflejan un exceso o distorsión del repertorio normal de conductas y experiencias, como pueden ser las ideas delirantes, las alucinaciones, el habla desorganizada, o la conducta desorganizada (APA 2000); por el contrario, los *síntomas negativos*, reflejan la ausencia o el déficit de conductas que normalmente suelen estar presentes. Algunos síntomas negativos importantes de la esquizofrenia son una expresividad emocional embotada, alogia, (muy poco lenguaje), y abulia (incapacidad para iniciar o perseverar en actividades intencionadas). Por el contrario, puede que el paciente permanezca sentado durante largos periodos de tiempo, mirando al vacío o la televisión, pero con muy poco interés en cualquier asunto externo³³. Crow, en 1985 plantea que: otro tipo de diferenciación relacionada con la anterior aunque con más énfasis en las variables biológicas y en la velocidad de aparición, se refiere a estas mismas pautas clínicas como *esquizofrenia tipo 1* y *esquizofrenia tipo 2* respectivamente³⁴.

Indicadores diagnósticos que distinguen los cuatro tipos de síndromes en la esquizofrenia ³⁵ .	
Síndrome positivo	Síndrome negativo
Alucinaciones	Embotamiento afectivo
Ideas delirantes	Habla muy pobre
Incoherencia de asociaciones	Asociales
Conducta estrafalaria	Apatía
Mínimo deterioro cognitivo	Deterioro cognitivo significativo
Aparición súbita	
Curso variable	

³³Ibíd. Pág. 467

³⁴Ibíd. Pág. 467

³⁵Ibíd. Pág. 467

Indicadores diagnósticos que distinguen los cuatro tipos de síndromes en la esquizofrenia ³⁵ .	
<p>Tipo 1</p> <p>Lo anterior más:</p> <p>Buena respuesta a las drogas</p> <p>Anormalidad en el sistema límbico</p> <p>Ventrículos cerebrales normales</p>	<p>Tipo 2</p> <p>Lo anterior más:</p> <p>Respuesta aleatoria a las drogas</p> <p>Anormalidad en el lóbulo frontal</p> <p>Ventrículos cerebrales grandes</p>

Tipos de esquizofrenia:

Tipo paranoide

Los pacientes con este tipo de esquizofrenia se caracterizan por una historia de gran suspicacia, que además va en aumento, y por tener muchas dificultades para establecer relaciones interpersonales. El cuadro clínico está dominado por ideas absurdas, pero con frecuencia muy bien elaboradas y organizadas en un marco coherente, aunque delirante. Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes y suponen una amplia gama de ideas grotescas y de conspiraciones, lo mismo que las ideas de grandeza. Zalewski y otros indican que los pacientes con este subtipo de esquizofrenia tienden a funcionar a un alto nivel, y a mantener sus capacidades cognitivas en un mejor estado que los pacientes con cualquier otro subtipo de esquizofrenia, estas diferencias tampoco son excesivas, ni tampoco se mantienen en todos los ámbitos cognitivos³⁶. Mientras que Fentón y McGlashan, en 1991 y Kendler y otros en 1994 señalan que El pronóstico suele ser mejor que para los pacientes que sufren cualquiera de los otros tipos de esquizofrenia³⁷

Tipo desorganizado

³⁶Ibíd. Pág. 468

³⁷Ibíd. Pág. 468

Este subtipo de esquizofrenia suele aparecer a una edad más temprana, y de manera paulatina y gradual. Se caracteriza por un habla desorganizada, una conducta perturbada, y una emocionalidad inapropiada o inexistente. En el pasado este subtipo se nombraba esquizofrenia hebefrénica. A medida que avanza el trastorno, la persona se va volviendo emocionalmente indiferente e infantil³⁸.

Algunos síntomas habituales pueden ser una sonrisa tonta e inapropiada, carcajadas superficiales sin que existan razones para ello; el habla se va haciendo difícil de comprender, puede incluir habla infantilizada, repetición constante de palabras con sonidos similares; también hay alucinaciones e ideas delirantes, dichas ideas no son coherentes, ni están organizadas; tienen serias dificultades para cuidar de sí mismos; a veces manifiestan manierismos peculiares y otras conductas extravagantes. El pronóstico suele ser peor que para otros tipos de esquizofrenia. En esta etapa de deterioro, no se conoce ningún tratamiento que ofrezca resultados eficaces³⁹.

Tipo catatónico

La característica principal de la esquizofrenia catatónica son ciertos indicadores motrices, ya sean de excitación o de estupor. Algunos de estos pacientes son muy sugestionables y obedecerán ordenes automáticamente o imitarán las acciones de otros (ecopraxia), o sus frases (ecolalia); estos pacientes pueden pasar rápidamente de un estupor extremado a un estado de gran excitación, durante el cual parecen quedar bajo una gran presión de actividad y pueden volverse violentos, lo que los convierte en personas muy parecidas a los pacientes con un trastorno bipolar maniaco. Pueden hablar o gritar con gran excitación o incoherencia, andar con gran rapidez de acá para allá, dando rienda suelta a sus impulsos sexuales, intentar auto-mutilaciones o incluso el suicidio, o atacar

³⁸Ibíd. Pág. 468

³⁹Ibíd. Pág. 469

impulsivamente e intentar matar a otra persona; lo que los convierte en personas muy peligrosas tanto para sí mismos como para los demás⁴⁰.

Tipo indiferenciado

Una persona que reciba este diagnóstico cumple los criterios habituales para la esquizofrenia, lo que incluye ideas delirantes, alucinaciones, pensamientos distorsionados y conducta estrafalaria, pero no se ajusta de manera clara a ninguno de los subtipos; las personas que se encuentran en las primeras fases de una esquizofrenia aguda suelen manifestar síntomas del tipo indiferenciado, lo mismo que les ocurre a aquellos cuyo cuadro clínico se modifica lo suficiente a lo largo del tiempo como para justificar la modificación del diagnóstico, desde un tipo específico a un tipo indiferenciado⁴¹.

Tipo residual

Este subtipo de esquizofrenia es una categoría que se aplica a las personas que han sufrido al menos un episodio de esquizofrenia, pero no muestran ningún otro síntoma positivo importante, como son las alucinaciones, ideas delirantes o conducta desorganizada. Su cuadro clínico contiene síntomas negativos, como la expresividad emocional; pero también se pueden presentar síntomas positivos como creencias extravagantes o conducta excéntrica pero estas en forma leve⁴².

Sintomatología

- ◆ Apariencia y conducta: algunas personas en fase aguda pueden presentar una apariencia normal. Otras muestran un aspecto descuidado con abandono significativo de la higiene personal. Su comportamiento durante la entrevista es

⁴⁰Ibíd. Pág. 469

⁴¹Ibíd. Pág. 470

⁴² Ibíd. Pág. 470

variable pasando por una actitud pasiva y ensimismada hasta la desinhibición y agresividad.

- ◆ Trastornos senso perceptivos: las alucinaciones son consideradas como una característica fundamental de la esquizofrenia. Se presentan alucinaciones auditivas como ruidos, música, palabras aisladas, frases cortas o conversaciones complejas. Las alucinaciones visuales son poco frecuentes, pero cuando se presentan suelen ser descritas como destellos de luz o color, hasta formas complejas de objetos, gente o situaciones. Las alucinaciones olfativas, gustativas y de índole corporal se asocian a ideación delirante. Se suelen presentar como olores, sabores especiales, sensaciones de calor o frío, de tacto, de pinchazos, de corriente, de dolor y pesadez.
- ◆ Trastornos del pensamiento: Estos son los síntomas fundamentales de la esquizofrenia y se clasifican en trastornos del contenido y del curso del pensamiento.

Trastornos del contenido del pensamiento: manifiestan las ideas del paciente, las creencias y las interpretaciones que hacen de los estímulos. Los delirios son el ejemplo más claro. Varían en el tipo y principalmente en los detalles del contenido. En la esquizofrenia se presentan demasiado los delirios de referencia, también son comunes los delirios de persecución los delirios de grandeza, religiosos, sexuales, hipocondríacos, o somáticos.

Las ideas delirantes más propias y con mayor trascendencia diagnóstica son: la difusión del pensamiento, la inserción del pensamiento y las ideas de control.

Trastornos formales del pensamiento: estos son objetivables a través del lenguaje escrito y del lenguaje oral. Se pueden destacar la disgregación, la pobreza de pensamiento, el descarrilamiento, la tangencialidad y la circunstancialidad.

- ◆ Discurso: este suele ser característico del descarrilamiento del lenguaje, que muestra la pérdida de la capacidad de asociación entre ideas y conduce al paciente a pasar de un tema a otro sin seguir una secuencia lógica. Su discurso no tiene significación y se centra en detalles insignificantes. Frecuentemente se usa un vocabulario muy limitado. El paciente puede utilizar neologismos y con menos frecuencia se presenta la perseveración.
- ◆ Humor y afectividad: pueden estar alterados en el paciente. Los trastornos más característicos son:

Respuesta emocional restringida: hay indiferencia, apatía, disminución de los movimientos espontáneos, pobreza de gestos expresivos, carencia de reflexiones vocales, lentitud en el habla y anhedonia o incapacidad para experimentar placer.

Alteraciones del humor: el paciente puede estar deprimido, ansioso irritable o eufórico.

Respuesta emocional inapropiada: su expresión afectiva no concuerda con el entorno.

Respuestas emocionales extravagantes: se manifiestan estados emocionales caracterizados por la presencia de exaltación, omnipotencia, éxtasis religioso, terror por la desintegración de la personalidad o ansiedad por la destrucción del universo.

Hipersensibilidad emocional: son muy sensibles ante conductas de rechazo y agresión por parte de los demás.

♦ Alteraciones desde el punto de vista motor: se pueden dar cambios en el comportamiento psicomotor revelados en momentos de agitación, retraimiento, adopción de posturas muy extrañas, muecas, rituales, e incluso catatonia.

Mecanismos precipitadores de recaídas

Ausencia de tratamiento psicofarmacológico o tratamiento inadecuado: está claramente demostrado que el incumplimiento terapéutico, muy frecuente en estos pacientes, incrementa de manera significativa el riesgo de recaídas⁴³. Este incumplimiento se genera por una combinación de factores destacables:

- El hecho de que el paciente no suele sentir mejoría con la ingesta regular de fármacos.
- La falta de conciencia de la enfermedad que hace que el paciente crea que no necesita ser intervenido.
- La distorsión de la realidad que hace valorar erróneamente el origen y el trayecto progresivo de los síntomas y déficit.

Por todo lo anterior, la función del médico es contrarrestar dichos mecanismos.

Factores ambientales: los más importantes son:

- Alta expresividad emocional en la familia. Esta se caracteriza por comentarios críticos, hostilidad agresiva y excesiva involucración emocional de los familiares con el paciente.
- Existencia de acontecimientos vitales estresantes: la presencia de factores de estrés facilita la aparición de recaídas.
- Consumo de sustancias psicoactivas, en especial el cannabis: este consumo propicia las recaídas, por lo tanto hay que controlarlo.

⁴³ Ibíd. Pág. 217

Factores psicopatológicos: la presencia en los pacientes de un síndrome disfórico, con ansiedad, tensión, alteraciones en el estado anímico, cambios en el patrón del sueño y pérdida del apetito, augura la aparición de recaídas.

Factores individuales: los varones en general presentan una peor evolución y una mayor índice de recaídas que las mujeres.

Tratamiento de mantenimiento

La esquizofrenia es una enfermedad mental que tiende a ser crónica. Los objetivos de implantar un tratamiento a largo plazo se concentran en tres puntos primordiales:

1. controlar los síntomas tanto productivos como negativos.
2. evitar las recaídas.
3. promover la integración socio-laboral y familiar.

Cuidados integrales del enfermo esquizofrénico

El óptimo tratamiento de los pacientes con esquizofrenia no debe basarse exclusivamente en la prescripción de antipsicóticos, aunque es claro que estos son muy importantes, sino que debe abarcar estrategias psico-sociales que ayuden a prevenir la aparición de discapacidades. El abordaje integral del paciente esquizofrénico debe incluir aspectos tales como el tratamiento psicosocial, el tratamiento rehabilitador y el acompañamiento médico prolongado.

Modelo de asistencia compartida del paciente y de sus familiares

Este modelo debe incluir programas psicoeducativos que abarquen los siguientes aspectos:

- discutir con el paciente y los miembros de la familia el plan de tratamiento para así lograr una implicación en el mismo.
- Dar información sobre los síntomas tempranos de recaída para evitar la descompensación aguda.
- Explicar que la medicación es primordial en el tratamiento.
- Informar sobre los efectos secundarios que generan los fármacos.
- Estimular al paciente a que respete las normas sociales (vestido, apariencia y comportamiento).
- Dar ánimo al paciente para que realice sus tareas.
- Destacar el apoyo de la familia para que se gestionen las terapias y para que se dé una rehabilitación efectiva.

Curso y pronóstico

Aproximadamente un tercio de los pacientes se recuperan plenamente, llevando una vida hasta cierto punto normal; un segundo tercio continúa presentando síntomas significativos que, no obstante, le permiten desenvolverse dentro de la sociedad; y el tercio restante presenta un notorio deterioro, requiriendo ingresos hospitalarios frecuentes. Alrededor del 10% de los pacientes incluidos en este último grupo precisan permanecer a largo plazo en una institución psiquiátrica⁴⁴.

7.2.1.2. TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

El trastorno bipolar se caracteriza por periodos de excitabilidad (manía) que permutan con periodos de depresión. En el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la American Psychiatric Association (Asociación Americana de Psiquiatría) se describen dos tipos de trastorno bipolar: Tipo I y tipo II. En el tipo I; (anteriormente conocido como trastorno maníaco-depresivo), debe de haberse presentado al

⁴⁴ Ibíd. Pág. 223

menos un episodio maníaco completo; sin embargo, las personas con este tipo de trastorno también pueden experimentar episodios de depresión mayor.

En el tipo II, los períodos de hipomanía implican síntomas maníacos menos severos que alternan con, al menos, un episodio depresivo mayor. Cuando los pacientes tienen un período de empeoramiento, pueden estar en un estado maníaco, un estado depresivo o una combinación de ambos.

Síntomas de la manía - los "altos" del trastorno bipolar:

- ✓ Incremento de la actividad física y mental y la energía
- ✓ Estado de ánimo muy entusiasta, optimismo exagerado y confianza en sí mismo
- ✓ Irritabilidad excesiva, comportamiento agresivo
- ✓ Menos necesidad de dormir sin experimentar cansancio
- ✓ Delirios de grandeza, sentido excesivo de presunción
- ✓ Hablar y pensar muy rápido, cúmulo de ideas.
- ✓ Impulsividad, poco juicio, distracción
- ✓ Comportamiento imprudente
- ✓ En los casos más serios, delirios y alucinaciones

Los síntomas de depresión, los "bajos" del trastorno bipolar:

- ✓ Tristeza prolongada o ataque de llanto sin explicación
- ✓ Cambios importantes en los hábitos alimenticios y de sueño
- ✓ Irritabilidad, enojo, preocupación, agitación y ansiedad
- ✓ Pesimismo e indiferencia
- ✓ Pérdida de la energía y letargo persistente
- ✓ Sentimientos de culpa y baja autoestima
- ✓ Incapacidad para concentrarse e indecisión

- ✓ Incapacidad para disfrutar intereses anteriores y aislamiento social
- ✓ Achaques y dolores inexplicables
- ✓ Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

7.2.1.3. DEPRESION MAYOR

La depresión existe como problema mundial. El aumento de la prevalencia de los trastornos depresivos los llevará a ser la segunda causa de morbilidad en el mundo para el año 2020. Adicionalmente, en el estudio nacional de salud mental de Colombia en 2003, fue reportada una prevalencia para la población general a lo largo de la vida del 15% para los trastornos del estado de ánimo, 12.1% para el trastorno depresivo mayor, 1.8% para el trastorno depresivo menor y 0.7% para la distimia. En la encuesta multinacional sobre la capacidad de respuesta del sistema de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizada en Colombia, se encontró que el 10 % de la población general había tenido un episodio depresivo en el último año.

Beck, en 1963, 1964, 1967 publica que El modelo cognitivo de la depresión ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales⁴⁵. Esta interacción entre los enfoques clínico y experimental ha facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva esto citado por Beck, en 1976⁴⁶. El DSM-IV-TR categoriza la depresión en los trastornos del estado de ánimo como los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor, según la Asociación Psiquiátrica Americana (1998) la característica esencial de un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo

⁴⁵ GIRALDO, Fredy y LONDOÑO, Nora. Estudio de prevalencia de los trastornos mentales. Universidad de San Buenaventura. Medellín, 2008 (falta la página)

⁴⁶ *Ibid.*, pág. 23

deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste.⁴⁷

El DSMIV-TR divide los trastornos del estado de ánimo en depresivos (“depresión unipolar”), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaniaco. Los trastornos bipolares (trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos. Episodios mixtos o episodios hipomaniacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

Para Barlow, en el 2001, la depresión más diagnosticada es llamada episodio depresivo mayor, y la define como un estado de ánimo en extremo deprimido que dura el menos dos semanas e incluye síntomas cognoscitivos (sensaciones de poca valía y de indecisión) y funciones físicas perturbadas (digamos, patrones de sueño alterados, cambios significativos de apetito y de peso a una pérdida de energía muy notable)⁴⁸. Del mismo modo Angst y Preizig, 1996 y Judd, 1997 sostienen que: el trastorno del estado de ánimo más fácil de reconocer es el trastorno depresivo mayor episodio único y lo definen como la ausencia de episodios maníacos o hipomaniacos antes o durante el episodio⁴⁹, así mismo Angst y Preizig en 1996 sugieren que: es poco frecuente que se dé un solo episodio depresivo aislado en la vida⁵⁰. De igual manera para Judd, 1997; Séller,

⁴⁸ *Ibíd.*, pág. 23

⁴⁹ *Ibíd.*, pág. 24

⁵⁰ *Ibíd.*, pág. 24

Lavori y otros en 1992 plantean que: os individuos con una depresión recurrente mayor por lo común tienen un historial familiar de depresión, a diferencia de las personas que experimentaban episodios únicos⁵¹. Cerca del 80 % de los casos de episodio único y por ende, satisface los criterios para el trastorno depresivo mayor recurrente.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), (1998) la depresión es considerada como un problema mayor de salud pública. Para que una enfermedad se clasifique como tal, debe cumplir con tres criterios; la patología debe ser frecuente, tener una prevalencia creciente y ser tratable. La depresión cumple cada uno de estos tres criterios. Dado que la mayoría de las patologías mentales son tratadas en la atención primaria, es de vital importancia que el manejo de la depresión, es este nivel, sea óptimo.

En la era de los ochenta la depresión ha sucedido a la “era de angustia” en los cincuenta. La depresión es el diagnóstico clínico que se emplea con más frecuencia y el que potencialmente tiene más peligro de mortalidad debido a las conductas suicidas. (Perris, 1987 y Klerman, 1987), citados por Belloch, Amparo, (1995).

De acuerdo a lo expresado por Seligman, en 1974; 1975 expone que: la teoría de la desesperanza aprendida es quizás el modelo que más investigaciones ha generado en el área de la depresión en la década de los setenta⁵². Según el modelo de la desesperanza aprendida de Seligman las situaciones aversivas se convierten en depresión cuando los intentos infructuosos por reducir la descarga llevan a la percepción de incontrolabilidad, es decir la expectativa de inmodificabilidad de los resultados produce los síntomas cognitivos, motivacionales, emocionales y comportamentales típicos de la depresión,

⁵¹ *Ibíd.*, pág. 24

⁵² *Ibíd.*, pág. 24

Seligman, (1974) citado por Riso (1992). De la misma manera otras investigaciones frente a la depresión se ha encaminado a verificar si la incontrolabilidad del evento es sí mismo, es decir, independiente de la percepción, produce o no depresión. La evidencia parece mostrar que, en algunos casos, la incontrolabilidad del evento está relacionada con menos depresión. La inducción de desesperanza puede generar cierta ilusión de control (Alloy y Abramson, 1982) y los eventos incontrolables pueden producir un efecto facilitador de incrementar el rendimiento para compensar la autoestima perdida (Hanusa y Schuld, 1977), citada por Riso (1992).

De la misma manera autores como Abramson y col., (1978) y apoyados en las investigaciones de Weiner y col., (1978) reformularon el modelo de la desesperanza y la depresión de Seligman. De acuerdo con ellos, las atribuciones que realice el sujeto son las que en realidad juegan un papel principal mediador para que ocurra un incremento del afecto negativo. Abramson, (1978) sugiere que la percepción de desesperanza, y por ende la depresión, incrementa su probabilidad cuando los eventos negativos son atribuidos a causas internas, estables y globales, y las situaciones de éxito a causas externas, inestables y globales. Abramson y col., (1978) y Metalsky y Abramson (1981) especulan también sobre la existencia de “estilos atribucionales depresivos”, es decir, una tendencia generalizada a realizar explicaciones causales internas, estables y globales para resultados incontrolables negativos y viceversa, para resultados positivos.

Por otro lado el modelo cognitivo postula para la depresión tres conceptos específicos que permiten la explicación del sustrato psicológico de la depresión: (1) la triada cognitiva, (2) los esquemas y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

Los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor exigen que la persona muestre más síntomas de los que se requieren para diagnosticar distimia, y que los síntomas sean más persistentes, es decir, que no estén intercalados con periodos de humor normal. La persona afectada debe experimentar un estado de ánimo deprimido, una fuerte pérdida de interés en actividades agradables durante la mayoría de los días, y durante casi todo el día, durante al menos dos semanas consecutivas. Además de manifestar uno de estos síntomas o los dos, también es necesario que experimente al menos tres o cuatro de los siguientes síntomas durante ese mismo periodo:

- ◆ Fatiga o pérdida de energía
- ◆ Insomnio o hipersomnolencia (esto es, poco o demasiado sueño)
- ◆ Disminución del apetito y una pérdida importante de peso no debido a dieta (o, de manera mucho menos frecuente, lo opuesto)
- ◆ Agitación o retardo psicomotriz (enlentecimiento de la actividad física y mental)
- ◆ Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
- ◆ Auto culpabilidad
- ◆ Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Este diagnóstico no debe hacerse si el paciente ha experimentado un episodio maniaco o hipomaniaco, en cuyo caso se trataría del episodio depresivo de un trastorno bipolar⁵³.

En el tratamiento de la depresión se suelen utilizar medicamentos, asesoría, terapia electroconvulsiva y grupos de apoyo. Los medicamentos antidepresivos pueden ser muy efectivos pero algunos pueden no ser apropiados para todas las personas; en septiembre de 2004, la FDA (Food and Drug Administration) empezó a considerar la posibilidad de lanzar una advertencia de que algunos

⁵³ BUTCHER, James N; MINEKA, Susan; HOOLEY, Jill M. Psicología clínica. 12. ed, Ed. Pearson. Pág. 220-221

antidepresivos pueden aumentar el riesgo de tendencia al suicidio en los niños. En 2007, la FDA propuso que todos los medicamentos antidepresivos deben hacer la advertencia del riesgo de comportamiento suicida en adultos jóvenes de edades entre 18 y 24 años⁵⁴.

7.2.2. ENFERMEDADES NEUROPSIQUIÁTRICAS

7.2.2.1. EPILEPSIA

La epilepsia es denominada como un trastorno cerebral que hace que ocurran convulsiones constantes, estas se dan cuando los grupos de células nerviosas (neuronas) del cerebro envían señales de conexión erróneas, así mismo las personas pueden tener sensaciones y emociones extrañas o comportarse de una manera diferente; además de "tener espasmos musculares violentos o perder el conocimiento"⁵⁵.

En general las causas de la epilepsia no son determinadas con certeza, se dice que puede ser multi-causal según el "Instituto Nacional de Desórdenes Neurológicos y Derrame Cerebral (NINDS)⁵⁶, las enfermedades, lesiones cerebrales o el desarrollo cerebral anormal pueden ser unas de las causantes dentro de la clasificación de la epilepsia, encontramos que se puede presentar de dos formas específicas, así:

*Convulsiones generalizadas: afectan todo o la mayor parte del cerebro.

*Convulsiones parciales: afectan solo una porción del cerebro.

⁵⁴ Extraído de la pagina Web: www.clinicadam.com, link: <http://www.clinicadam.com/salud/5/000945.html> (2/07/09. hora 7:00 pm)

⁵⁵ Extraído de la página Web: www.nlm.nih.gov. Link: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/epilepsy.html>

⁵⁶ Instituto Nacional de Desórdenes Neurológicos y Derrame Cerebral (NINDS) - Establecido en 1950. pagina Web: <http://www.ninds.nih.gov/> (07/07/09. hora 11:10 am)

En este sentido el tipo de epilepsia más recurrente se presenta en forma de convulsiones generalizadas que pueden aparecer en dos formas específicas:

*Convulsiones generalizadas son convulsiones tónico-clónicas (gran mal).

*Crisis de pequeño mal.

Y las convulsiones parciales se pueden presentar de la siguiente forma:

*Convulsiones focales (el afectado está despierto con movimientos o sensaciones anormales)

*Convulsiones parciales complejas (con movimientos o las sensaciones anormales van pero con alteraciones de la conciencia).

Los comportamientos extraños causados por la epilepsia siempre han causado desconcierto y asombro, debido a las diversas causas de este trastorno, esta ya era referida en la antigua Babilonia hace más de 3.000 años, en esta época los ataques eran atribuidos a las posesiones demoníacas y de dioses, pero Hipócrates en el año 400 a.C., identifico esta pseudo posesión como un trastorno del cerebro, el cual denomino epilepsia, derivado de un término griego que significa -ataque.

El NINDS define la epilepsia como “un trastorno del cerebro en el cual grupos de células nerviosas o neuronas en el cerebro, transmiten a veces las señales en una forma anormal”⁵⁷, las neuronas habitualmente segregan sustancias que actúan sobre otras células nerviosas o glándulas, generando movimientos musculares, emociones, pensamientos y sentimientos, pero la epilepsia, rompe con el patrón normal de funcionamiento neuronal causando toda clase de crisis. Además los tumores cerebrales, el alcoholismo, la enfermedad de Alzheimer, enfermedades

⁵⁷ Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebro vasculares: NINDS (National Institute of Neurological Disorders and Stroke). Crisis Epilépticas. Publication No. 05-156s July 2005. Pág., 3

que priven de oxígeno al cerebro, enfermedades infecciosas, virales, hidrocefalia, lesiones de la cabeza, lesiones prenatales y problemas del desarrollo ó Intoxicaciones, pueden producir también epilepsia ya que en estos casos se altera el funcionamiento adecuado del cerebro.

“La epilepsia está asociada con una variedad de trastornos metabólicos y del desarrollo, entre los que se incluyen parálisis cerebral, neurofibromatosis, dependencia del piruvato, esclerosis tuberosa, síndrome de Landau-Kleffner y autismo. La epilepsia es solo uno entre un grupo de síntomas que se presentan comúnmente en las personas que tienen estos trastornos”⁵⁸.

Las neuronas normalmente emiten señales de 80 veces por segundo, pero en una crisis epiléptica se elevan a 500 veces por segundo, alterando así el funcionamiento adecuado de los sistemas neuronales, en algunas personas estas crisis ocurren pocas veces en la vida, mientras que en otras, puede ocurrir cientos de veces en un solo día.

“La epilepsia es un trastorno que puede tener muchas causas posibles. Cualquier cosa que perturbe el patrón normal de la actividad de las neuronas, (desde una enfermedad, un daño cerebral, hasta el desarrollo anormal del cerebro) puede causar crisis epilépticas”⁵⁹.

Es así, que desde una anomalía en el cableado neuronal (en ocasiones causados por accidentes cerebro vasculares) hasta una inadecuada secreción en los neurotransmisores (inhibidores o excitadores del SNC) ó una combinación de ambos, pueden provocar una crisis epiléptica.

Se debe tener en cuenta que si la persona tiene una sola convulsión no quiere decir que tenga epilepsia necesariamente. Solo se puede diagnosticar en el caso

⁵⁸ Ibíd. Pág., 10

⁵⁹ Ibíd. Pág. 5

que una persona haya tenido dos o más convulsiones, en este caso si se consideraría que tiene epilepsia.

La epilepsia, no está vinculado al retardo mental o enfermedad mental, pero cuando una persona tiene síndromes epilépticos graves puede general deterioros notables y progresivos en su cerebro, ocasionando la pérdida de algunas funciones cerebrales.

“Más de 2 millones de personas en los Estados Unidos (cerca de 1 en 100) han experimentando una convulsión no provocada o han sido diagnosticadas con epilepsia. Las convulsiones se pueden controlar con medicinas y técnicas teniendo convulsiones, a pesar de contar con el mejor tratamiento disponible”⁶⁰.

Existen básicamente dos tipos de crisis epilépticas: *las crisis focales y crisis generalizadas*, las primeras son aquellas en las que se afecta solo en una parte del cerebro, por ejemplo crisis focales del lóbulo temporal, las segundas son producidas por actividad neuronal irregular en los dos lados del cerebro, estas crisis pueden causar pérdida del conocimiento, caídas o espasmos musculares masivos.

Las crisis focales se dividen en:

- *Crisis focal simple*

Acá la persona puede estar consciente pero advierte sentimientos o sensaciones poco comunes, que pueden manifestarse en diversas formas, es así, que a persona puede experimentar sentimientos súbitos e inexplicables de alegría, ira, tristeza o náuseas. Además puede escuchar, oler, saborear, ver o sentir cosas que no son reales.

⁶⁰ *Ibíd.* Pág. 3

- *Crisis focal compleja*

La persona experimenta una pérdida del conocimiento, se puede producir sueño, en ocasiones se evidencian comportamientos repetitivos y extraños como tics, movimientos estereotipados y en ocasiones caminar en círculos. Dichos movimientos repetitivos son llamados automatismos.

Crisis generalizadas se dividen en:

- *Crisis de ausencia*

Aparentemente la persona tiene la vista fija en un punto fijo y puede tener espasmo o sacudida violenta de los músculos.

- *Crisis tónicas*

Estas producen rigidez en los músculos del cuerpo, generalmente en los de la espalda, piernas y brazos.

- *Crisis clónicas*

En esta crisis se presentan movimientos violentos repetidos de los músculos de los dos lados del cuerpo.

- *Crisis mioclónicas*

Acá se evidencian movimientos violentos o sacudidas, principalmente en la parte superior del cuerpo, brazos o piernas.

- *Crisis atónicas*

Se presenta la pérdida del tono muscular normal.

- *Crisis tónico-clónicas o Convulsiones*

Es cuando la crisis epiléptica se presenta con movimientos del cuerpo o espasmos musculares, sacudidas, gritos o sonidos extraños y general mente se presentan caídas o desmayos con pérdida del conocimiento.

De esta forma como se presentan los tipos de crisis epilépticas, también existen varios tipos de epilepsia, fundamentalmente de dos tipos, así:

- *Epilepsia del lóbulo temporal*

Este es el síndrome más frecuente entre los que tienen crisis focales, este normalmente es de inicio temprano, y con el tiempo causa achicamiento del hipocampo, estructura cerebral encargada de la memoria y el aprendizaje.

- *La epilepsia neo cortical*

Este síndrome se origina en la corteza del cerebro extendida a su capa exterior, normalmente se pueden dar los dos tipos de crisis tanto focales como generalizadas.

Hay numerosos tipos de epilepsia, cada uno con su particularidad en las características de los síntomas, entre los que se encuentran: el *síndrome de Lennox-Gastaut* y la *encefalitis de Rasmussen*, estos inician frecuentemente en la infancia.

Dentro del espectro de la epilepsia, existen muchas clases dependiendo el área específica afectada, es por ello que se dificulta nombrarlos todos y cada uno de ellos, debido a esto, se nombraron los más importantes y frecuentes.

7.2.2.2. TRAUMA ENCEFALOCRANEANO

Las lesiones cerebrales de origen traumático establecen una de las formas más frecuentes de daño cerebral, esto da cuenta de una elevada morbilidad y

mortalidad en la población general. El progreso de la medicina y el avance tecnológico han permitido disminuir la mortalidad post-TEC, aumentando el tiempo de vida en estos pacientes.

Sin embargo, esto ha provocado un mayor número de individuos con variadas discapacidades, tanto a nivel físico como psíquico, lo que demanda cuidado y manejo especial para mejorar la re asimilación y acomodación al medio familiar, laboral y social.

Este tipo de traumatismos son complejos debido a que en su forma práctica sería explicado como una lesión cerebral causada por golpes fuertes en la cabeza, de esta base parte cada uno de los niveles o rangos derivados del tipo de lesión. “Se incluye bajo la denominación de TEC a todos aquellos paciente que presentan una lesión traumática en el cráneo o en su contenido”⁶¹ se clasifican en: leve, moderado y severo dentro de las 48 horas del accidente y después de las maniobras de reanimación no quirúrgicas.

“En la fisiopatología del TEC se observan los mecanismos de daño cerebral, dentro de estos existen dos tipos: Daño primario: es aquel producido en el momento del accidente por el golpe o contragolpe, en general es un tipo de lesión mecánica que no puede ser modificada por tratamientos ulteriores. Daño secundario: son eventos posteriores al trauma que pueden ser minimizados con algunas medidas terapéuticas. Incluyen factores mecánicos (hematomas extradurales o subdurales), inflamatorios (radicales libres y cascada respuesta inflamatoria) y finalmente isquémicos, los cuales tienen una gran relevancia ya que tienen un efecto devastador y son prevenibles. En la isquemia participan la hipoxia

⁶¹ HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN. Manejo Del Trauma Encefalocraneano (TEC), SUBDIRECCION CIENTIFICA. Versión: 01 página: 1 de 8. 1 de noviembre de 2006.

y la hipotensión los cuales son factores que aumentan importantemente la mortalidad del TEC grave⁶².

De este modo se podría decir que el tipo de lesión depende de la ubicación cerebral en la cual ocurrió en TEC y la gravedad del mismo, a partir del episodio, se derivan los cambios post-traumáticos, bien sea físicos, emocionales o cognitivos. Los cambios más comunes que suelen darse después de un traumatismo de este tipo son: “labilidad emocional, en ocasiones aumento de la agresividad, depresión, ansiedad y frustración, algunas veces problemas nemotécnicos, de atención y lenguaje, problemas motrices y de coordinación, déficit sensorio-motores, epilepsia pos-traumática, fatiga, disminución en la tolerancia de alcohol, drogas y cefaleas”⁶³.

De acuerdo a esto, los cambios marcados dentro de la personalidad de estos individuos, dificultan establecer nuevos vínculos sociales o mantener los que ya existían, estas alteraciones post-TEC, suelen ser visualizadas y reconocidas con mayor facilidad por las personas que rodean al paciente, como familia y amigos, quienes son los que pueden hacer una comparación detallada del antes y el después del comportamiento del paciente que ha padecido de un TEC.

La epidemiología define trauma encéfalo craneano como la presencia de un trauma de cráneo al que se pueden atribuir una o más de las siguientes consecuencias pérdida o disminución del estado de conciencia, amnesia, fractura

⁶² Extraído de la página web: www.escuela.med.puc.cl. TRAUMATISMO ENCÉFALO- CRANEANO: TEC. UBICADO EN: <http://escuela.med.puc.cl/Deptos/Neurocx/pdf/TraumatismoEncefaloCraneano.pdf> fecha: 28/11/2009. hora: 5:30 pm.

⁶³ UPTON. Thomas D; PREMUDA. Paola; BRORDIERI. James. Revista Neurológica argentina: INVESTIGACION: Desarrollo y provisión inicial de entrenamiento intensivo en las habilidades sociales y preparación para el trabajo en adultos con traumatismo encéfalo-craneal: posibilidades de replicación en el Río de la Plata. Volumen 27- N° 4, 2002. 241p. ISSN 0325-0938

del cráneo, anormalidad neurológica o neuropsicológica, lesión intracraneal o muerte⁶⁴

El TEC es un tema de interés prioritario para la salud pública. Las estimaciones sobre su incidencia, prevalencia, severidad, secuelas y el grado en que pueden ser prevenibles, indican que causa enormes pérdidas para los individuos y la sociedad. Consume una proporción importante de recursos, con costos elevados y sus consecuentes repercusiones para el crecimiento económico, todo lo cual justifica de sobra impulsar esfuerzos preventivos⁶⁵

La definición tiene un impacto de gran magnitud en los reportes de incidencia. Un golpe en la cabeza puede producir heridas del cuero cabelludo, fracturas o lesión cerebral en forma independiente. Existe controversia sobre la definición a emplear, pues si se define como “cualquier golpe en la cabeza”, la sensibilidad e incidencia aumentan a costa de la especificidad, pero si se define como “evidencia de lesión cerebral”, aumenta la especificidad y caen la sensibilidad e incidencia. Algunos expertos opinan que sólo se debieran incluir aquellos con pérdida de la conciencia, pero disminuir la sensibilidad genera el temor de que aumenten el número de muertes evitables por diagnósticos equivocados o tardíos de hematomas, sin tener en cuenta otras complicaciones.

Otros consideran que definirlo como pérdida de la conciencia subestima el problema, pues pequeñas variaciones en las circunstancias del golpe cambiarían la severidad, además dada la alta carga asistencial que generan los TEC leves, una estrategia preventiva debería cobijarlos⁶⁶.

64 THURMAN DJ, SNIEZEK JE, JONSON D, GREENSPAN A, Smith SM. Guidelines for surveillance of central nervous system injury. U.S. Department of health and human services. Public health service. Centers for disease control and prevention, National center for injury prevention and control. Atlanta, Georgia; 1995.

65 GONZÁLEZ G. El trauma. Colección legado del saber. Universidad de Antioquia. 2003. Vol. 10

66 JENNETT. B. Epidemiology of head injury. Arch Dis Child 1998;78:403-6.

7.2.2.3. RETRASO MENTAL

El DSMIV-TR (2002), define el retraso como un funcionamiento intelectual general significativamente por debajo de la media... que va acompañado de importantes limitaciones en el funcionamiento adaptativo, en ciertas áreas como el cuidado de sí mismo, el ámbito laboral, la salud y la seguridad⁶⁷. El retraso mental se define tanto en relación con el rendimiento como con la inteligencia. Esta definición no dice nada sobre los factores causales, que pueden ser biológicos, psicosociales, socioculturales, o una combinación de los anteriores. Por definición, cualquier equivalente funcional de un retraso mental que haya hecho su aparición después de los 17 años, debería considerarse como una demencia y no como un retraso mental⁶⁸.

La American psychiatric Association, 2002 define retraso mental significa como un funcionamiento intelectual por debajo del promedio, que se presenta junto con deficiencias de adaptación y se manifiesta durante el período de desarrollo (antes de los 18 años)". Esta definición, tomada de la Asociación Americana de Deficiencia Mental, nos proporciona una visión dinámica del trastorno⁶⁹

El retraso mental se codifica en el eje II del DSM, junto con los trastornos de personalidad. El retraso mental, igual que otras categorías diagnósticas del DSM, se consideran como un tipo específico de trastorno, aunque pueda aparecer en combinación con otros del eje I o del eje II. De hecho, las personas con retraso mental suelen sufrir también otros trastornos psiquiátricos, especialmente psicosis, con más frecuencia que la población general, (Dykens, 2000; Linna, Moilanen, et al., 1999; Stromme y Diseth, 2000), citado por Butcher, Mineka y Hooley, 2007⁷⁰.

⁶⁷ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSMIV-TR. 2002. pág. 41

⁶⁸ BUTCHER, James N; MINEKA, Susan; HOOLEY, Jill M. Psicología clínica. 12. ed, Ed. Pearson. Pág. 546

⁶⁹ American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta edición revisada Barcelona. Masson, 2002

⁷⁰ *Ibid.*, pág. 546

El retraso mental fundamentalmente es un compromiso con el desarrollo del cerebro, de una enfermedad o de una lesión cerebral que se produce durante o inmediatamente después del nacimiento, o es la consecuencia de un déficit en la maduración debido a que los estímulos ambientales provenientes de fuentes familiares, sociales o culturales han sido insuficientes para estimularla. Se muestra como una incapacidad o limitación, tanto psíquica como social, y generalmente es descubierta en la infancia.

Así mismo el retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. De hecho, los pacientes afectados de un retardo mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales, siendo la prevalencia de éstos al menos tres o cuatro veces mayor que en la población general. Es importante remarcar, además, que los retrasados mentales tienen mayor riesgo de sufrir explotación o abuso físico y sexual⁷¹.

Grados de retraso mental

El déficit en la función intelectual es considerado como su principal característica. Se toma en cuenta el cociente intelectual (C.I.) para clasificar los grados de retardo. Este puede determinarse mediante la aplicación individual de pruebas de inteligencia estandarizadas y adaptadas a la cultura de la población de la cual es miembro el sujeto. Las escalas de madurez social y de adaptación aportan una información complementaria, siempre y cuando estén adaptadas al medio cultural del paciente, debiendo completarse con entrevistas a los padres o a las personas que cuidan al sujeto y que conocen su discapacidad para la actividad cotidiana.

Sin la aplicación de métodos estandarizados, el diagnóstico del retardo mental debe ser considerado como provisional. El carácter pluridimensional de éste se refleja también en los diversos enfoques utilizados para clasificar esta

⁷¹ Ibíd., pág. 49

enfermedad. Esencialmente, todos ellos se refieren a las características del desarrollo del paciente, a su potencial de educación y entrenamiento, y a su adecuación social y vocacional. Los grados o niveles de retraso son clasificados por la CIE-10 de la forma siguiente:

F70 Retraso mental leve (50 a 69 de C.I.)

F71 Retraso mental moderado (del 35 a 49 de C.I.)

F72 Retraso mental grave (del 20 a 34 de C.I.)

F73 Retraso mental profundo (menos de 20 de C.I.)

F78 Otro retraso mental

F79 Retraso mental sin especificación

F70 Retraso Mental leve: Llamado también debilidad mental, subnormalidad mental leve, oligofrenia leve, morón. Se considera que un cociente intelectual (C.I.) de 50 a 69 corresponde a un retraso mental leve⁷².

Son pacientes que adquieren tarde el lenguaje, aunque son capaces de mantener una conversación y, por lo tanto, de expresarse en la vida cotidiana. Una gran parte llega a alcanzar una independencia para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse y controlar los esfínteres). Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares, sobre todo en la lectura y la escritura. Pueden desempeñarse en labores prácticas, más frecuentemente en trabajos manuales semicualificados.

Cuando el retraso va acompañado de una falta de madurez emocional o social destacadas, pueden presentarse dificultades para hacer frente a las demandas del matrimonio o la educación de los hijos, así como en la adaptación a la cultura⁷³.

⁷² *Ibíd.*, pág. 50

⁷³ VALLEJO RUILOBA, J., *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría*, Tercera edición. Barcelona, Salvat, 1991.

En sólo una minoría de los adultos afectados puede reconocerse una etiología orgánica.

F71 Retraso Mental Moderado: Llamado también imbecilidad, subnormalidad mental moderada u oligofrenia moderada. Los pacientes con retraso mental moderado muestran una lentitud en el desarrollo de la comprensión y el uso del lenguaje, teniendo en esta área un dominio limitado. Los avances escolares son limitados, y aprenden sólo lo elemental para la lectura escritura y cálculo. Tienen dificultad para su cuidado personal. Sus funciones motrices son pobres, y necesitan de una supervisión permanente. Se considera que un cociente intelectual (C.I.) comprendido entre 35 y 49, corresponde al retraso mental moderado. En el trabajo desarrollan labores prácticas y sencillas, siempre y cuando estén detalladamente estructuradas y se les supervise de modo adecuado.

De adultos es difícil que desarrollen una vida social completamente independiente; sin embargo, muchos de ellos son físicamente activos, con total capacidad de movimientos. El nivel de desarrollo del lenguaje varía, desde la capacidad para tomar parte en una conversación sencilla, hasta la adquisición de un lenguaje sólo para lo cotidiano. Existen pacientes que nunca aprenden a hacer uso del lenguaje y utilizan la gesticulación manual para compensar la carencia verbal. En la mayoría se detecta una etiología orgánica. Son frecuentes el autismo, o trastornos del desarrollo, así como también la epilepsia, los déficit neurológicos y las alteraciones somáticas⁷⁴.

En la literatura psiquiátrica se consignan no pocos casos de retardo mental con memoria prodigiosa, sobre todo con los números. Es el caso de Inaudi, que a los 6 años causaba admiración por sus cálculos mentales y, a los 12, fue estudiado por Broca, cuando aún no había aprendido a leer; podía repetir fácilmente al revés y al derecho 30 números con sólo verlos una vez, habiendo llegado en una ocasión a

⁷⁴ VIDAL, G., Y ALARCÓN, R., Psiquiatría, Buenos Aires, Editorial Panamericana, 1986.

repetir 400 números. Por otra parte, Maudsley refiere el caso de un retardado mental que después de leer el periódico cerraba los ojos y lo repetía íntegro. Asimismo, Bleuler nos relata el caso de un retardado mental que después de oír un sermón lo repetía textualmente, pero sin comprender su sentido.

F72 Retraso Mental Grave: Llamado también subnormalidad mental grave u oligofrenia grave. Se considera que un cociente intelectual (C.I.) entre 20 y 34, corresponde a retraso mental grave.

El paciente con retraso mental grave presenta un cuadro clínico mucho más severo que el anterior; básicamente, su etiología es orgánica, asociada a otros trastornos con escaso o nulo nivel del desarrollo del lenguaje, necesitándose, generalmente, de una anamnesis indirecta. La gran mayoría de los pacientes presenta marcado déficit motor, o la presencia de otras carencias que dan evidencia clínica de un daño o anomalía del desarrollo del Sistema Nervioso Central.

F73 Retraso Mental Profundo: Llamado también idiotéz, subnormalidad profunda u oligofrenia profunda. Se considera que el C.I., es inferior a 20.

Los pacientes de este grupo poseen muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas, y requieren ayuda y supervisión permanente. No muestran capacidad para comprender instrucciones o reconocerlas y actuar de acuerdo a ellas. Su comunicación no verbal es muy rudimentaria; muestran una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres. La etiología es generalmente orgánica. Suelen estar acompañados de trastornos somáticos y neurológicos graves que afectan la motricidad, así como de epilepsia o de alteraciones visuales y auditivas. Es frecuente el autismo atípico, sobre todo en aquellos que son capaces de caminar, así como la presencia de trastornos generalizados del desarrollo en sus formas más graves.

7.2.3. HABILIDADES SOCIALES

“Cuando se habla de habilidades decimos que la persona es capaz de ejecutar una conducta de intercambio con resultados favorables, entendiendo el termino favorable como contrario de destrucción o aniquilación. Habilidad puede entenderse como destreza, diplomacia, capacidad, competencia, aptitud. Su relación conjunta con el término social nos revela una impronta de acciones de uno con los demás y de los demás para con uno (intercambio)”⁷⁵.

Vicente Caballo define las habilidades sociales como un “conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que, generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de cuatro (4) futuros problemas”⁷⁶.

“El contacto humano, fundamento de las relaciones de intercambio (interacción social), se produce en un indeterminado caudal de consecuencias de uno para con el otro y viceversa, por lo que existe todo el tiempo(en el momento del intercambio) una constante ida y vuelta. Sin lugar a dudas si cada ida o cada vuelta fuera distinta completamente a una experiencia anterior entonces las posibilidades de efectos negativos fuera mayor, por lo que se correría el riesgo de no encontrar patrones de conducta mas o menos parecidos que posibilitara la experiencia positiva y disminución del temor al intercambio. Sin embargo existe un código de intercambio que al igual que el lenguaje, con la utilización de signos, le es posible ejecutar infinidad de expresiones en múltiples ocasiones de la vida. La

⁷⁵ MINISTERIO DE SALUD. Equipo Interdisciplinario de la Dirección de Investigación, Docencia y Asistencia en Salud Colectiva del Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. MANUAL DE HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES ESCOLARES. DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. Perú – 2005 <http://www.documentacion.edex.es/docs/0310URIman.pdf>

⁷⁶ CABALLO; V. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid. Siglo XXI de España Editores.1993. p.250.

relación de intercambio no sólo se produce favorablemente, sino que existe un número muy inferior al intercambio favorable, de conductas de intercambio desfavorables. Por lo tanto, la habilidad social puede definirse en virtud del afrontamiento de intercambios desfavorables, de ahí que establecer el contacto sea muy importante, pero en algunos casos es imprescindible saber descontactar”⁷⁷

Es fundamental mostrar que las sociedades actuales usualmente no se basan en principios básicos para ser interpretadas, por lo que estos patrones que hoy facilitan la interpretación mañana pudieran no facilitarlos, además el hombre todo el tiempo está inmerso en un proceso de adaptarse – desadaptarse - readaptarse continuamente. Precisamente por ser capaz de adaptarse y readaptarse podríamos decir que posea una habilidad. Las habilidades sociales reciben hoy una importancia capital, debido a las exigencias sociales y la complejidad en que se desenvuelven los seres humanos.

7.2.3.1. Habilidades Sociales - Autoestima

La autoestima comprende dos elementos psíquicos:

1. La consciencia que cada uno tenemos acerca de nosotros mismos, de cuales son los rasgos de nuestra identidad, cualidades y características más significativas de nuestra manera de ser. Este grado de consciencia lo llamaremos autoconcepto.
2. El segundo componente es un sentimiento: El aprecio y amor que experimentamos hacia nuestra propia persona, la consideración que mantenemos hacia nuestros intereses, creencias, valores y modos de pensar. La autoestima es

⁷⁷ LAS HABILIDADES SOCIALES. <http://www.monografias.com/trabajos12/habilsoc/habilsoc.shtml>

una necesidad psicológica básica que hemos de cubrir para alcanzar un desarrollo armónico con nuestra personalidad⁷⁸.

La autoestima tiene relación con las habilidades sociales y estas a su vez con el autoconcepto ya que este es una configuración psicológica donde emergen ideas, criterios y percepciones de sí mismo del otro y del medio que lo rodea y que el mismo está sujeto a cambios, pues esta supone una historia personal que se enriquece día a día.

De esta forma, el autoconcepto se refiere a la introspección de actitudes y la concepción que tenemos acerca de nosotros mismos, lo cual es de vital importancia para el sujeto en sus relaciones interpersonales, de forma general el autoconcepto y la autoestima tienen referencias con la imagen de sí mismo.

La comprensión adquirida por una persona durante el proceso de su desarrollo se estructura con el proceso completo de sus habilidades lógico-deductivas durante el periodo comprendido entre la adolescencia y la adultez. “La habilidad para transformar los propios procesos cognitivos y emocionales en objeto del pensamiento es la condición que permite al individuo a empezar a descodificar y conceptualizar su conocimiento anteriormente adquirido. Con la emergencia de destrezas que resultan del pensamiento abstracto, los individuos pueden finalmente empezar a explicar y ubicar en teoría y creencias una gran parte de lo que antes era conocido de forma tácita y directa; estas teorías corresponden a aquellos aspectos del autoconocimiento, de lo que las personas han tomado conciencia y con lo que definen su identidad personal; en otras palabras, la formación de la imagen de sí, corresponde a una nueva construcción, llegando a alcanzar un nivel superior en la expresión de la personalidad, es decir si se logra introducir en el contenido de la personalidad en la historia del contenido aprendido

⁷⁸ MASSÓ, Francisco. AUTOESTIMA. http://es.salut.conecta.it/pdf/injuve/Ilguianorexia_4.pdf

entonces podríamos decir que se ha alcanzado un nivel superior de expresión de la habilidad social en correspondencia con la imagen de sí”⁷⁹

Como se observa la autoestima deriva de un proceso, este se configura por efecto de muchos factores, no obstante una vez casi establecida (aun que no podríamos hablar de una autoestima concluida pues se sigue retroalimentando de una serie continua de auto-percepciones y auto-evaluaciones, es decir que no es inflexible, sino dispuesto a cambios, por lo tanto siempre quedará lugar para que siga siendo un efecto) este se convierte en una causa para formar o acelerar estados emocionales, así como favorecer o no la contención de respuestas conductuales y de formas, además de inhibir el contacto interpersonal.

7.2.3.2. Las habilidades sociales necesarias para cada situación

Existen unas habilidades sociales básicas y otras más complejas. Sin las primeras no podemos aprender y desarrollar las segundas. Cada situación requerirá mostrar unas habilidades u otras, dependiendo de las características de la situación y de la dificultad de la misma.

Para empezar a aprender estas habilidades tenemos que conocer primero las técnicas básicas de la comunicación eficaz y luego incorporar esas conductas socialmente deseables que son las habilidades sociales.

GRUPO I: Primeras habilidades sociales

- ✓ Escuchar.
- ✓ Iniciar una conversación.
- ✓ Mantener una conversación.
- ✓ Formular una pregunta.
- ✓ Dar las gracias.

⁷⁹ LAS HABILIDADES SOCIALES. <http://www.monografias.com/trabajos12/habilsoc/habilsoc.shtml>

- ✓ Presentarse.
- ✓ Presentar a otras personas.
- ✓ Hacer un cumplido.

GRUPO II. Habilidades sociales avanzadas

- ✓ Pedir ayuda.
- ✓ Participar.
- ✓ Dar instrucciones.
- ✓ Seguir instrucciones.
- ✓ Disculparse.
- ✓ Convencer a los demás.

GRUPO III. Habilidades relacionadas con los sentimientos

- ✓ Conocer los propios sentimientos.
- ✓ Expresar los sentimientos.
- ✓ Comprender los sentimientos de los demás.
- ✓ Enfrentarse con el enfado del otro.
- ✓ Expresar afecto.
- ✓ Resolver el miedo.
- ✓ Auto-recompensarse.

GRUPO IV. Habilidades alternativas a la agresión

- ✓ Pedir permiso.
- ✓ Compartir algo.
- ✓ Ayudar a los demás.
- ✓ Negociar.
- ✓ Emplear el autocontrol.
- ✓ Defender los propios derechos.
- ✓ Responder a las bromas.
- ✓ Evitar los problemas con los demás.

- ✓ No entrar en peleas.

GRUPO V. Habilidades para hacer frente al estrés

- ✓ Formular una queja.
- ✓ Responder a una queja.
- ✓ Demostrar deportividad después del juego.
- ✓ Resolver la vergüenza.
- ✓ Arreglárselas cuando le dejan de lado.
- ✓ Defender a un amigo.
- ✓ Responder a la persuasión.
- ✓ Responder al fracaso.
- ✓ Enfrentarse a los mensajes contradictorios.
- ✓ Responder a una acusación.
- ✓ Prepararse para una conversación difícil.
- ✓ Hacer frente a las presiones de grupo.

GRUPO VI. Habilidades de planificación

- ✓ Tomar iniciativas.
- ✓ Discernir sobre la causa de un problema.
- ✓ Establecer un objetivo.
- ✓ Recoger información.
- ✓ Resolver los problemas según su importancia.
- ✓ Tomar una decisión.
- ✓ Concentrarse en una tarea.

7.2.3.3. ¿Por qué interesa aprenderlas?

Estos aspectos integrados en uno mismo son fácilmente mostrables en la actividad profesional y personal diaria. El aprender y desarrollar estas habilidades en uno mismo es fundamental para conseguir unas óptimas relaciones con los

otros, ya sean de carácter social, familiar, laboral, etc. Por otra parte, somos más sensibles a las necesidades de los demás y tenemos mejores instrumentos para "modelar" su conducta. Modelar, como sabemos, es guiar la conducta y el pensamiento del otro con el comportamiento y con una actitud personal al cambio, lo cual significa que podemos facilitar de esta manera el cambio también en los otros.

7.2.4. GRUPO DE APOYO

“En la década de los 80 comienza en España la reforma psiquiátrica que buscaría cambiar la concepción de la atención de los enfermos mentales crónicos. Surge en ese mismo período el movimiento de salud mental comunitaria que tiene como eje fundamental la rehabilitación psicosocial e integración laboral”⁸⁰

La rehabilitación psicosocial forma parte de la atención integral a personas con enfermedad mental crónica y trata de complementar el tratamiento farmacológico para conseguir la mejora del funcionamiento personal y social. Con ella se pretende disminuir las secuelas de la enfermedad, aprendiendo y potenciando la recuperación del mayor número de capacidades posibles. De este modo la rehabilitación apoya a los enfermos mentales en el desempeño de sus roles y se preocupa por fortalecer las capacidades en todas las áreas de su vida, promoviendo la mayor autonomía e independencia posible.

De la reforma psiquiátrica anterior surgieron intereses centrados en que las personas con trastornos mentales crónicos tuvieran espacios donde pudieran interactuar con otros sujetos, donde pudieran sentirse útiles, importantes y menos excluidos de la sociedad. El grupo de apoyo constituye ese espacio rehabilitador y funcional que ayuda a los sujetos a aceptar su enfermedad, a vivir con ella y a adquirir responsabilidades para evitar las crisis y las recaídas.

⁸⁰ http://www.saludmental.info/Secciones/rehabilitacion/2007/la_filosofia_de_la_rehabilitacion_feb07.htm

Los grupos de apoyo son reuniones regulares donde las personas que experimentan problemas similares o transformaciones vivenciales comunes se unen para ofrecerse apoyo y ánimo unos a otros. Gracias a estos grupos es posible informar a la paciente y a su familia de que se trata la enfermedad, las causas, probables tratamientos, rehabilitación, estrategias de manejo en casa y los cuidados que se deben tener para fomentar la buena evolución del padecimiento“. Los grupos de apoyo son convocados por profesionales de la salud mental para crear un ambiente acogedor donde se gestionen los recursos de los miembros para afrontar las situaciones conflictivas o amenazantes. Suelen estar compuestos por personas que comparten algún tipo de problema que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal. La pertenencia a estos grupos proporciona a sus miembros nuevos lazos y relaciones sociales, de modo que se sustituyen los recursos naturales o se compensan sus deficiencias en provisiones psicosociales mediante la interacción con personas que tienen problemas, carencias y/o experiencias comunes (Barrón, 1996)”⁸¹.

“Socio - afectivamente, estos grupos fomentan directamente la salud y la reducción del malestar psicológico y permiten al individuo hacer una mayor valoración de su propia situación gracias a lo que le ofrecen: recursos de afrontamiento y de paliar emociones negativas, proporcionar mayor sensación de control, aumento de la autoestima y del estado del ánimo positivo, y permiten una oportunidad de interacción social regularizada, reciben el feedback de los demás miembros, lo que será útil para identificar síntomas y actuar con rapidez ante cualquier desajuste (Rodríguez Marín, Pastor y López-Roig, 1993)”⁸².

⁸¹ PALACÍN LOIS, María. <http://www.acnefi.com/revista/n00720.htm>

⁸² *Ibíd.*

Funciones de los Grupos como agentes terapéuticos

Levine Y Perkins (1987) describen las cinco funciones que cumplen este tipo de grupos (de apoyo y ayuda mutua) en el contexto del apoyo social para los que participan de ellos.

a) Promueven el sentimiento psicológico de comunidad, al compartir con otros el problema y compararse entre ellos, la experiencia que antes era personal se convierte en social. Reduciendo el aislamiento social de las personas.

b) Proporcionan una ideología que da significado a las circunstancias particulares de la vida diaria y a las personas que no se ajustan a la norma ideal. Permite obtener una identidad social normalizada, y las estrategias de los grupos se convierten en acciones sociales, promoviendo incluso unos valores sociales para los que forman parte de ellos.

c) Proporcionan una oportunidad para la autorrevelación y la crítica mutua. En el grupo se comparten sentimientos y se favorece la solidaridad mutua, lo que facilita la toma de conciencia de su situación que sirve para aprender nuevos comportamientos.

d) Proporcionan modelos de conducta. Las conductas positivas de un miembro sirven de modelo a los demás, los roles de ayudar y recibir, son intercambiables, el que ayuda un día recibe otro día, por tanto la ayuda es recíproca.

e) Proporcionan una red de relaciones sociales. Los que componen el grupo se constituyen en una red de relaciones, un vínculo que llega a ser afectivamente muy importante para sus miembros, ello reduce el aislamiento al que estaban sometidos y también el sentimiento de estigma social que va asociado en muchas ocasiones a determinadas situaciones de enfermedad física o problema social.

Se pueden identificar diferentes tipos de grupos de apoyo, Barrón, Lozano y Chacón (1998) proponen una clasificación basándose en dos criterios:

- Quién padece el problema:

Grupos de personas que padecen directamente el problema, por ejemplo, viudos, diabéticos, divorciados, enfermos de cáncer, etc.

Grupos de personas relacionadas directamente con los que padecen el problema, por ejemplo, familiares de toxicómanos, de alcohólicos, de personas con enfermedad mental, entre otros.

- Según el tipo de problema:

Grupos de personas que pasan por situaciones problemáticas semejantes, las cuales se pueden subdividir en:

- Situaciones crónicas: personas asmáticas, diabéticas, con diálisis, que estén sufriendo la pérdida de seres queridos, etc.
- Situaciones puntuales o de crisis vitales: divorcios, trasplantes de órganos, intervenciones quirúrgicas menores, etc.
- Grupos de acción social: el objetivo principal debe ser un cambio en legislación o en las actitudes públicas. Ejemplo: grupos de vecinos, grupos de defensa de los derechos, etc.

La pertinencia a estos grupos proporciona nuevos lazos y nuevas relaciones a sus miembros.

Los grupos de apoyo fueron creados con el fin de que las personas con padecimientos comunes tuvieran un espacio en el cual compartieran sus experiencias, establecieran procesos de identificación, construyeran nuevos lazos sociales, aceptaran su enfermedad y se responsabilizaran de ella. Entre estas

personas que se benefician de los grupos de apoyo encontramos a los sujetos que padecen enfermedad psiquiátrica y neurológica deteriorante. Teniendo en cuenta que el 90% de los miembros del grupo de apoyo del Centro de Salud Mental de Envigado son esquizoparanoides y epilépticos, es necesario conocer las características fundamentales de estos trastornos.

7.3. MARCO LEGAL

NORMATIVIDAD LEGAL DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD

LEY NÚMERO 1122 DE 2007

(Enero 9)

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

CAPITULO I - DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º: Objeto. La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud⁸³

CAPITULO VI - SALUD PÚBLICA

⁸³ Ministerio de la Protección Social. República de Colombia (2003). Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia: Informe preliminar. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. Santa Fe de Bogotá. Dirección General de Promoción y Prevención. Min. De Protección Social y Salud.

Artículo 33º: Plan Nacional de Salud Pública. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier Entidad Pública o privada. En materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio.

El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier Entidad Pública o privada. En materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio.

b. Las actividades que busquen promover el cambio de estilos de vida saludable y la integración de éstos en los distintos niveles educativos.

c. Las acciones que, de acuerdo con sus competencias, debe realizar el nivel nacional, los niveles territoriales y las aseguradoras.

d. El plan financiero y presupuestal de salud pública, definido en cada uno de los actores responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las entidades territoriales, y las EPS's.

- e. Las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables, que deben ser alcanzadas y reportadas con nivel de tolerancia cero, que serán fijadas para cada año y para cada periodo de cuatros años.
- f. Las metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana.
- g. Las prioridades de salud pública que deben ser cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud y las metas que deben ser alcanzadas por las EPS, tendientes a promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir.
- h. Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica
- i. Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria.
- j. El plan nacional de inmunizaciones que estructure e integre el esquema de protección específica para la población colombiana en particular los biológicos a ser incluidos y que se revisarán cada cuatro años con la asesoría del Instituto Nacional de Salud y el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización
- k. El plan deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio.

I. El Plan incluirá acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como medidas orientadas a responder a comportamiento de los indicadores de mortalidad materna.

Parágrafo 1º. El Estado garantizará, que los programas de televisión en la franja infantil, incluyan de manera obligatoria la promoción de hábitos y comportamientos saludables.

Parágrafo 2º. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las entidades territoriales presentarán anualmente un plan operativo de acción, cuyas metas serán evaluadas por parte del Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal efecto. Las personas que administran los recursos deberán contar con suficiente formación profesional e idónea para hacerlo.

Parágrafo 3º. El Ministerio de la Protección Social definirá los protocolos de atención que respondan a las prioridades definidas en el literal a) del presente artículo. El Ministerio definirá los protocolos de atención, remisión y tratamiento de los servicios de urgencias para los trastornos mentales de mayor prevalencia.

Parágrafo 4º. El Instituto Nacional de Salud se fortalecerá técnicamente para cumplir además de las funciones descritas en el decreto 272 de 2004 las siguientes:

a. Definir e implementar el modelo operativo del Sistema de Vigilancia y Control en Salud Pública en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

b. Realizar los estudios e investigación que soporten al Ministerio de Protección Social para la toma de decisiones para el Plan Nacional de Salud.

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

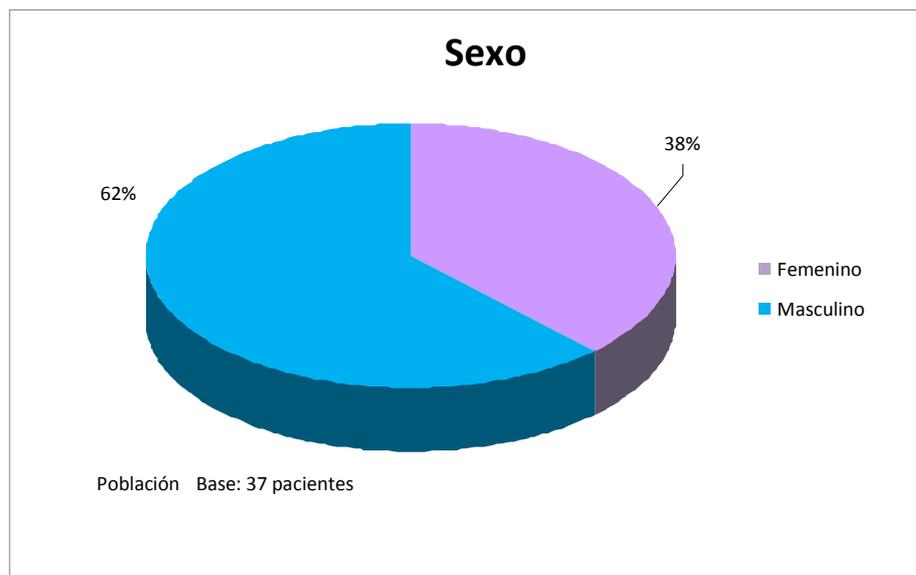
8.1. Información Socio demográfica

8.1.1. Sexo

Tabla No 8 Sexo. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Sexo	Cantidad	%
Femenino	14	38%
Masculino	23	62%
	37	100%

Gráfica No 1 Sexo. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



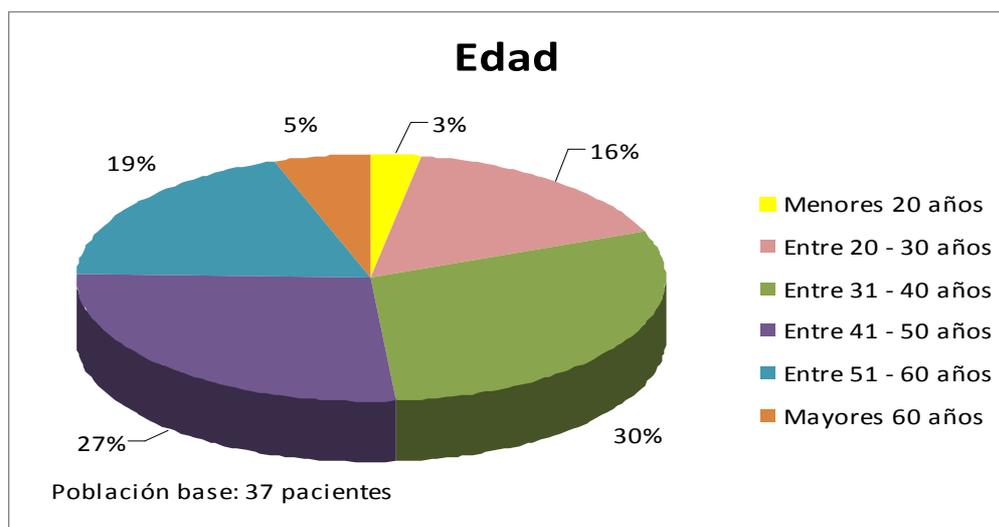
8.1.2. Edad

Tabla No 9 Edad. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Edad	Cantidad	%
Menores 20 años	1	3%
Entre 20 - 30 años	6	16%
Entre 31 - 40 años	11	30%
Entre 41 - 50 años	10	27%
Entre 51 - 60 años	7	19%
Mayores 60 años	2	5%
	37	100%

Edad promedio: 42 años

Gráfica No 2. Edad. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

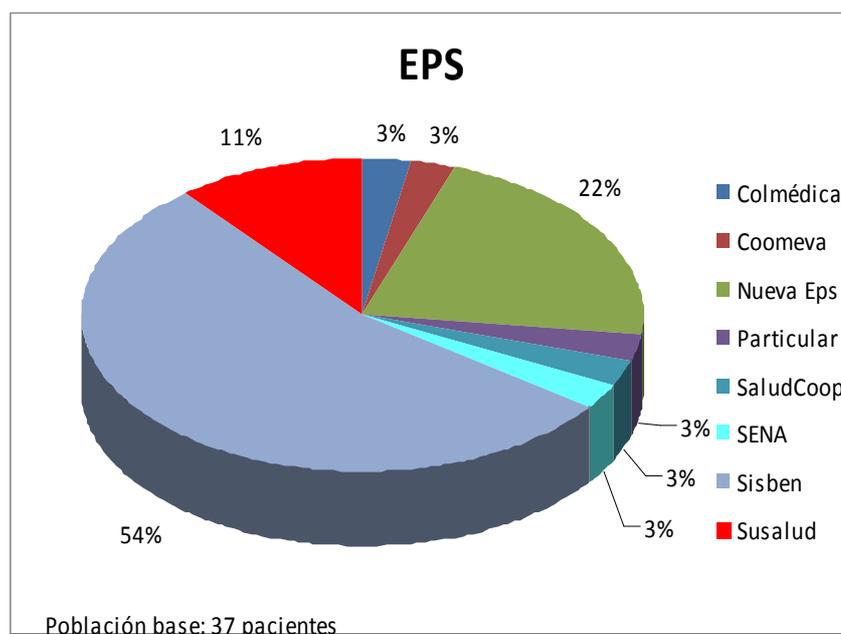


8.1.3. EPS

Tabla No 10 EPS. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

EPS	Cantidad	%
Colmédica	1	3%
Cooameva	1	3%
Nueva Eps	8	22%
Particular	1	3%
SaludCoop	1	3%
SENA	1	3%
Sisben	20	54%
Susalud	4	11%
	37	100%

Gráfica No 3. EPS Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

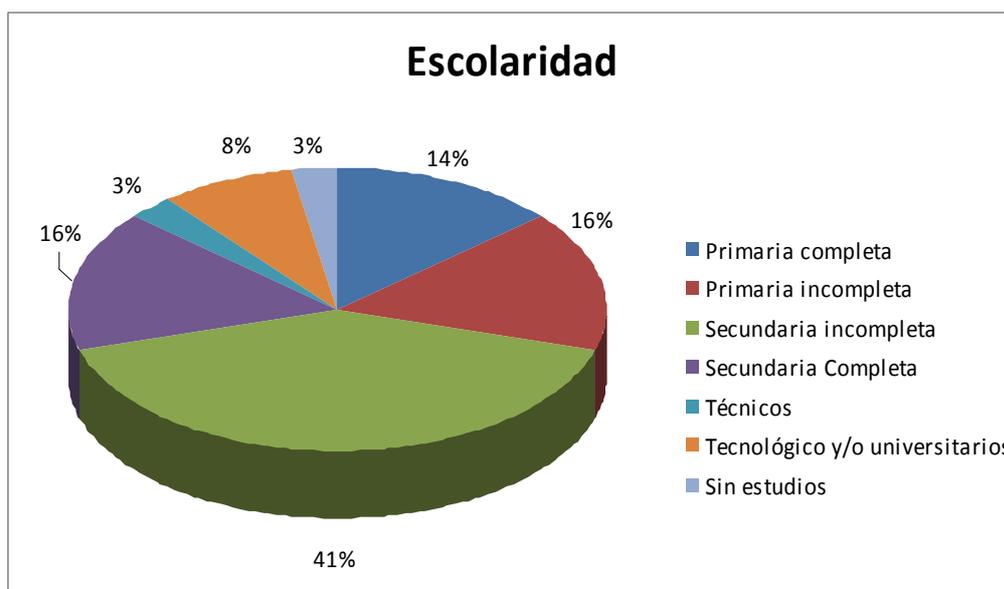


8.1.4. Escolaridad

Tabla No 11 Escolaridad. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Escolaridad	Cantidad	%
Primaria completa	5	14%
Primaria incompleta	6	16%
Secundaria incompleta	15	41%
Secundaria Completa	6	16%
Técnicos	1	3%
Tecnológico y/o universitarios	3	8%
Sin estudios	1	3%
	37	100%

Gráfica No 4. Escolaridad. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

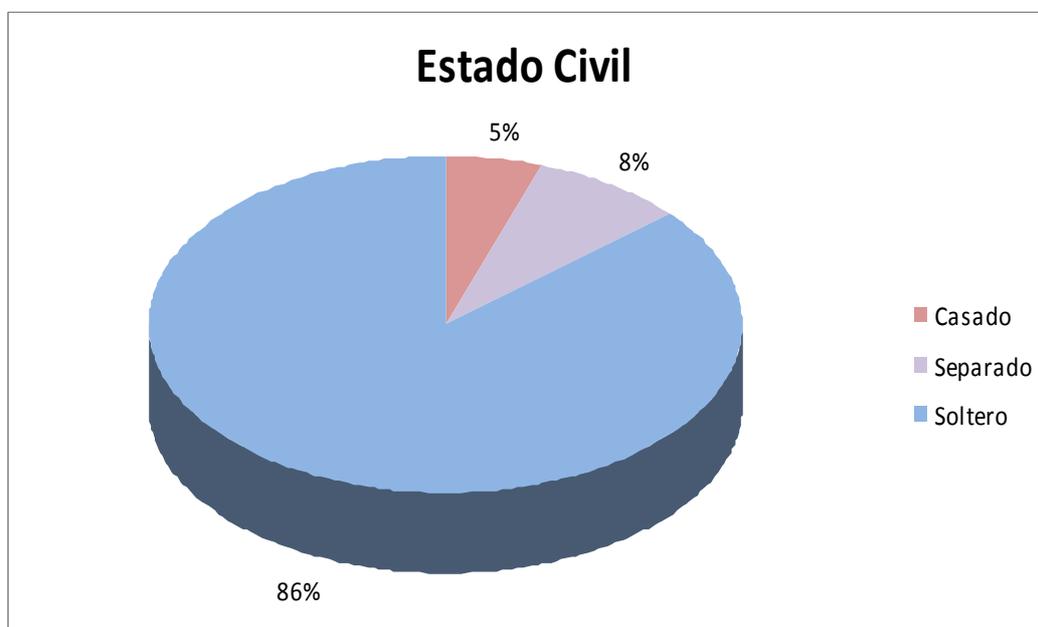


8.1.5. Estado civil

Tabla No 12 Estado Civil. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Estado Civil	Cantidad	%
Casado	2	5%
Separado	3	8%
Soltero	32	86%
	37	100%

Gráfica No 5. Estado Civil. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

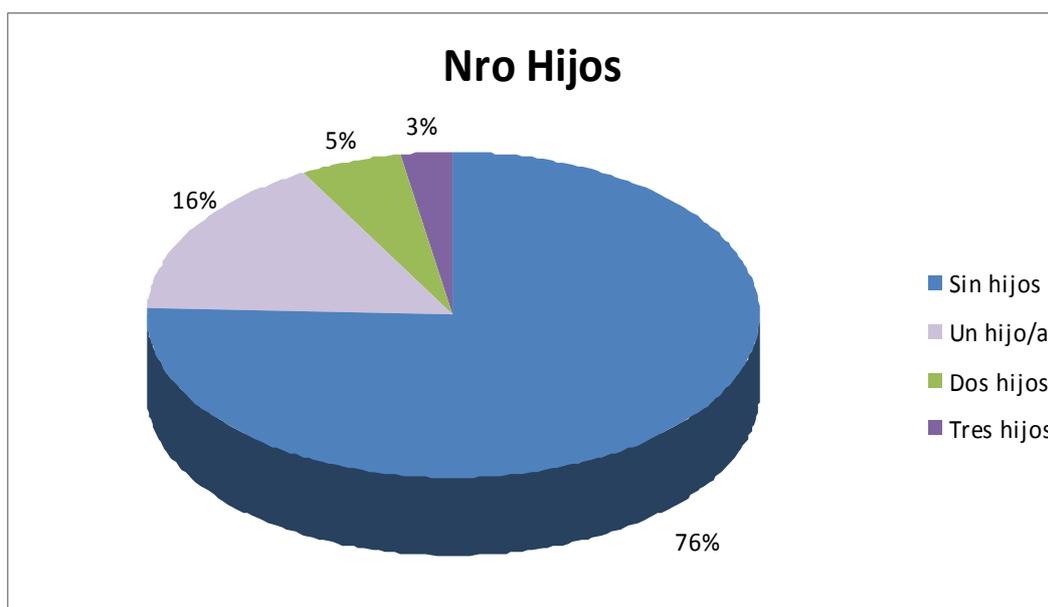


8.1.6. Número de hijos

Tabla No 13 Número de hijos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Nro. Hijos	Cantidad	%
Sin hijos	28	76%
Un hijo/a	6	16%
Dos hijos	2	5%
Tres hijos	1	3%
	37	100%

Gráfica No 6. Número de hijos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

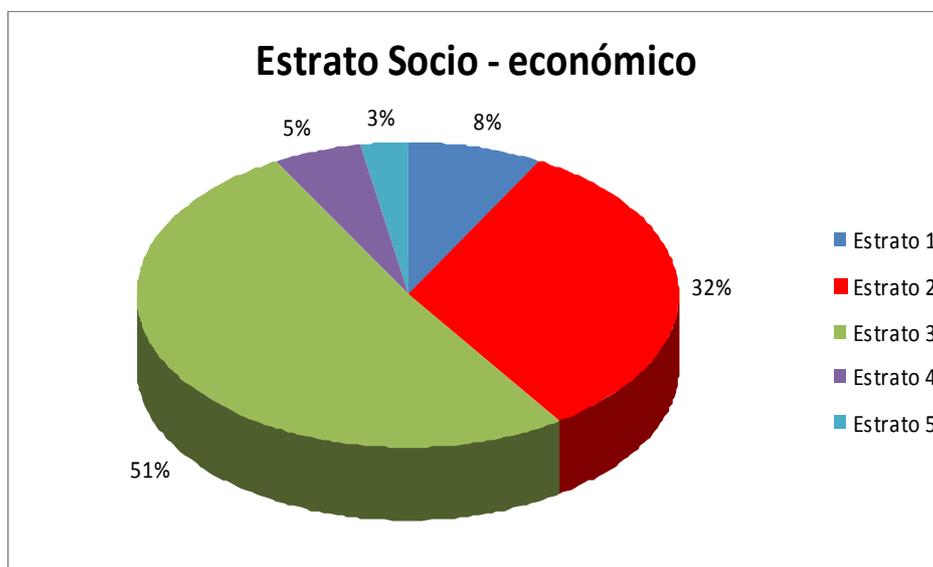


8.1.7. Estrato socio - económico

Tabla No 14 Estrato socio económico. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Estrato Socio - económico	Cantidad	%
Estrato 1	3	8%
Estrato 2	12	32%
Estrato 3	19	51%
Estrato 4	2	5%
Estrato 5	1	3%
	37	100%

Gráfica No 7. Estrato Socio económico Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

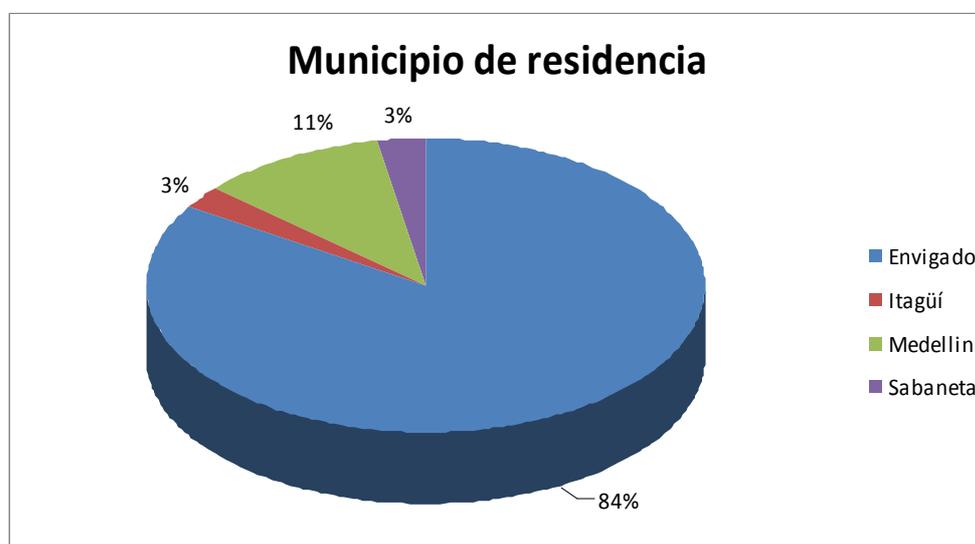


8.1.8. Municipio de residencia

Tabla No 15. Municipio de residencia. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Municipio de residencia	Cantidad	%
Envigado	31	84%
Itagüí	1	3%
Medellín	4	11%
Sabaneta	1	3%
	37	100%

Gráfica No 8. Municipio de residencia. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

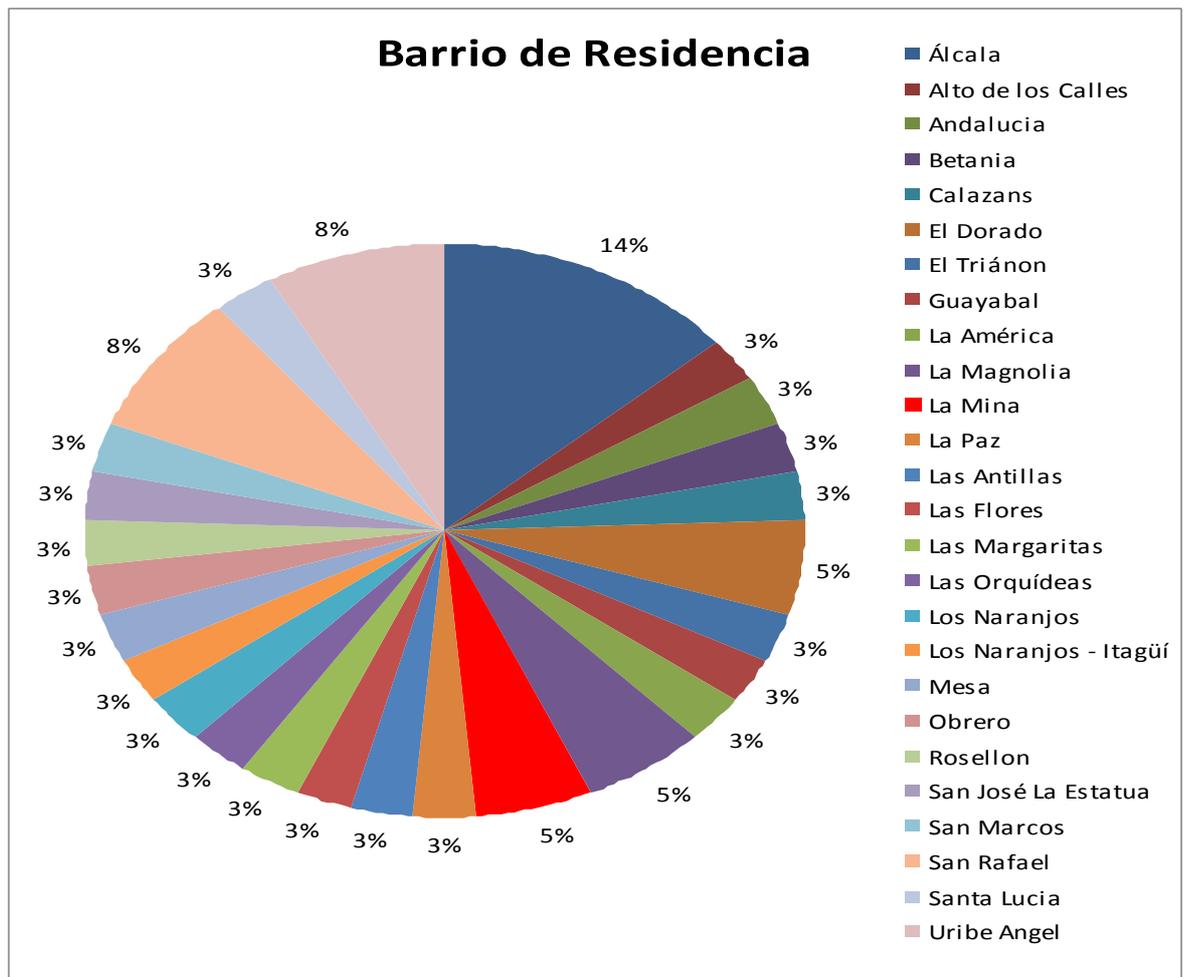


8.1.9. Barrio de residencia

Tabla No 16 Barrio residencia. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Barrio de Residencia	Cantidad	%
Alcalá	5	14%
Alto de los Calles	1	3%
Andalucía	1	3%
Betania	1	3%
Calasanz	1	3%
El Dorado	2	5%
El Triánon	1	3%
Guayabal	1	3%
La América	1	3%
La Magnolia	2	5%
La Mina	2	5%
La Paz	1	3%
Las Antillas	1	3%
Las Flores	1	3%
Las Margaritas	1	3%
Las Orquídeas	1	3%
Los Naranjos	1	3%
Los Naranjos – Itagüí	1	3%
Mesa	1	3%
Obrero	1	3%
Rosellón	1	3%
San José La Estatua	1	3%
San Marcos	1	3%
San Rafael	3	8%
Santa Lucía	1	3%
Uribe Ángel	3	8%
	37	100%

Gráfica No 9. Barrio de residencia. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

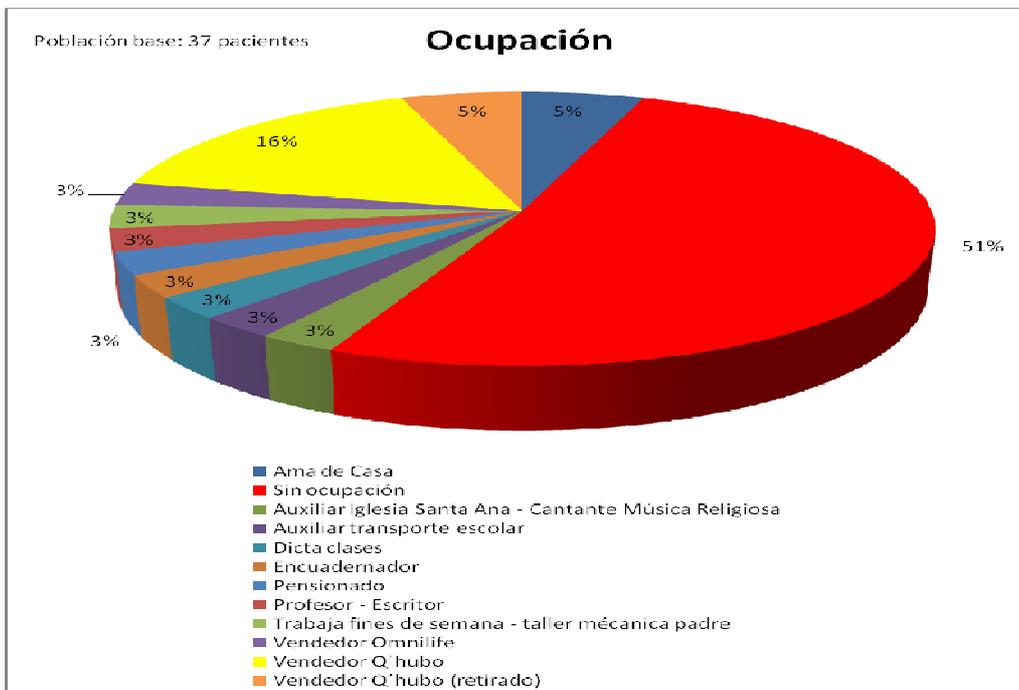


8.1.10. Ocupación

Tabla No 17 Ocupación. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Ocupación	Cantidad	%
Ama de Casa	2	5%
Sin ocupación	19	51%
Auxiliar Iglesia Santa Ana – Cantante Música Religiosa	1	3%
Auxiliar transporte escolar	1	3%
Dicta clases	1	3%
Encuadernador	1	3%
Pensionado	1	3%
Profesor – Escritor	1	3%
Trabaja fines de semana - taller mecánica padre	1	3%
Vendedor Omnilife	1	3%
Vendedor Q´hubo	6	16%
Vendedor Q´hubo (retirado)	2	5%
	37	100%

Gráfica No 10. Ocupación. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

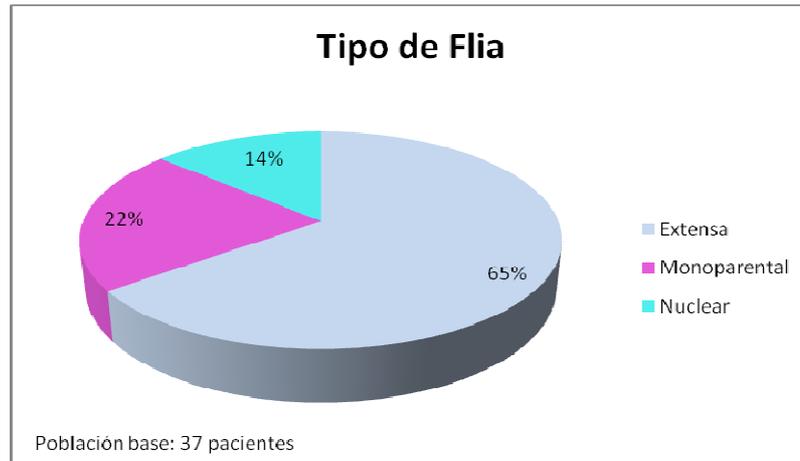


8.1.11. Tipo de familia

Tabla No 18 Tipo de familia. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Tipo de Familia	Cantidad	%
Extensa	24	65%
Mono parental	8	22%
Nuclear	5	14%
	37	100%

Gráfica No 11. Tipo de familia. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



El grupo de apoyo de enfermedad psiquiátrica deteriorante está compuesto por 37 pacientes, de los cuales el 38%(14) son mujeres y el 62%(23) son hombres, la edad promedio es de 42 años; sin embargo, el mayor porcentaje 30%(30) se encuentra entre los 31 y 40 años. El 54%(20) pertenecen al Sisben y el 46%(17) restante a otras EPS. En cuanto a su nivel de escolaridad, encontramos que el mayor porcentaje 41%(15) no completó sus estudios secundarios y sólo el 11%(4) poseen estudios técnicos o universitarios. El 86%(32) de la población tiene como estado civil: Soltero, lo que también se ve representando ante un 76%(28) de pacientes sin hijos.

En lo que tiene que ver con el lugar donde habitan se encontró que el 81%(31) de los pacientes habitan en el Municipio de Envigado, y el 51%(19) de ellos reside en estrato 3, concentrándose el mayor porcentaje 14%(5) en el Barrio Alcalá, el 65%(23) viven dentro de familias extensas y 38%(14) al ser evaluados dieron como resultado un APGAR Familiar Funcional (19 – 20).

Con respecto a la ocupación se encontró que el 51%(19) de ellos no poseen ninguna ocupación, contra un 16%(6) que posee un empleo fijo (Vendedores de Q´hubo y auxiliar iglesia Santa Ana).

8.2. Información sobre la enfermedad

8.2.1. Diagnóstico

Tabla No 19 Diagnóstico. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Diagnóstico	Cantidad	%
Epilepsia	1	3%
Epilepsia - Retardo Mental - Trastorno afectivo bipolar	1	3%
Esquizoafectivo	2	5%
Esquizofrenia	12	32%
Esquizofrenia - Retardo Mental	1	3%
Esquizofrenia - Trastorno afectivo bipolar	1	3%
Esquizofrenia paranoide	6	16%
Esquizofrenia paranoide - Depresión Mayor	1	3%
Esquizofrenia Paranoide y Residual	1	3%
Esquizofrenia Residual	2	5%
Retardo Mental	5	14%
Secuelas neuropsiquiátricas	1	3%
Sin diagnostico definido	1	3%
Trastorno afectivo bipolar	1	3%
Trastorno Depresivo Mayor presuntivo - Secuelas Neuropsiquiátricas	1	3%
	37	100%

Gráfica No 12. Diagnóstico. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

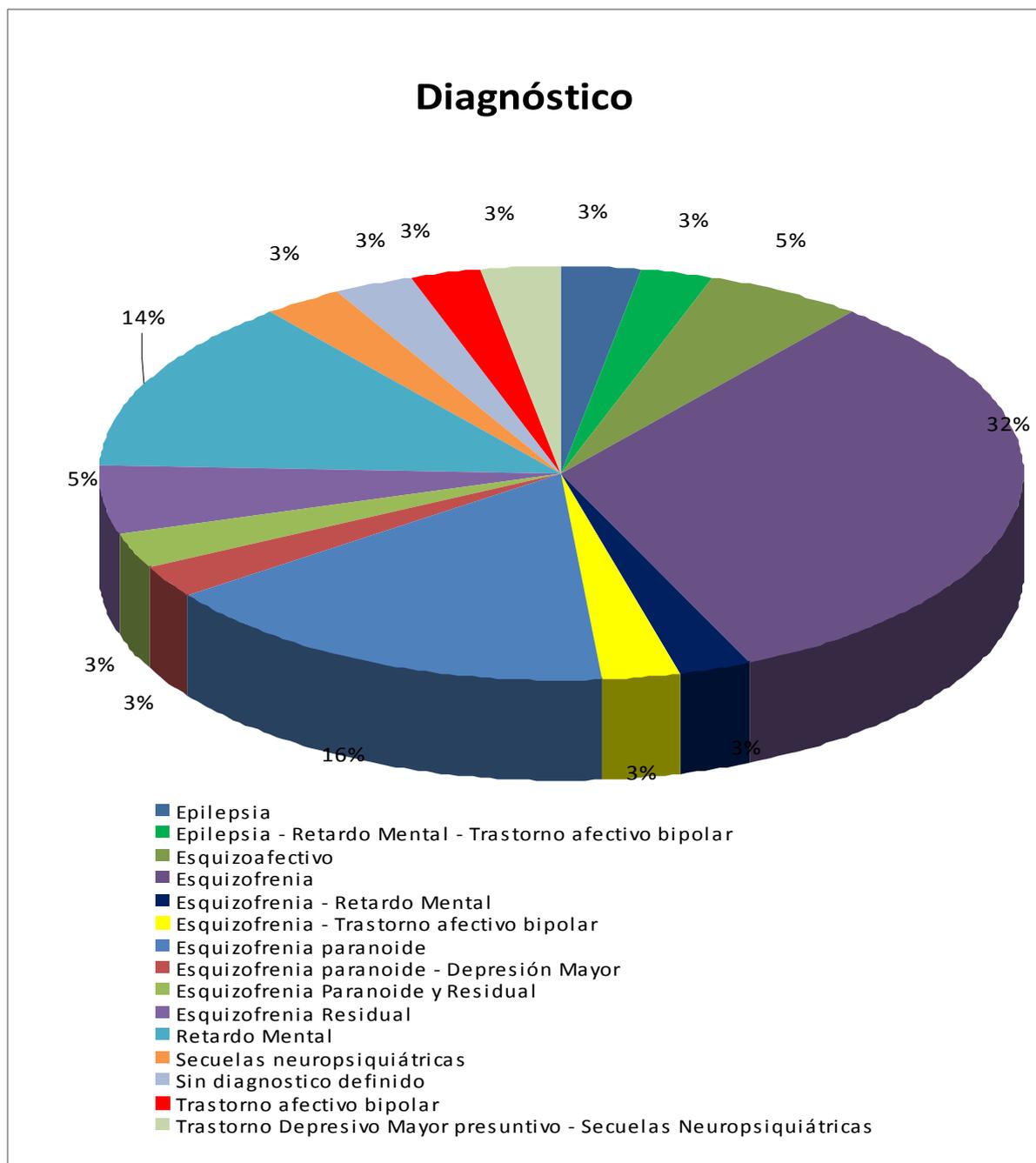
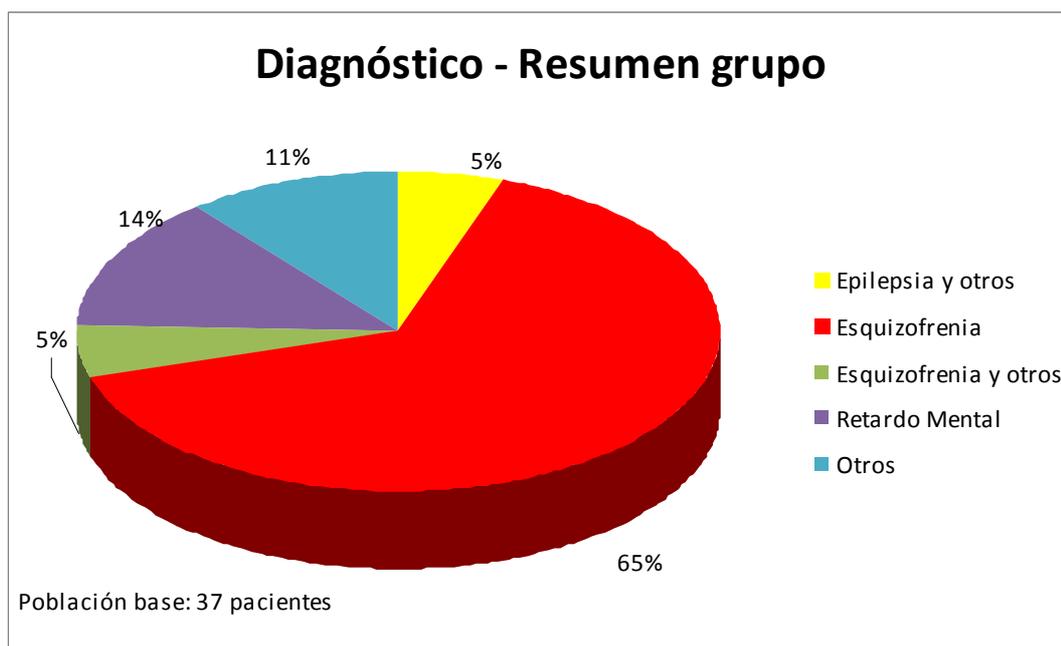


Tabla No 20 Diagnóstico-Resumen. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Diagnóstico - Resumen grupo	Cantidad	%
Epilepsia y otros	2	5%
Esquizofrenia	24	65%
Esquizofrenia y otros	2	5%
Retardo Mental	5	14%
Otros	4	11%
	37	100%

Gráfica No 13. Diagnostico-Resumen. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

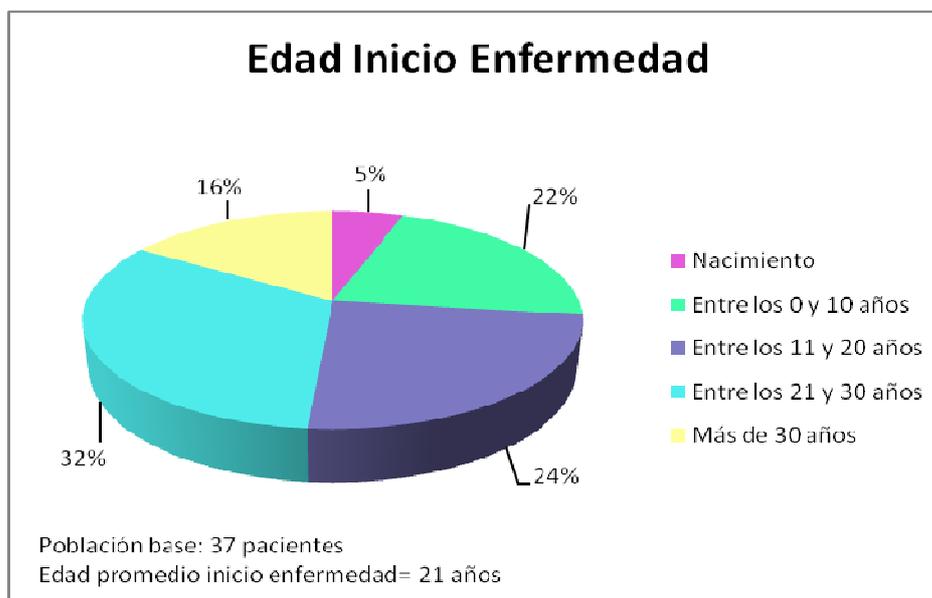


8.2.2. Edad inicio de la enfermedad

Tabla No 21 Edad de inicio de la enfermedad. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Edad Inicio Enfermedad	Cantidad	%
Nacimiento	2	5%
Entre los 0 y 10 años	8	22%
Entre los 11 y 20 años	9	24%
Entre los 21 y 30 años	12	32%
Más de 30 años	6	16%
	37	100%

Gráfica No 14. Edad Inicio enfermedad. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

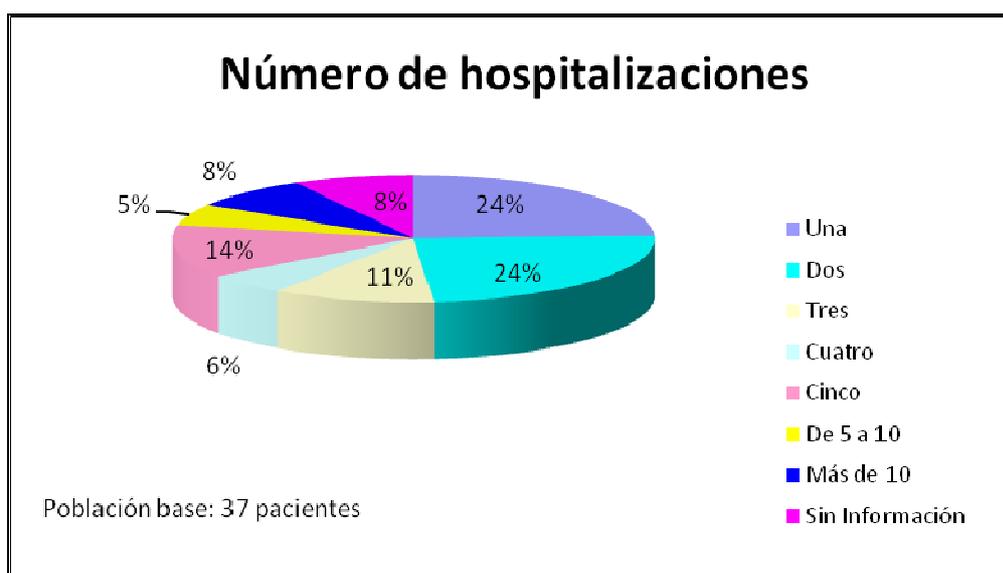


8.2.3. Número de hospitalizaciones

Tabla No 22. Número de hospitalizaciones. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Nro. Hospitalizaciones	Cantidad	%
Una	9	24%
Dos	9	24%
Tres	4	11%
Cuatro	2	5%
Cinco	5	14%
De 5 a 10	2	5%
Más de 10	3	8%
Sin Información	3	8%
	37	100%

Gráfica No 15. Número de hospitalizaciones. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

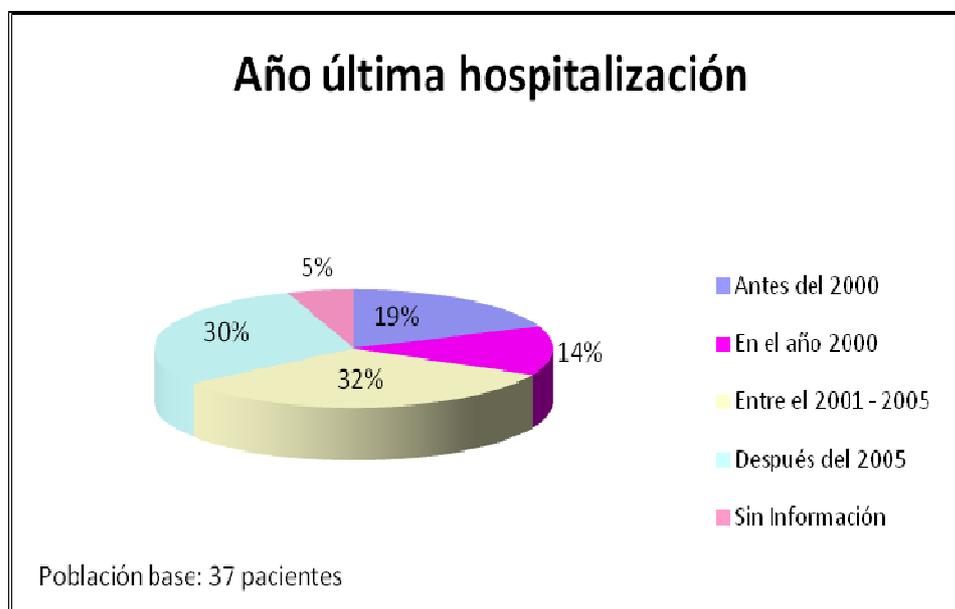


8.2.4. Año última hospitalización

Tabla No 23 Año última hospitalización. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Año última hospitalización	Cantidad	%
Antes del 2000	7	19%
En el año 2000	5	14%
Entre el 2001 – 2005	12	32%
Después del 2005	11	30%
Sin Información	2	5%
	37	100%

Gráfica No 16. Año última hospitalización Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



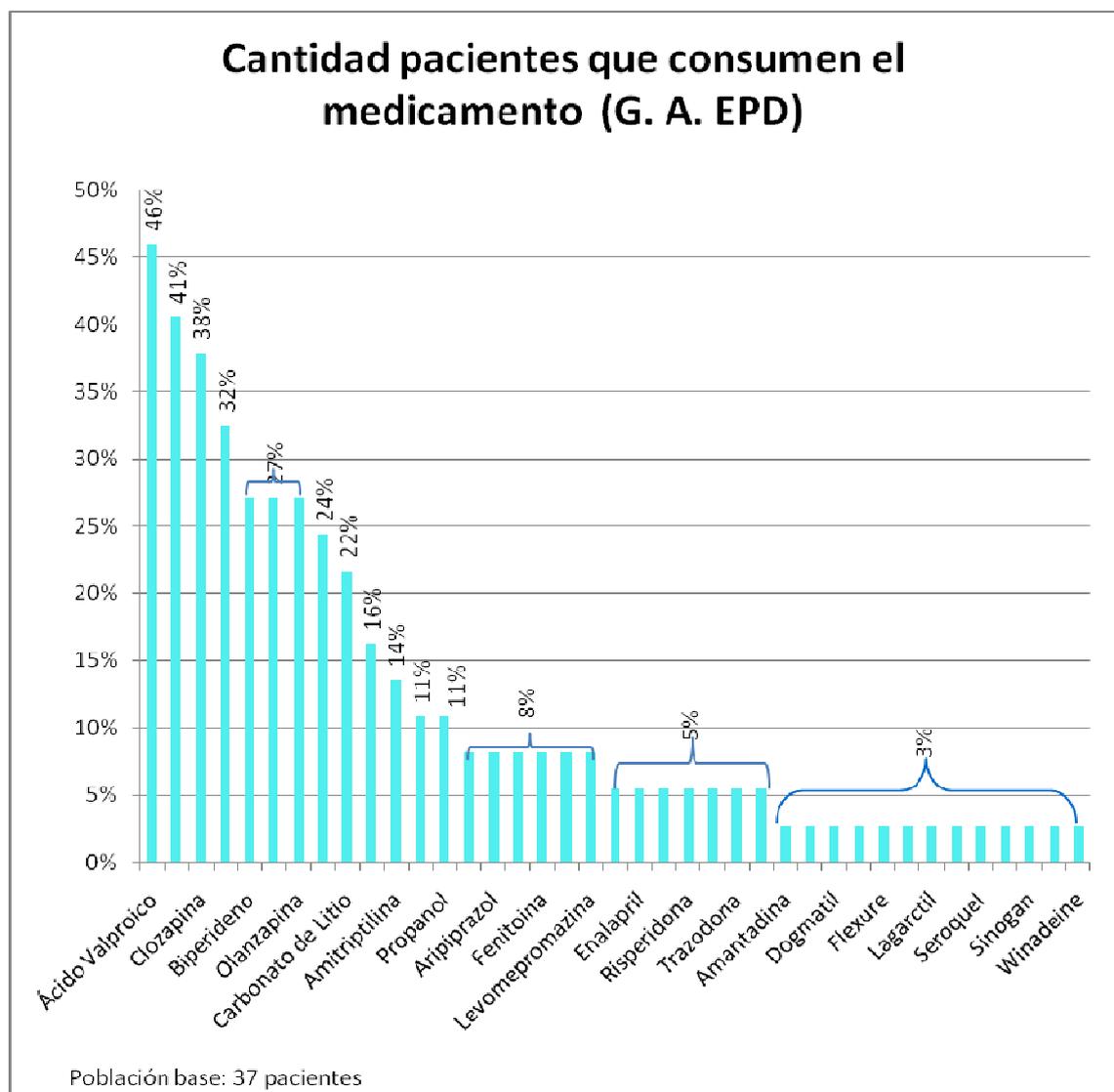
8.2.5. Medicación

Tabla No 24 Medicación. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Medicamento	Cantidad pacientes	% consumo en el grupo
Ácido Valproico	17	46%
Fluoxetina	15	41%
Clozapina	14	38%
Clonazepan	12	32%
Biperideno	10	27%
Haloperidol	10	27%
Olanzapina	10	27%
Pipotiazina	9	24%
Carbonato de Litio	8	22%
Carbamazepina	6	16%
Amitriptilina	5	14%
Lorazepam	4	11%
Propanol	4	11%
Akineton	3	8%
Aripiprazol	3	8%
Espiro lactona	3	8%
Fenitoina	3	8%
Fenobarbital	3	8%
Levomepromazina	3	8%
Captopril	2	5%
Enalapril	2	5%
Furosemida	2	5%
Risperidona	2	5%
Stelazine	2	5%
Trazodona	2	5%
Warfarina	2	5%
Amantadita	1	3%
Dogmatil	1	3%
Electrocin	1	3%
Flexure	1	3%
Gabapentin	1	3%
Lagarctil	1	3%
Paroxetina	1	3%

Medicamento	Cantidad pacientes	% consumo en el grupo
Seroquel	1	3%
Sertralina	1	3%
Sinogan	1	3%
Tractal	1	3%

Gráfica No 17 Cantidad pacientes que consumen el medicamento (G. A. EPD). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



8.2.6. Consumo de sustancias

Tabla No 25 Consumo de sustancias. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Consumo de Sustancias	Cantidad	%
Cigarrillo	6	16%
Ninguna	31	84%
	37	100%

Gráfica No 18. Consumo de sustancias. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



En lo que tiene que ver con la su enfermedad se encontró que el 65%(24) tienen como diagnóstico principal Esquizofrenia, y el 35%(13) restante padecen otro tipo de trastornos o enfermedades neurológicas. En un 32%(12) la edad de inicio del trastorno en los pacientes con esquizofrenia, se encuentra en el rango de los 21 a los 30 años, seguido por un 24%(9) en el rango de los 11 a los 20 años. En

promedio se han presentado 4 hospitalizaciones por paciente y sólo el 8%(3) ha tenido más de 10 hospitalizaciones. Como última fecha de hospitalización el porcentaje más alto es para el período comprendido entre el 2001 – 2005 con un 32%(12), y sólo un 14%(5) tuvo hospitalizaciones en los últimos 3 años. En lo que respecta al consumo de sustancias se encuentra que sólo el 16%(6) de la población evaluada presenta consumo de cigarrillo.

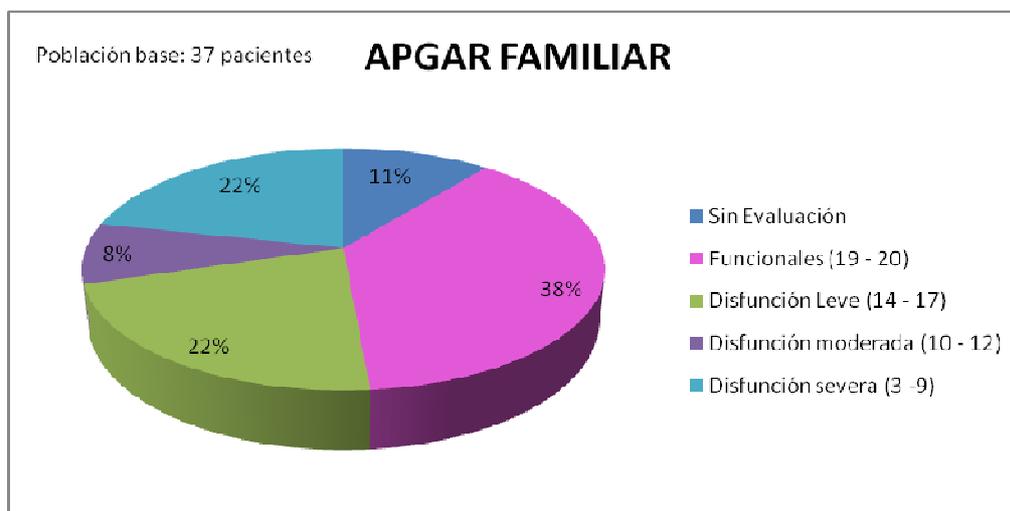
En cuanto a la medicación un 46%(17) toma Ácido Valproico, seguido de un 41%(15) que ingiere Fluoxetina, la Clozapina, Clonazepan, Biperideno, Haloperidol, Olanzapina, Pipotiazina y Carbonato de Litio se encuentran en el rango de 38%(14) a 22%(8).

8.3. EVALUACIÓN APGAR FAMILIAR

Tabla No 26 Evaluación Apgar Familiar. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

APGAR FAMILIAR	Cantidad	%
Sin Evaluación	4	11%
Funcionales (19 - 20)	14	38%
Disfunción Leve (14 - 17)	8	22%
Disfunción moderada (10 - 12)	3	8%
Disfunción severa (3 - 9)	8	22%
	37	100%

Gráfica No 19. Apgar Familiar. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Con respecto al apgar familiar fueron evaluados los 37 pacientes del Grupo de Apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante del Centro de Salud

Mental de Envigado y los resultados obtenidos presentan que un 38%(14) de los pacientes viven dentro de familias funcionales en donde se siente acogidos, tienen en cuenta su opinión y les brindan soporte. Un 22%(8) resenta una disfunción leve y el 41%(17) restante no da respuesta a la evaluación o presentan una disfunción moderada o severa, siendo está representada por un 22%(8) que afirman habitar en el seno de familias en donde no son tenida en cuentas sus opiniones ni decisiones. Es de anotar, que esta evaluación es subjetiva, ya que sólo se toma en consideración el pensamiento de quien es evaluado y no es posible confrontar contra la opinion de sus respectivos cuidadores.

8.4. Información Test Habilidades Sociales

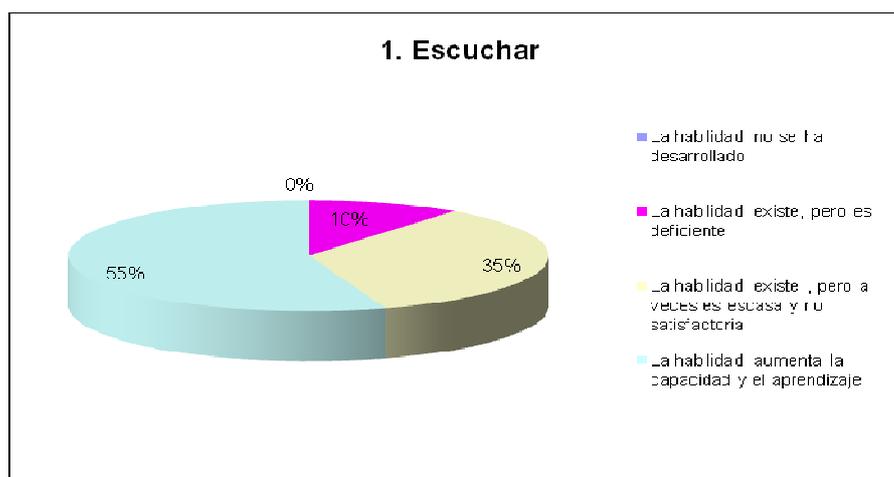
8.4.1. GRUPO I. Primeras habilidades sociales

8.4.1.1. Escuchar

Tabla No 27 Escuchar. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	3	10%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	10	34%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	16	55%
	29	100%

Gráfica No 20. Escuchar. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

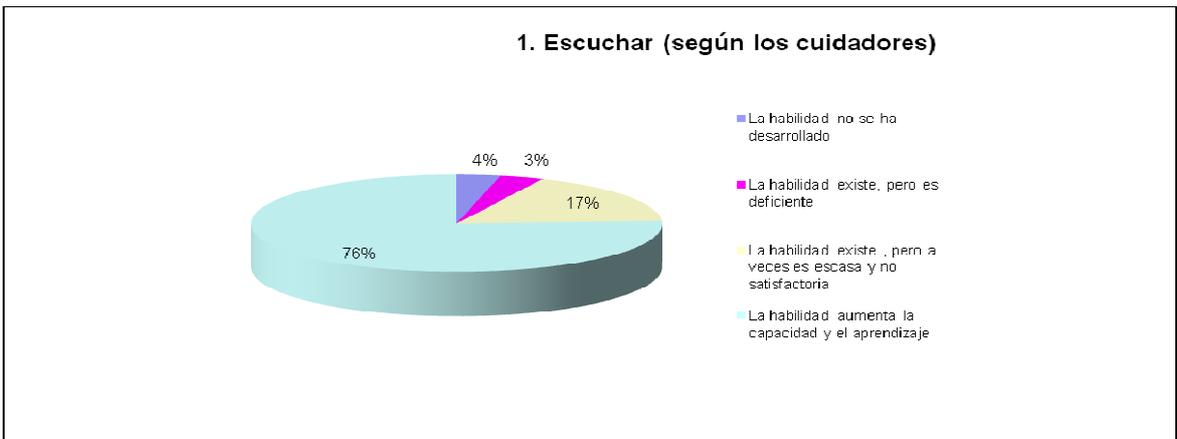


Escuchar según los cuidadores

Tabla No 28 Escuchar según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	1	3%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	5	17%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	22	76%
	29	100%

Gráfica No 21. Escuchar (según cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar sobre si el paciente escucha, es decir, sabe escuchar, se encontró que esta habilidad consiste en el esfuerzo físico y mental de querer captar con atención la totalidad del mensaje que se emite, tratando de interpretar el significado correcto del mismo, a través del comunicado verbal y no verbal que realiza el emisor e indicándole lo que creemos que hemos entendido, y las respuestas encontradas en los pacientes fueron que un 55%(16) considera que poseen la habilidad en forma satisfactoria y que esta aumenta su capacidad de relacionarse y el aprendizaje; un 34%(10) considera poseerla pero afirma que a

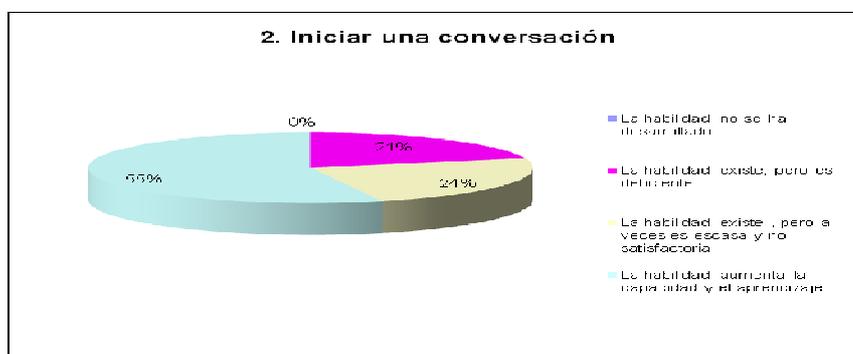
veces es escasa o no satisfactoria. Con respecto a los cuidadores, el 76%(22) afirma que sus pacientes poseen la habilidad en forma satisfactoria y que aumenta sus capacidades, sólo un 17%(5) afirma que esta habilidad a pesar de existir es escasa y no satisfactoria contra un 6%(2) que considera que no existe o es deficiente. Es esta diferencia del 6%(2) la que se constituye en un valor diferencial, ya que en los pacientes no hay reconocimiento de no poseer la habilidad o de que esta sea deficiente.

8.4.1.2. Iniciar una conversación

Tabla No 29 Iniciar una conversación. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	6	21%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	7	24%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	16	55%
	29	100%

Gráfica No 22. Iniciar una conversación Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

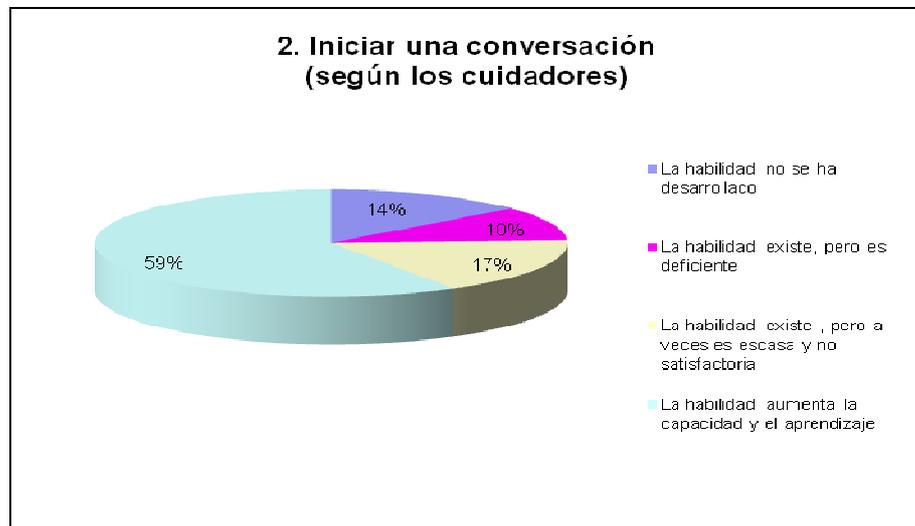


Iniciar una conversación según los cuidadores

Tabla No 30 Iniciar una conversación según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	4	14%
La habilidad existe, pero es deficiente	3	10%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	5	17%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	17	59%
	29	100%

Gráfica No 23. Iniciar una conversación. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



En lo que tiene que ver con la habilidad para iniciar una conversación los pacientes afirman poseerla en un 55%(16) en forma satisfactoria y que les permita aumentar sus capacidades y aprendizaje, en un 24%(7) aseguran que la habilidad existe pero que en ocasiones es escasa y no satisfactoria, y en un 21%(6) que la

habilidad existe, pero es deficiente. En el caso de los cuidadores, estos afirman que en un 59%(17), tienen la habilidad en forma satisfactoria, en un 17%(5) existe, pero en ocasiones , en un 10%(3) consideran que la habilidad es deficiente, y un 14%(4) asegura que la habilidad no se ha desarrollado. Este último porcentaje nos habla entonces de la percepción desde los cuidadores que existe un grupo de pacientes que no posee la habilidad de iniciar una conversación, lo cual no es reconocido por los pacientes, quienes a esta variable le dan un valor de 0 o se incluyen en que si poseen la habilidad pero que esta es deficiente y sin desarrollar.

8.4.1.3. Mantener una conversación

Tabla No 31. Mantener una conversación. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	4	14%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	13	45%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	12	41%
	29	100%

Gráfica No 24. Mantener una conversación. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

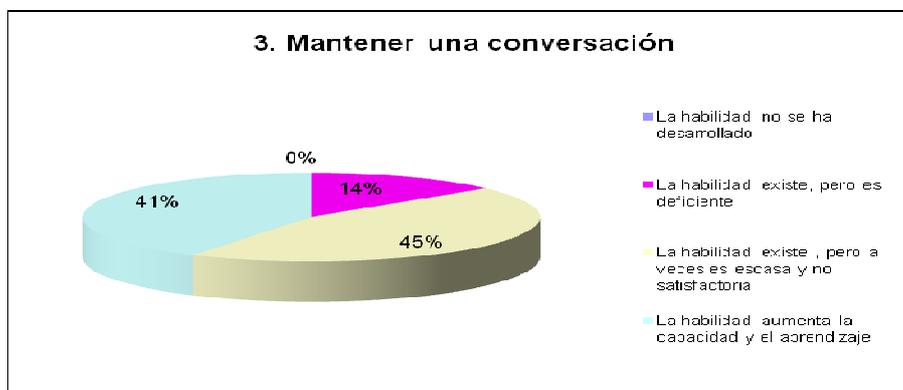
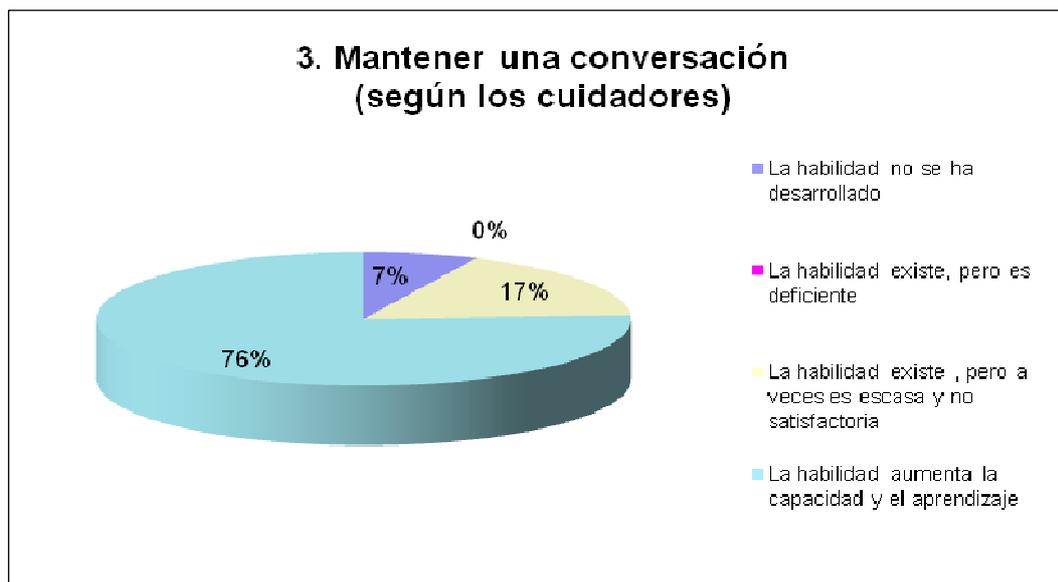


Tabla No 32 Mantener una conversación según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	2	7%
La habilidad existe, pero es deficiente	0	0%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	5	17%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	22	76%
	29	100%

Gráfica No 25 Mantener una conversación (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar sobre la habilidad de mantener una conversación, que consiste en la capacidad que posee una persona para hablar de un tema específico y sostenerse en él, se encontró que los pacientes consideran que poseen la habilidad en forma satisfactoria en un 41%(12), y el 45%(13) afirman poseerla con algunas

deficiencias, sin embargo, los cuidadores consideran en un 76%(22) que esta habilidad es satisfactoria y un 17%(5) que la habilidad si se tiene pero con algunas dificultades, lo que nos presenta un porcentaje superior en los cuidadores, que consideran que sus pacientes poseen esta habilidad y que pueden mejorarla.

8.4.1.4. Formular una pregunta

Tabla No 33 Formular una pregunta. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	4	14%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	10	34%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	15	52%
	29	100%

Gráfica No 26. Formular una pregunta Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

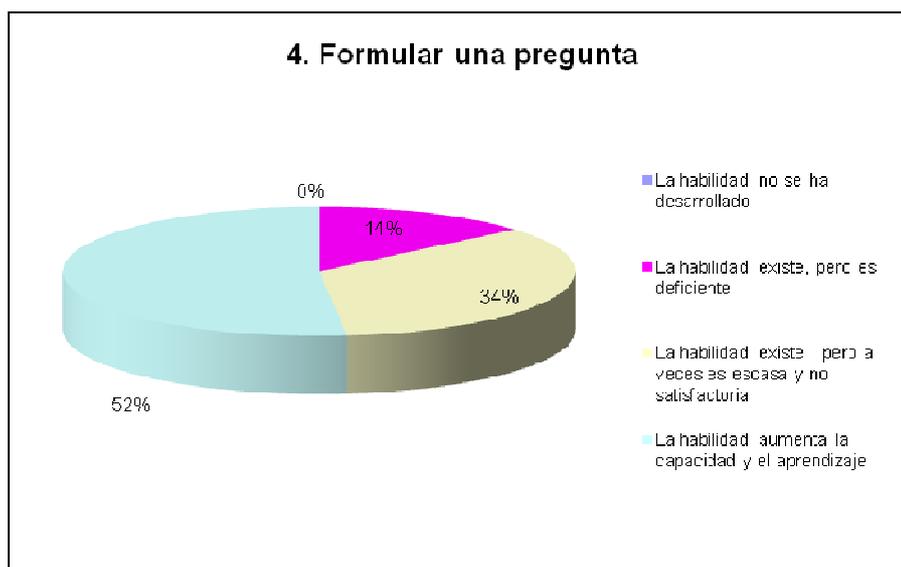
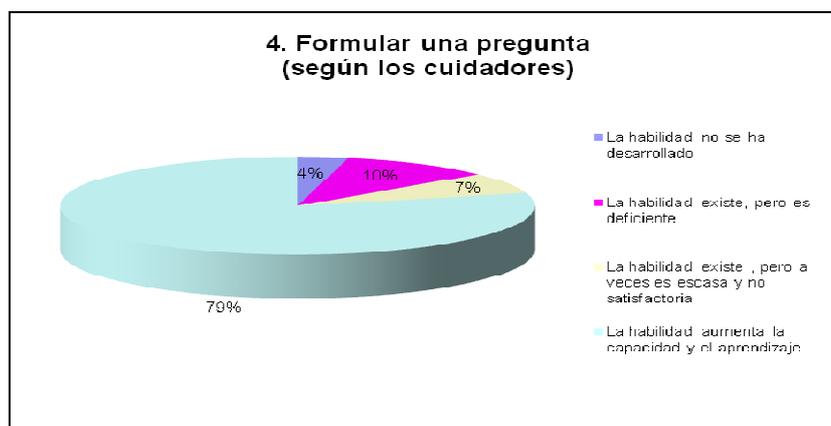


Tabla No 34 Formular una pregunta según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	3	10%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	2	7%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	23	79%
	29	100%

Gráfica No 27. Formular una pregunta (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al evaluar las respuestas sobre la habilidad para formular una pregunta, se encuentra que el 52%(15) de los 29 pacientes consideran que dicha habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje y un 34%(10) que la habilidad es escasa pero no es satisfactoria. Sin embargo, los cuidadores de dichos pacientes afirman que en el 79%(23) la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje y en un 10%(3) la habilidad existe pero es deficiente; lo que representa un 86% por parte de los pacientes y 89% por parte de los cuidadores que consideran que la

habilidad existe y aunque presenta deficiencias en su mayoría aumenta la capacidad y el aprendizaje.

8.4.1.5. Dar las gracias

Tabla No 35 Dar las gracias.. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	2	7%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	3	10%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	24	83%
	29	100%

Gráfica No 28. Dar las gracias. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

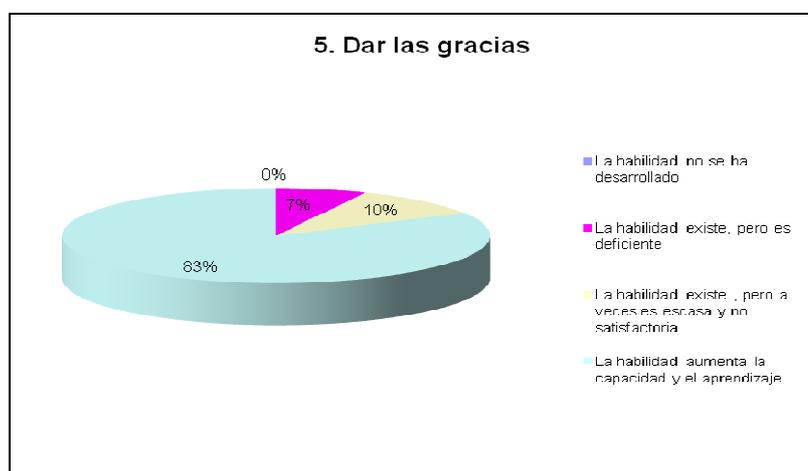
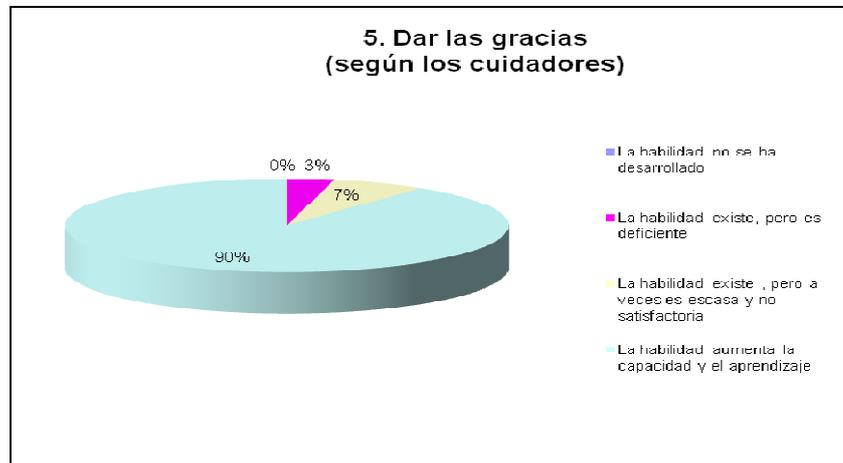


Tabla No 36 Dar las gracias (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	1	3%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	2	7%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	26	90%
	29	100%

Gráfica No 29. Dar las gracias (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al preguntar por la habilidad de dar las gracias, el 83%(24) de los pacientes, afirman que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; seguido de un 17%(5) donde la habilidad existe pero es deficiente, veces es escasa y no es satisfactoria. Y dentro del grupo de cuidadores; se encuentra que el 90%(26) considera que sus pacientes poseen la habilidad y que ésta aumenta la capacidad y el aprendizaje; seguidos del 10%(3) donde la habilidad existe, pero a veces es escasa y no satisfactoria. Coincidiendo en ambos casos en que la habilidad de dar las gracias, se presenta en un alto porcentaje de los pacientes.

8.4.1.6. Presentarse

Tabla No 37 Presentarse. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	5	17%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	9	31%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	15	52%
	29	100%

Gráfica No 30. Presentarse.. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

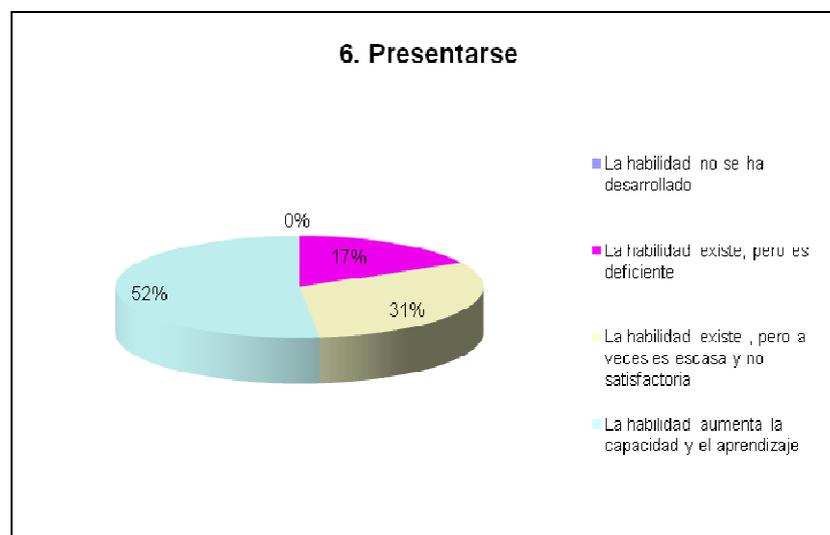
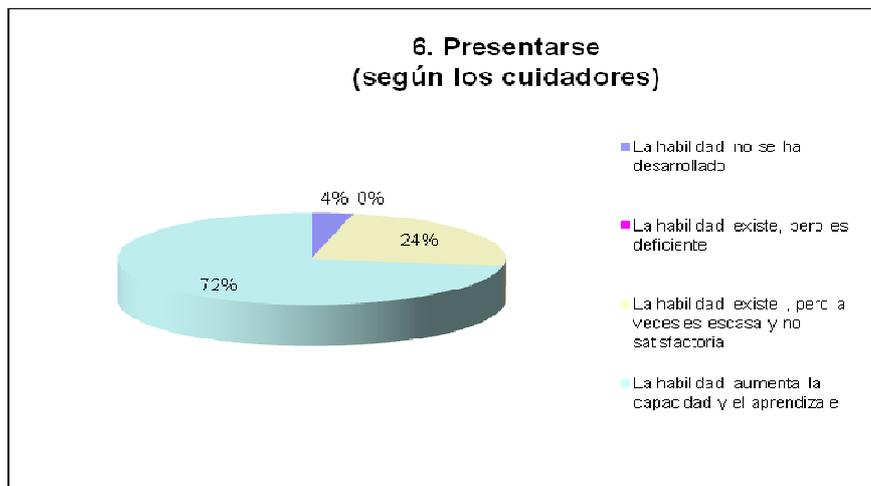


Tabla No 38 Presentarse (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	0	0%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	7	24%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	21	72%
	29	100%

Gráfica No 31. Presentarse (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar por la habilidad de presentarse, el 52%(15) coinciden que dicha habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; seguido de un 31% (9) donde la habilidad existe pero a veces es escasa y no es satisfactoria y con 17%(5) donde la habilidad existe, pero es deficiente. Con respecto al grupo de cuidadores, el 72%(21) afirman que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; un

24%(7) la habilidad existe pero a veces es escasa y no es satisfactoria mientras que en un 3%(1) la habilidad no se ha desarrollado.

8.4.1.7. Presentar a otras personas

Tabla No 39 Presentar a otras personas. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	2	7%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	8	28%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	18	62%
	29	100%

Gráfica No 32. Presentar a otras personas. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

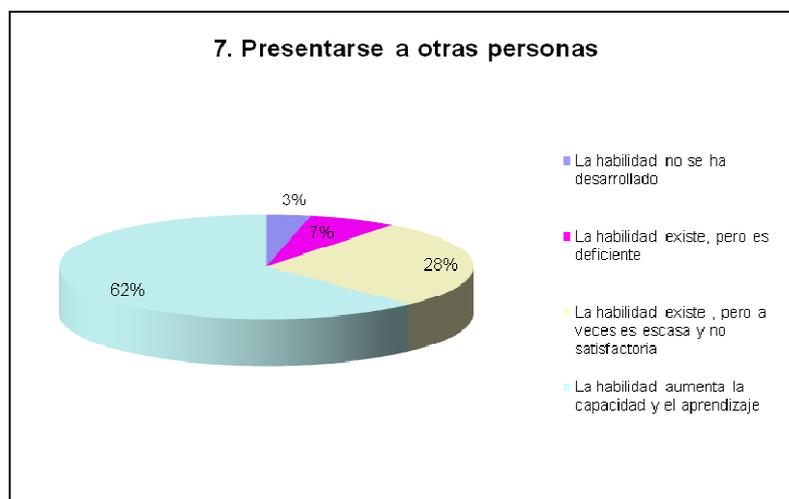
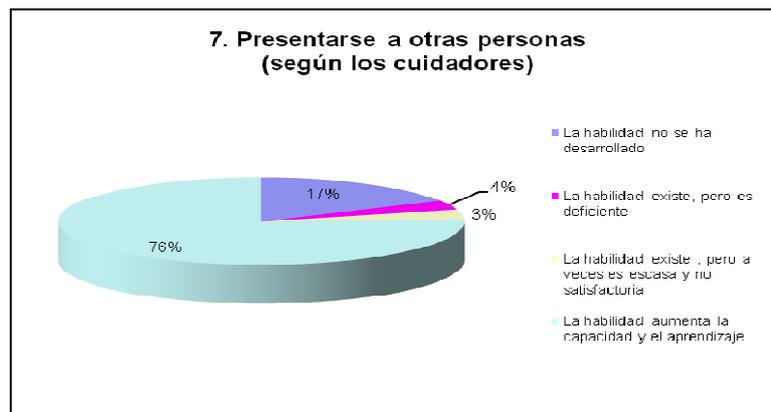


Tabla No 40 Presentar a otras personas (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con

enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	5	17%
La habilidad existe, pero es deficiente	1	3%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	1	3%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	22	76%
	29	100%

Gráfica No 33. Presentar a otras personas (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al preguntar sobre la habilidad de presentarse a otras personas, el 62%(18) concuerdan que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; un 28%(8) afirman que la habilidad existe, pero a veces es escasa y no satisfactoria; un 7%(2) dicen la habilidad existe pero es deficiente y un 3%(1) señalan que la habilidad no se ha desarrollado. Dentro del grupo de los cuidadores el 76% (22) afirman que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; un 17%(5) coinciden en que la habilidad no se ha desarrollado, un 6%(2) hablan que dicha habilidad existe pero es deficiente y a veces es escasa y no es satisfactoria.

8.4.1.8. Hacer un cumplido

Tabla No 41 Hacer un cumplido.. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	4	14%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	8	28%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	17	59%
	29	100%

Gráfica No 34. Hacer un cumplido.. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

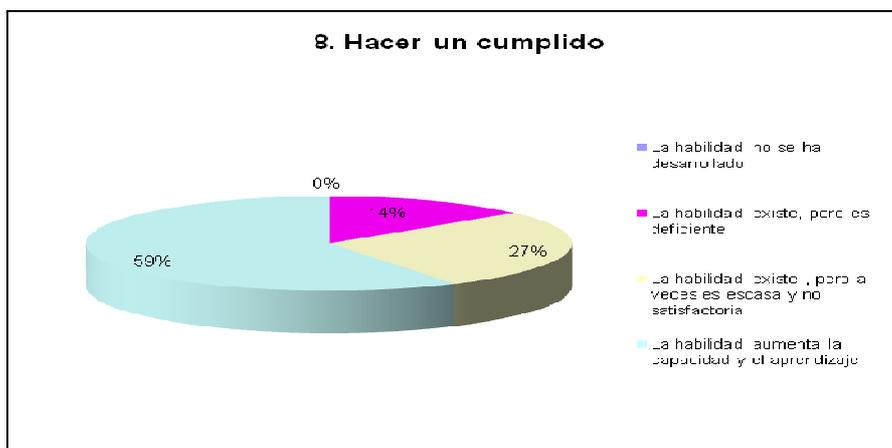
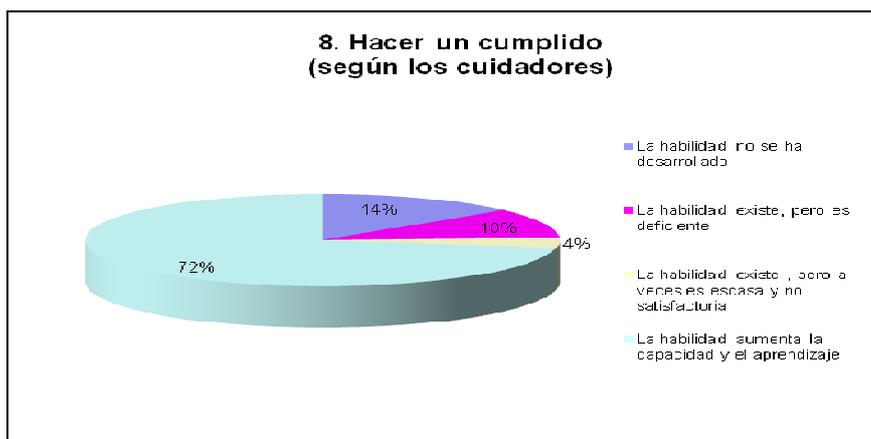


Tabla No 42 Hacer un cumplido (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	4	14%
La habilidad existe, pero es deficiente	3	10%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	1	3%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	21	72%
	29	100%

Gráfica No 35. Hacer un cumplido (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar por la habilidad de hacer un cumplido, el 59%(17) exponen que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; un 28%(8) detallan que esta habilidad existe, pero a veces es escasa y no satisfactoria; el 14%(4) detallan que la habilidad existe pero es deficiente. Con respecto a los cuidadores, el 72%(21) mencionan que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; un 14%(4) expresan que la habilidad aún no se ha desarrollado, un 10%(3) coinciden en que la habilidad existe pero es deficiente y el 3%(1) relatan que la habilidad es escasa pero no satisfactoria.

8.4.2. GRUPO II - Habilidades sociales avanzadas

8.4.2.1. Pedir ayuda

Tabla No 43 Pedir ayuda.. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	2	7%
La habilidad existe, pero es deficiente	2	7%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	10	34%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	15	52%
	29	100%

Gráfica No 36. Pedir ayuda. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

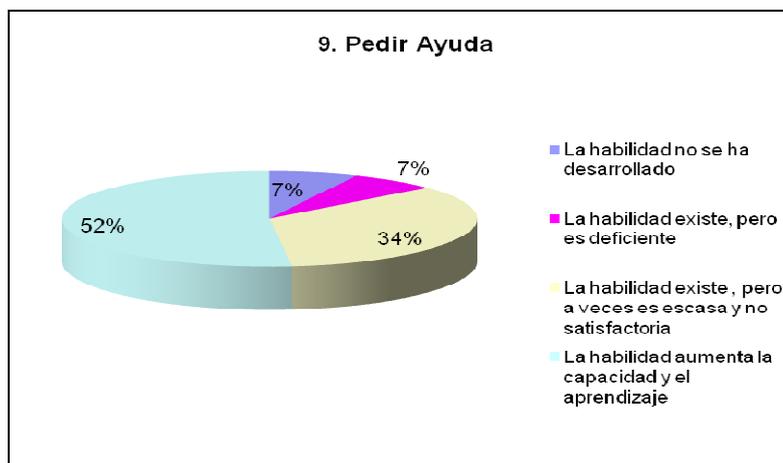
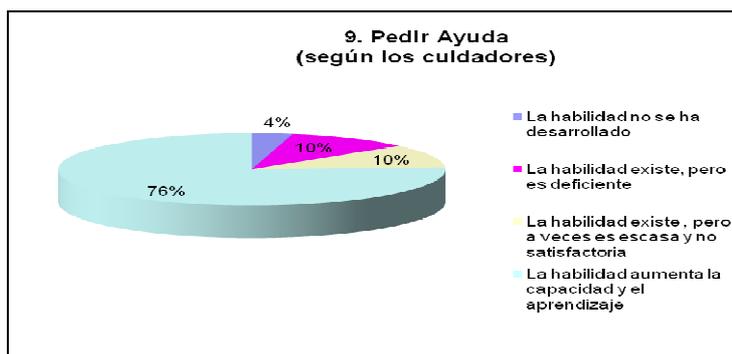


Tabla No 44 Pedir ayuda (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	3	10%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	3	10%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	22	76%
	29	100%

Gráfica No 37. Pedir ayuda (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al explorar sobre la habilidad de pedir ayuda, el 52%(15) señalan que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; un 41%(12) apuntan que la habilidad existe pero es deficiente, escasa y no satisfactoria y el 7%(2) dicen que la habilidad aún no se ha desarrollado. En el grupo de cuidadores el 76%(22) detallan que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; un 20%(6) expresan la habilidad existe pero es deficiente y no satisfactoria y el 3%(1) hablan que la habilidad aún no se ha desarrollado.

8.4.2.2. Participar

Tabla No 45 Participar. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	1	3%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	4	14%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	24	83%
	29	100%

Gráfica No 38. Participar. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

10. Participar

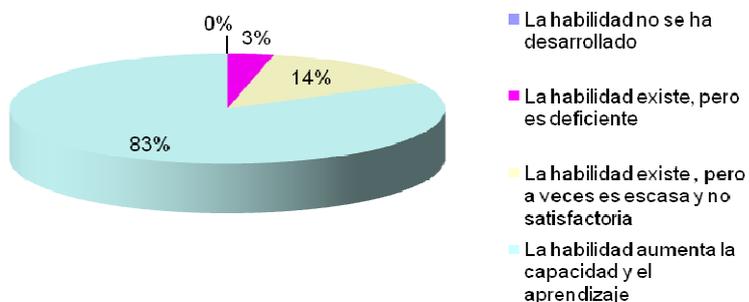
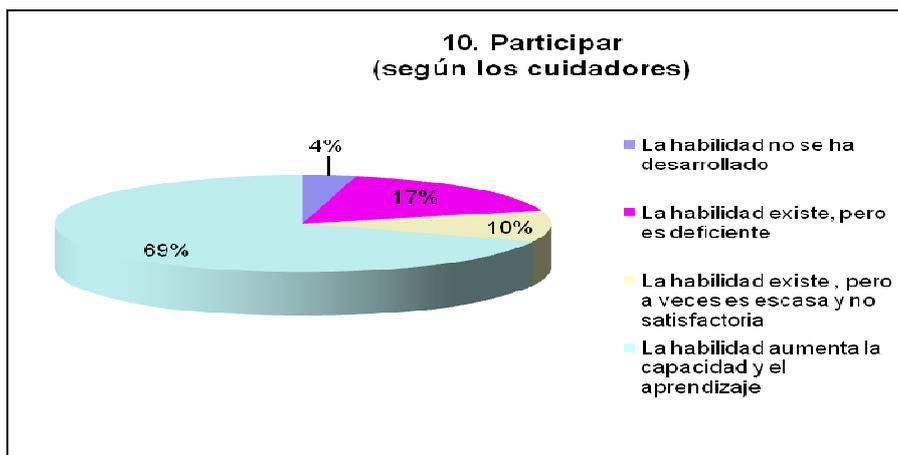


Tabla No 46 Participar (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	5	17%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	3	10%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	20	69%
	29	100%

Gráfica No 39. Participar (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al investigar por la habilidad de participar, el 83%(24) de los pacientes señalan que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; un 17%(5) exponen que la habilidad existe pero es deficiente, escasa y no satisfactoria. Dentro del grupo cuidadores, el 69%(20) indican que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; un 27%(8) mencionan que la habilidad existe pero es deficiente; es escasa y no satisfactoria y el 3%(1) expresan que la habilidad aún no se ha desarrollado.

8.4.2.3. Dar instrucciones

Tabla No 47 Dar instrucciones. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	2	7%
La habilidad existe, pero es deficiente	6	21%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	11	38%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	10	34%
	29	100%

Gráfica No 40. Dar instrucciones. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

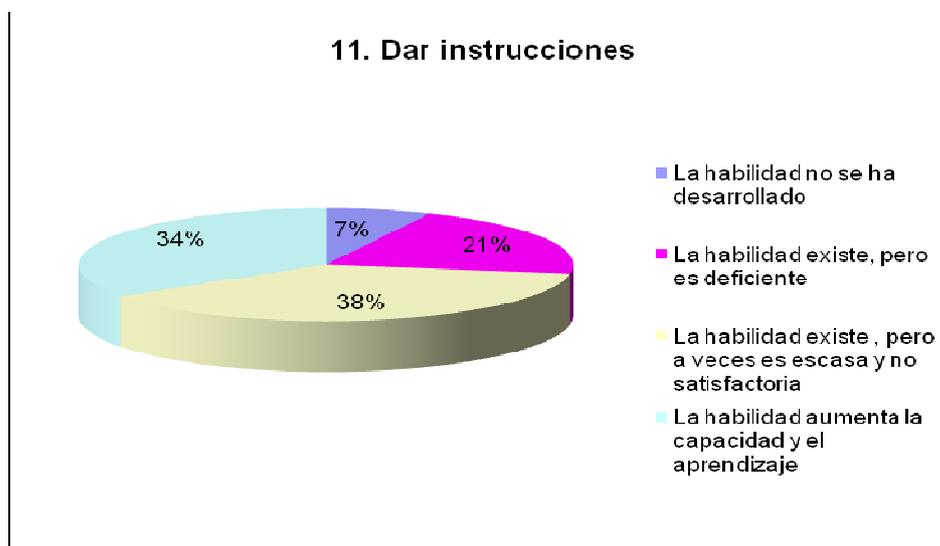
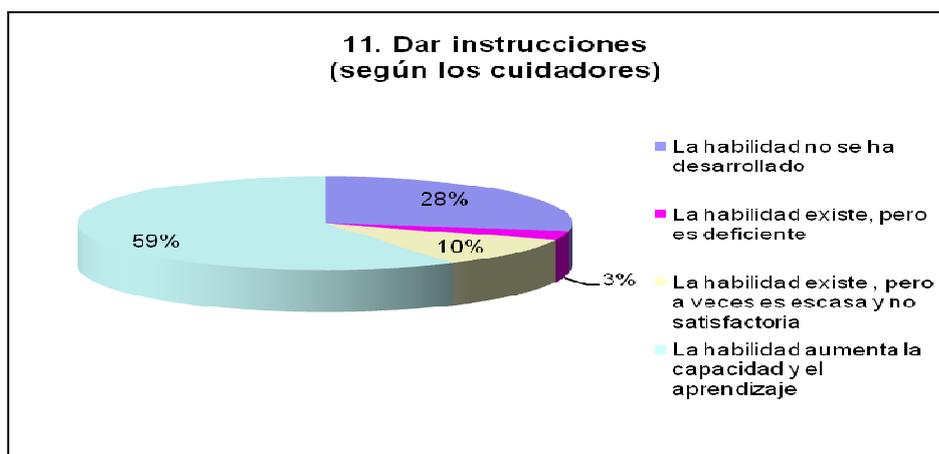


Tabla No 48 Dar instrucciones (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	8	28%
La habilidad existe, pero es deficiente	1	3%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	3	10%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	17	59%
	29	100%

Gráfica No 41. Dar instrucciones (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al inferir por la habilidad de dar instrucciones, el 38%(11) de los pacientes coinciden que dicha habilidad existe pero es, escasa y no satisfactoria; un 34%(10) comentan que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; un 21%(6) expresan la habilidad existe, pero es deficiente y un 7%(2) cuentan que la habilidad aún no se ha desarrollado. Mientras que en el grupo de cuidadores, el 59% (17) expresan que esta habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; un 28%(8) afirman que dicha habilidad aún no se ha desarrollado; mientras que un

13%(4) dicen que la habilidad existe pero es deficiente, es escasa y no satisfactoria.

8.4.2.4. Seguir instrucciones

Tabla No 49 Seguir instrucciones. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	4	14%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	9	31%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	16	55%
	29	100%

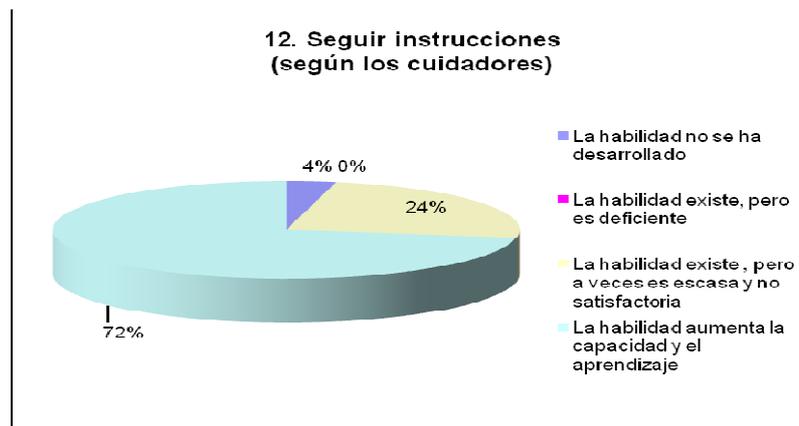
Gráfica No 42. Seguir instrucciones. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Tabla No 50 Seguir instrucciones (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	0	0%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	7	24%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	21	72%
	29	100%

Gráfica No 43. Seguir instrucciones (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al explorar por la habilidad de seguir instrucciones el 55%(16); de los pacientes ratifican que esta habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; un 31%(9) aseveran la habilidad existe pero es escasa y no satisfactoria y el 14%(4) corroboran la habilidad existe, pero es deficiente. En el grupo de cuidadores, el 72%(17) aseveran que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; un 24% (7) afirman la habilidad existe pero, es escasa y no satisfactoria y el 3%(1) afirman que la habilidad aún no se ha desarrollado.

8.4.2.5. Disculpase

Tabla No 51 Disculpase. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	0	0%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	7	24%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	21	72%
	29	100%

Gráfica No 44. Disculpase. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

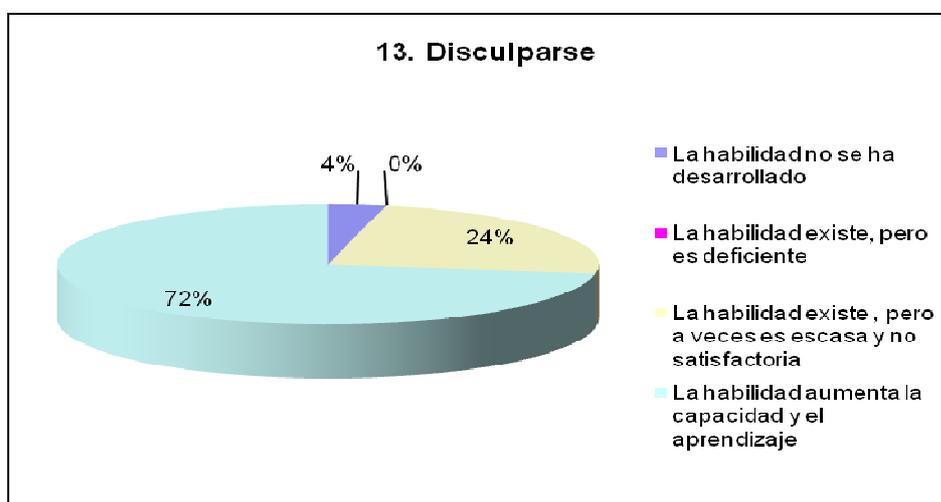
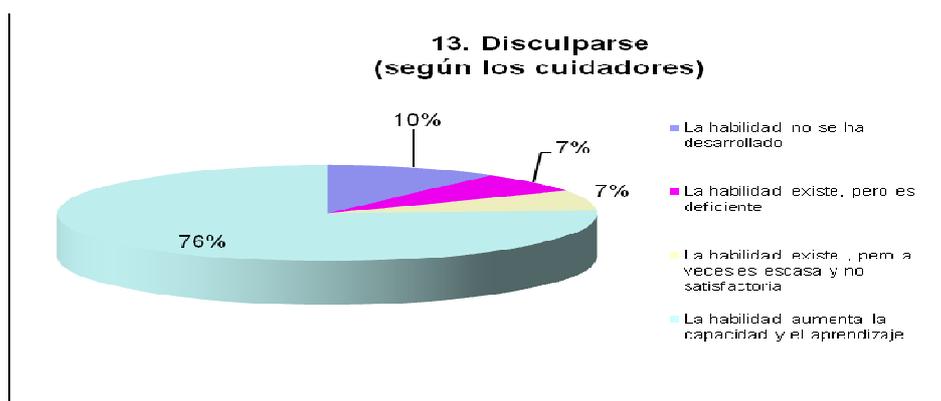


Tabla No 52 Disculpase (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	3	10%
La habilidad existe, pero es deficiente	2	7%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	2	7%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	22	76%
	29	100%

Gráfica No 45. Disculpase (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar por la habilidad de disculparse, el 72%(21) de los pacientes poseen la habilidad, el 24%(7) poseen dicha habilidad pero a veces es escasa y no satisfactoria y un 3%(1) afirman que aún no ha desarrollado esta habilidad. Los cuidadores especifican que el 76%(22) de los pacientes poseen la habilidad para disculparse, el 7%(2) especifican que tienen la habilidad pero a veces es escasa y no satisfactoria, el 7%(2) conservan la habilidad pero en forma deficiente y el 10%(3) detallan que aún no han desarrollado esta habilidad.

8.4.2.6. Conocer a los demás

Tabla No 53 Convencer a los demás. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	8	28%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	17	59%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	3	10%
	29	100%

Gráfica No 46. Conocer a los demás. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

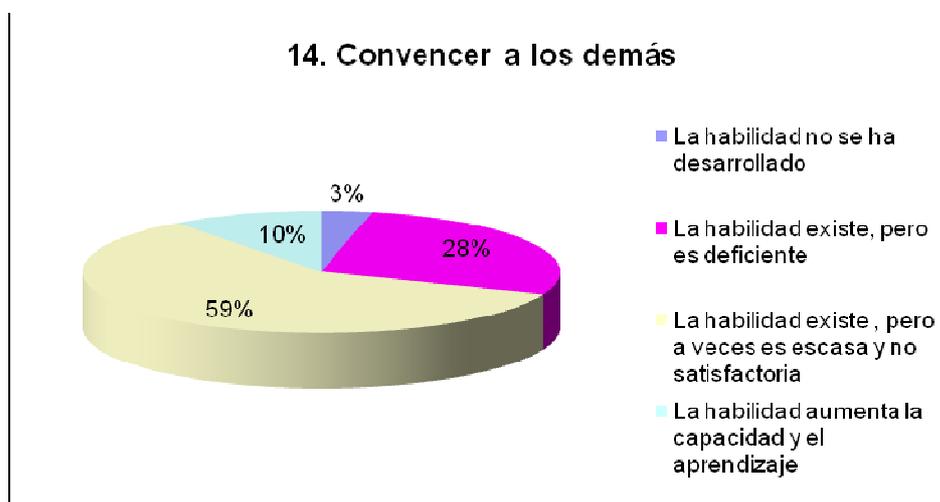
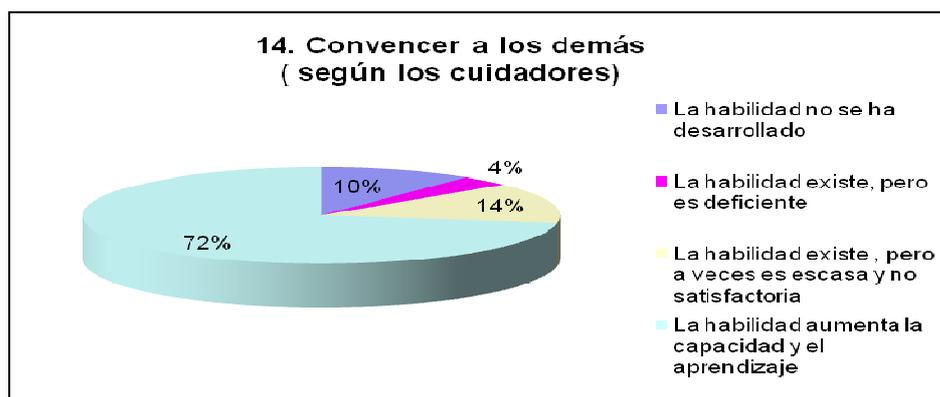


Tabla No 54 Convencer a los demás (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	3	10%
La habilidad existe, pero es deficiente	1	3%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	4	14%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	21	72%
	29	100%

Gráfica No 47. Convencer a los demás (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al interrogar por la habilidad de convencer a los demás, el 59%(17) de los pacientes poseen la habilidad, el 28%(8) coinciden que tienen la habilidad pero es deficiente, un 10%(3) hablan que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje y un 3%(1) dicen que la habilidad no se ha desarrollado. Los cuidadores afirman que el 72%(21) poseen la habilidad, el 14%(4) señalan que tienen la habilidad pero a veces es escasa y no satisfactoria, el 3%(1) registran que tienen la habilidad pero es deficiente y el 10%(3) aún no desarrollan esta habilidad.

8.4.3. GRUPO III. Habilidades relacionadas con los sentimientos

8.4.3.1. Conocer los propios sentimientos

Tabla No 55 Conocer los propios sentimientos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	4	14%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	12	41%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	13	45%
	29	100%

Gráfica No 48. Conocer los propios sentimientos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

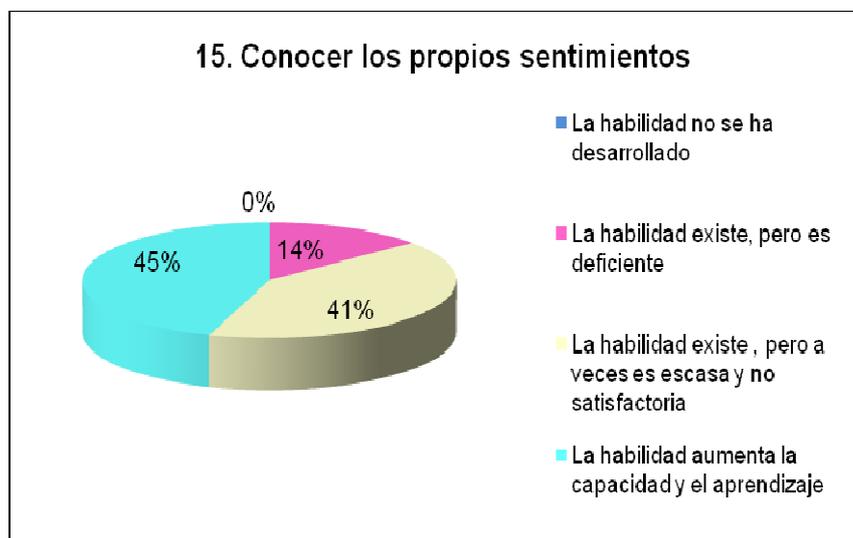
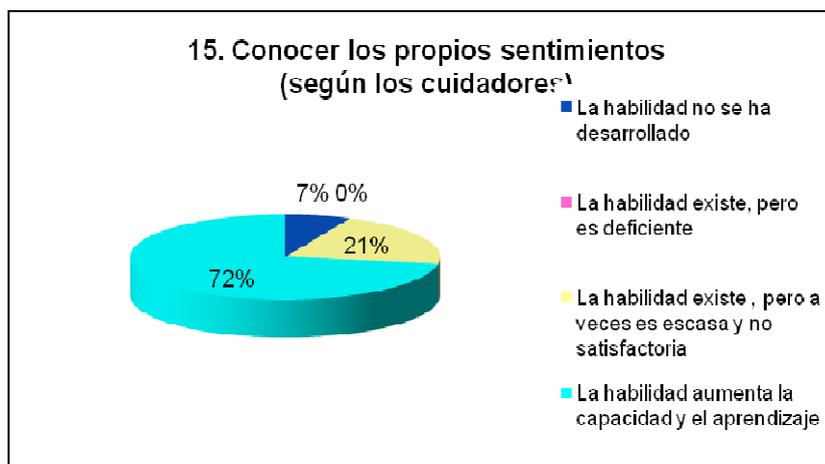


Tabla No 56 Conocer los propios sentimientos (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	2	7%
La habilidad existe, pero es deficiente	0	0%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	6	21%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	21	72%
	29	100%

Gráfica No 49. Conocer los propios sentimientos (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al explorar por la habilidad relacionada con conocer los propios sentimientos, el 45%(13) de los pacientes contestan que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje, el 41%(12) anotan la habilidad existe pero es escasa y poco satisfactoria y el 14%(4) reconocen que la habilidad sí existe pero es deficiente. Dentro del grupo de cuidadores, el 72%(21) admiten que poseen la habilidad, el

21%(6) indican que tienen la habilidad pero a veces es escasa y no satisfactoria y el 7%(2) no han desarrollado esta habilidad.

8.4.3.2. Expresar los sentimientos

Tabla No 57 Expresar los sentimientos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	5	17%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	7	24%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	16	55%
	29	100%

Gráfica No 50. Expresar los sentimientos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

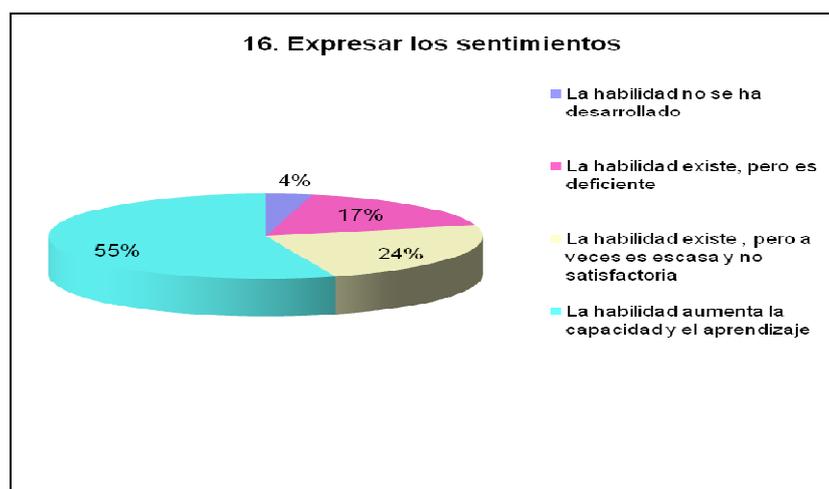
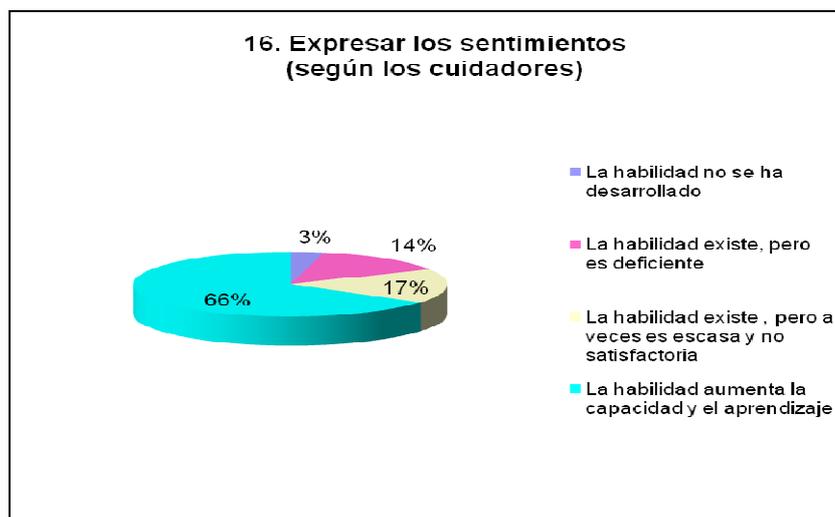


Tabla No 58 Expresar los sentimientos (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	4	14%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	5	17%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	19	66%
	29	100%

Gráfica No 51. Expresar los sentimientos (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al explorar por la habilidad de expresar los sentimientos, el 55%(16) de los pacientes indican que poseen dicha habilidad, el 24%(7) detallan que la habilidad la poseen, pero es escasa y no satisfactoria, el 17%(5) hablan que tienen la habilidad pero es deficiente y un 3%(1) exponen que aún no se desarrolla la habilidad. Los cuidadores señalan que el 66%(19) detallan que poseen dicha

habilidad, un 17%(5) contestan que tienen la habilidad pero es escasa y no satisfactoria, un 14%(4) determinan que conservan esta habilidad pero es deficiente y el 3%(1) exponen que la habilidad no se ha desarrollado.

8.4.3.3. Comprender los sentimientos de los demás

Tabla No 59 Comprender los sentimientos de los demás. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	7	24%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	7	24%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	15	52%
	29	100%

Gráfica No 52. Comprender los sentimientos de los demás. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

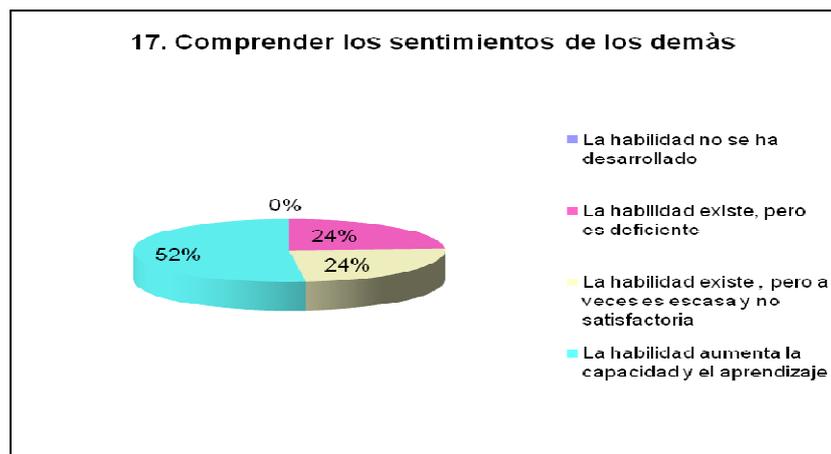
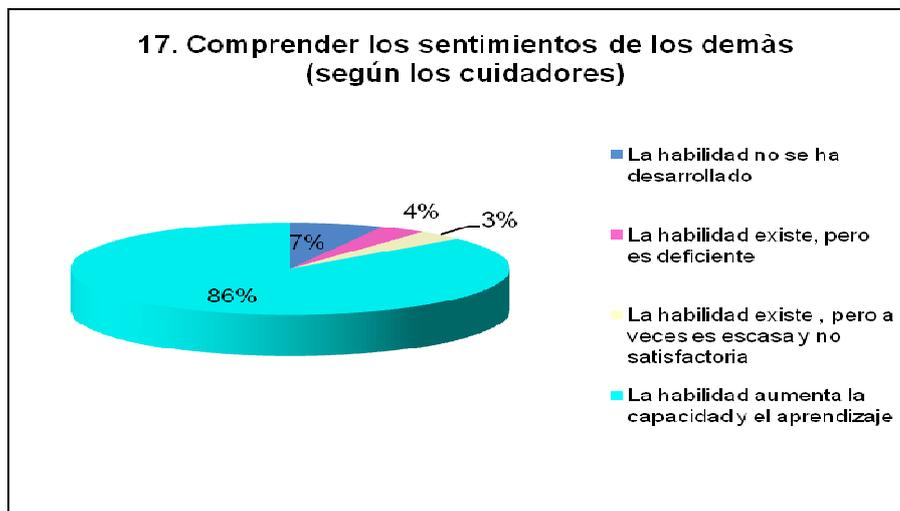


Tabla No 60 Comprender los sentimientos de los demás (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	2	7%
La habilidad existe, pero es deficiente	1	3%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	1	3%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	25	86%
	29	100%

Gráfica No 53. Comprender los sentimientos de los demás (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al preguntar por la habilidad de comprender los sentimientos de los demás, el 52%(15) de los pacientes afirman que dicha habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje, un 24%(7) refieren tener esta habilidad pero a veces es escasa y no satisfactoria y el 24%(7) detallan que la habilidad existe pero es deficiente. De los cuidadores, el 86%(25) coinciden que esta habilidad aumenta la capacidad y el

aprendizaje, el 3%(1) poseen la habilidad pero a veces es escasa y no satisfactoria, el 3%(1) conservan la habilidad pero es deficiente y el 7%(2) no han desarrollado la habilidad.

8.4.3.4. Enfrentarse con el enfado del otro

Tabla No 61. Enfrentarse con el enfado del otro. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	9	31%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	11	38%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	8	28%
	29	100%

Gráfica No 54. Enfrentarse con el enfado del otro. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

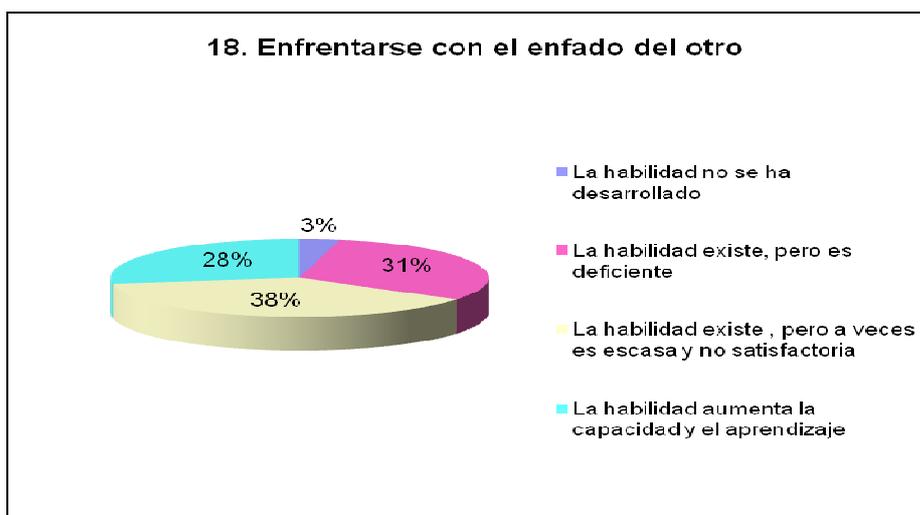
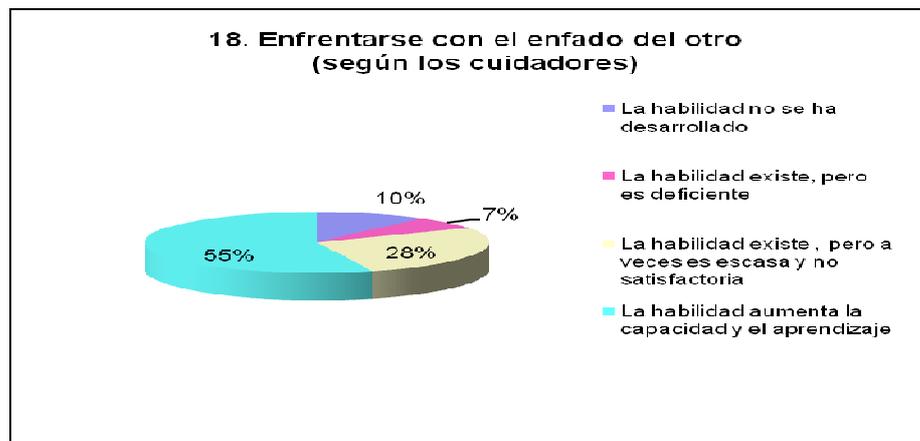


Tabla No 62 Enfrentarse con el enfado del otro según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	3	10%
La habilidad existe, pero es deficiente	2	7%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	8	28%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	16	55%
	29	100%

Gráfica No 55. Enfrentarse con el enfado del otro según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar por la habilidad de enfrentarse con el enfado del otro, el 28%(8) de los pacientes poseen la habilidad, esta aumenta la capacidad y el aprendizaje; el 38%(11) afirman que tienen esta habilidad pero a veces es escasa y no satisfactoria; el 31%(9) expresan que tienen la habilidad pero es deficiente y el 3%(1) detallan que no han desarrollado esta habilidad. En el grupo de cuidadores, el 55%(16) afirman que tienen la habilidad para enfrentarse con el enfado del otro;

el 28%(8) hablan que poseen la habilidad pero a veces es escasa y no satisfactoria; el 7%(2) señalan que conservan la habilidad pero es deficiente y el 10%(3) no ha desarrollado esta habilidad.

8.4.3.5. Expresar afecto

Tabla No 63 Expresar afecto. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	7	24%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	6	21%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	15	52%
	29	100%

Gráfica No 56. Expresar afecto. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

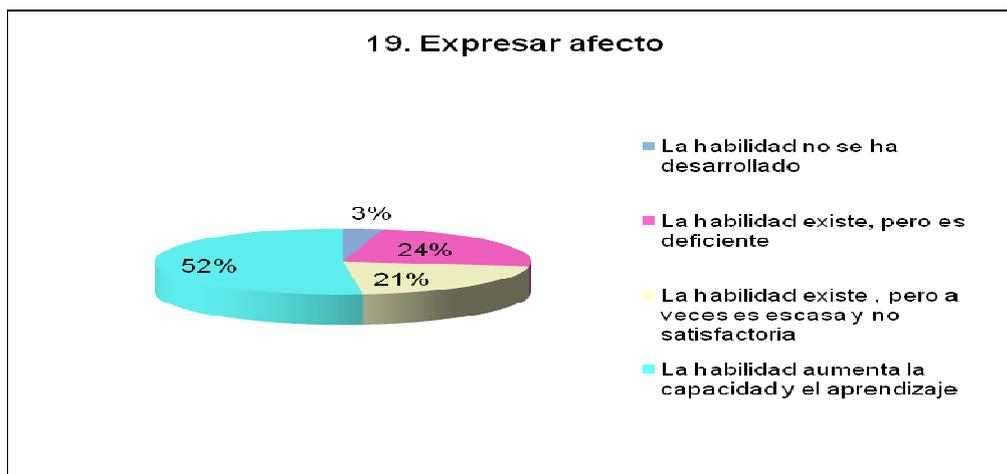
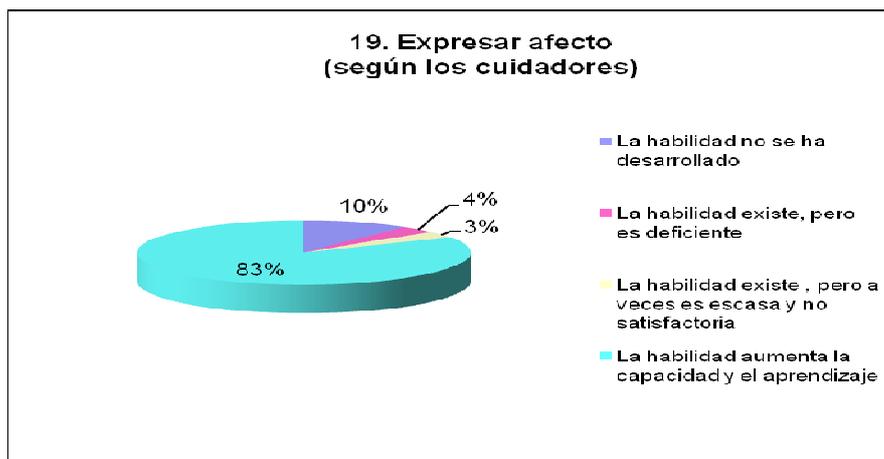


Tabla No 64 Expresar afecto (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	3	10%
La habilidad existe, pero es deficiente	1	3%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	1	3%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	24	83%
	29	100%

Gráfica No 57. Expresar afecto según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al interrogar por la habilidad de expresar afecto, el 52%(15) de los pacientes coinciden que poseen dicha habilidad; el 21%(6) apuntan que conservan la habilidad pero a veces es escasa y no satisfactoria; el 24%(7) detallan que esta habilidad existe pero es deficiente y el 3%(1) aún no han desarrollado la habilidad. Los cuidadores afirman que el 83%(24) poseen esta habilidad; el 3%(1) tienen esta habilidad pero a veces es escasa y no satisfactoria, el 3%(1) conservan la habilidad pero es deficiente y el 10%(3) aún no han desarrollado esta habilidad.

8.4.3.6. Resolver el miedo

Tabla No 65 Resolver el miedo. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	2	7%
La habilidad existe, pero es deficiente	8	28%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	11	38%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	8	28%
	29	100%

Gráfica No 58. Resolver el miedo. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

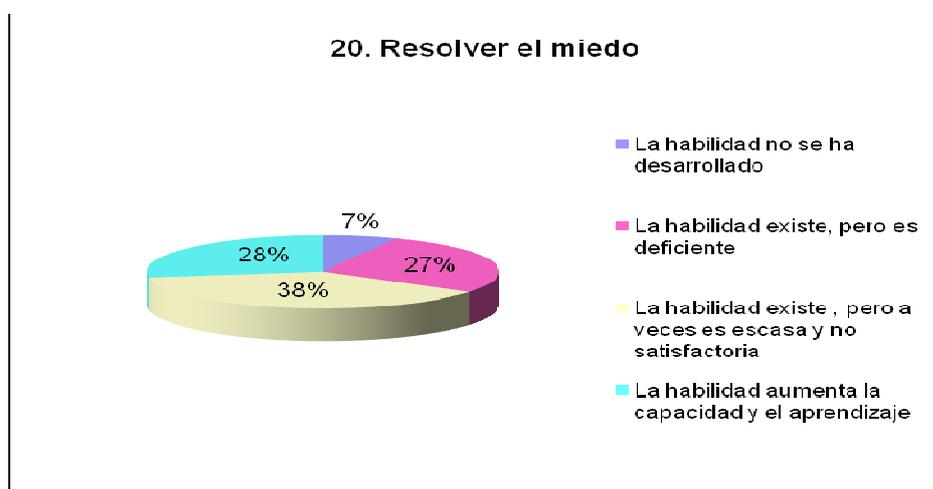
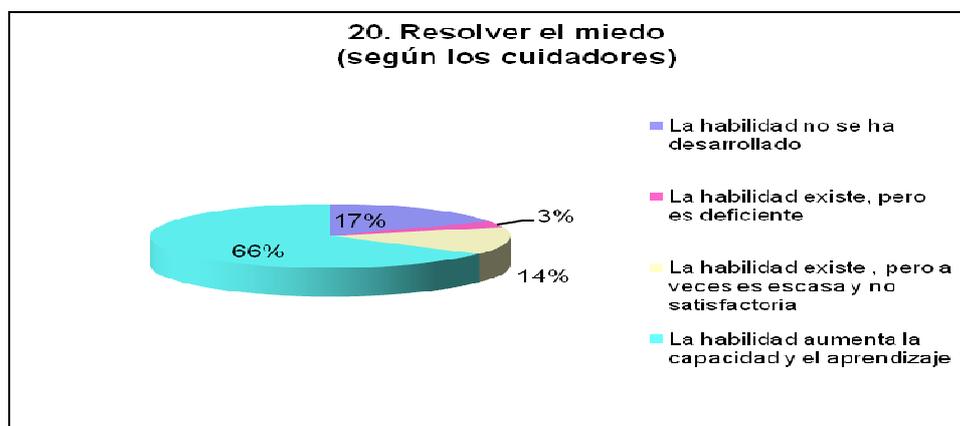


Tabla No 66 Resolver el miedo según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	5	17%
La habilidad existe, pero es deficiente	1	3%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	4	14%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	19	66%
	29	100%

Gráfica No 59. Resolver el miedo según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al cuestionar por la habilidad de resolver el miedo, el 28%(8) de los pacientes comentan que poseen esta habilidad; un 38%(11) apuntan que tienen la habilidad pero a veces es escasa y no satisfactoria, el 28%(8) conservan la habilidad pero es deficiente y el 7%(2) dicen que la habilidad no se ha desarrollado. En el grupo de cuidadores, el 66%(19) afirman que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; el 14%(4) mencionan que tienen la habilidad pero a veces es escasa

y no satisfactoria, el 3%(1) conservan la habilidad pero es deficiente y el 17%(5) no han desarrollado la habilidad.

8.4.3.7. Auto – recompensarse

Tabla No 67 Auto-recompensarse. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	6	21%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	10	34%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	12	41%
	29	100%

Gráfica No 60. Auto-recompensarse. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

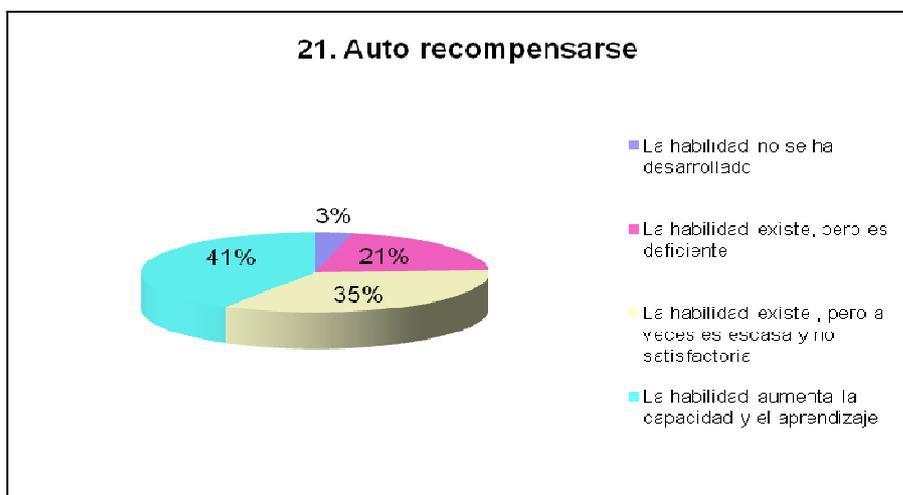
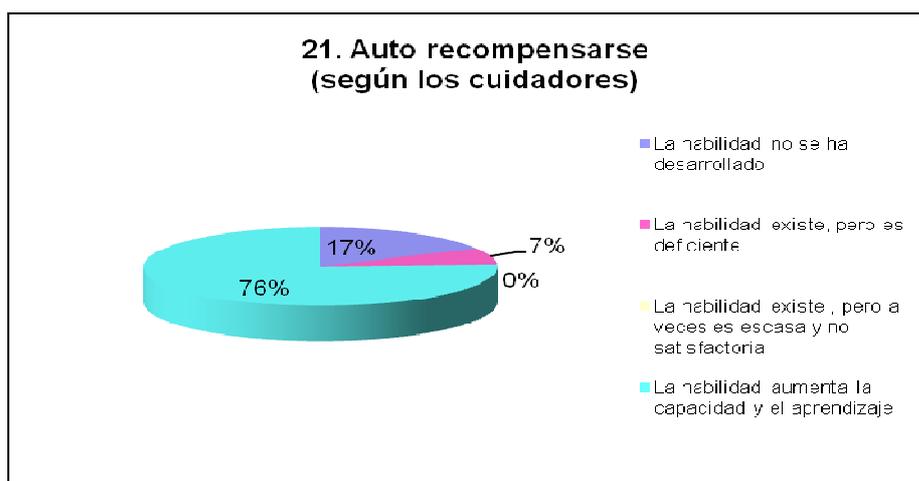


Tabla No 68 Auto-recompensarse (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	5	17%
La habilidad existe, pero es deficiente	2	7%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	0	0%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	22	76%
	29	100%

Gráfica No 61. Auto-recompensarse (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al preguntar por la habilidad de auto recompensarse, el 41%(12) de los pacientes posee la habilidad para auto-recompensarse, el 34%(10) comentan que tienen esta habilidad pero a veces es escasa y no satisfactoria; el 21%(6) mencionan que esta habilidad existe pero es deficiente y un 3%(1) comentan que la habilidad no se ha desarrollado. Los cuidadores comentan que el 76%(22) tienen dicha habilidad; un 7%(2) conservan esta habilidad pero es deficiente y el 17%(5) no han desarrollado esta habilidad.

8.4.4. GRUPO IV. Habilidades alternativas a la agresión

8.4.4.1. Pedir permiso

Tabla No 69 Pedir permiso. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	2	7%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	5	17%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	22	76%
	29	100%

Gráfica No 62. Pedir permiso. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

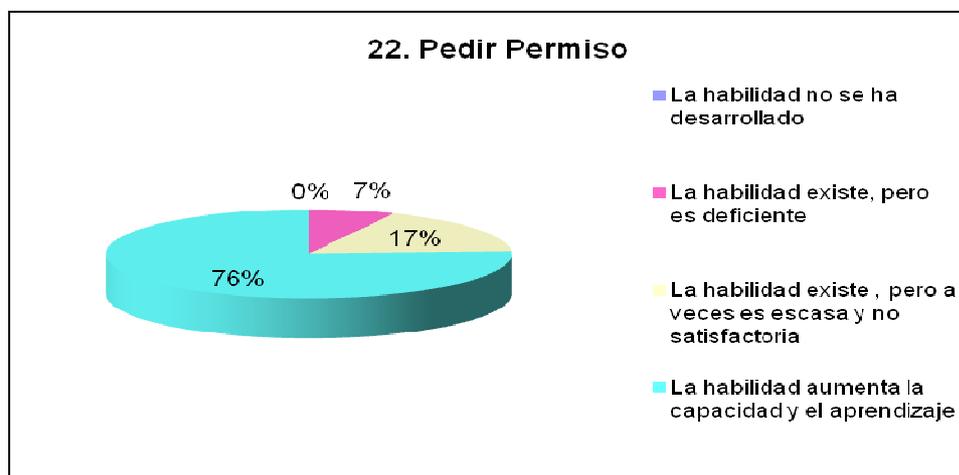
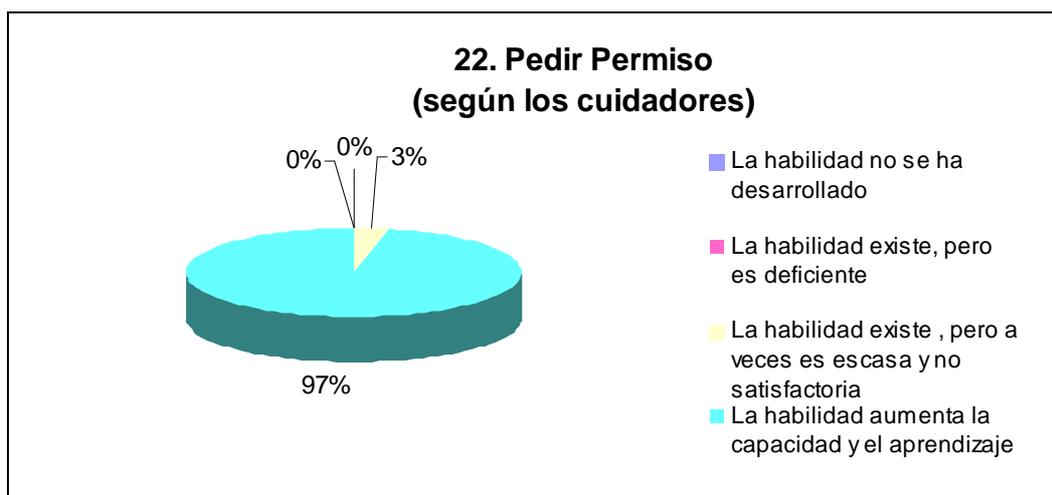


Tabla No 70 Pedir permiso (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	0	0%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	1	3%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	28	97%
	29	100%

Gráfica No 63. Pedir permiso (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar por la habilidad de pedir permiso, un 76%(22) de los pacientes poseen la habilidad la que aumenta la capacidad y el aprendizaje y el 17%(5) comentan que tienen la habilidad pero a veces es escasa y no satisfactoria. En el grupo de los cuidadores, el 97%(28) refieren que poseen la habilidad para pedir permiso y el 3%(1) poseen esta habilidad pero a veces es escasa y no satisfactoria.

8.4.4.2. Compartir algo

Tabla No 71 Compartir algo. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	0	0%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	10	34%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	19	66%
	29	100%

Gráfica No 64. Compartir algo. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

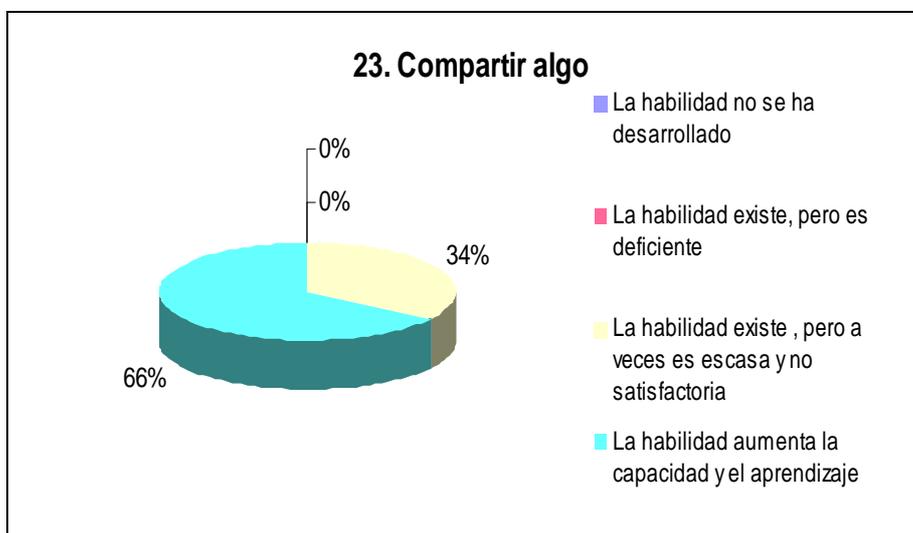
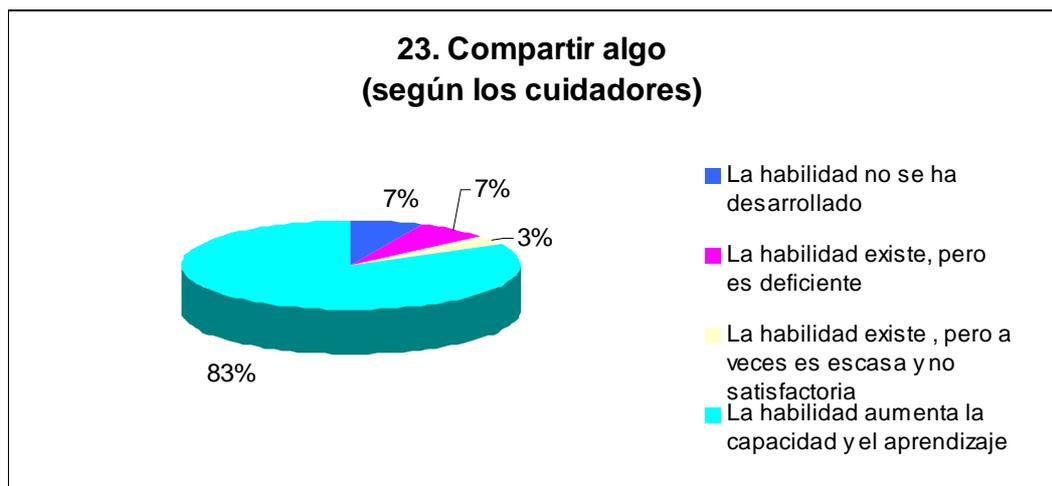


Tabla No 72 Compartir algo (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	2	7%
La habilidad existe, pero es deficiente	2	7%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	1	3%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	24	83%
	29	100%

Gráfica No 65. Compartir algo (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al consultar por la habilidad de compartir algo, el 66%(19) de los pacientes reconocen que poseen la habilidad que aumenta la capacidad y el aprendizaje y el 34%(10) enuncian que poseen esta habilidad pero a veces es escasa y no satisfactoria. Los cuidadores afirman que el 83%(24) poseen la habilidad para que aumenta la capacidad y el aprendizaje; el 3%(1) cuentan que tienen la habilidad pero a veces es escasa y no satisfactoria; un 7%(2) conservan la habilidad pero es deficiente y el 7%(2) aún no han desarrollado esta habilidad.

8.4.4.3. Ayudar a los demás

Tabla No 73 Ayudar a los demás. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	1	3%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	10	34%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	18	62%
	29	100%

Gráfica No 66. Ayudar a los demás. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

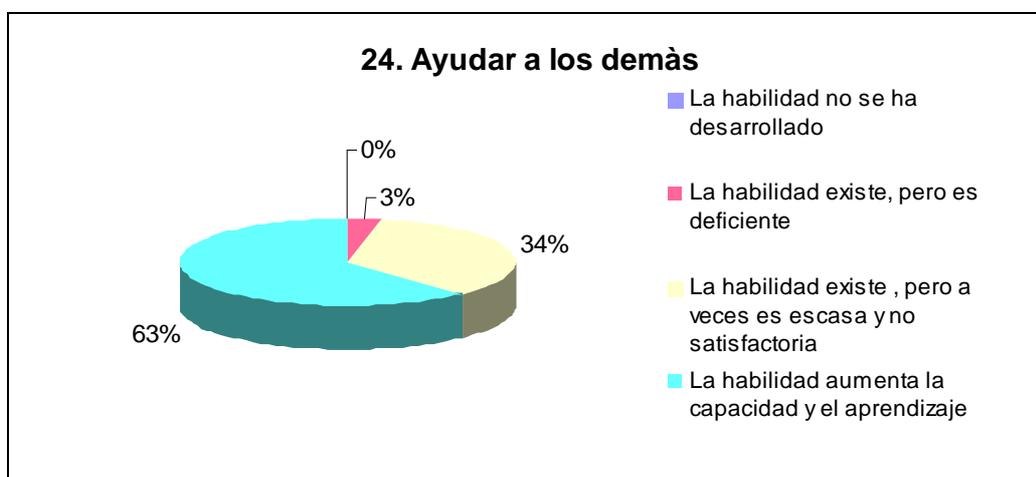
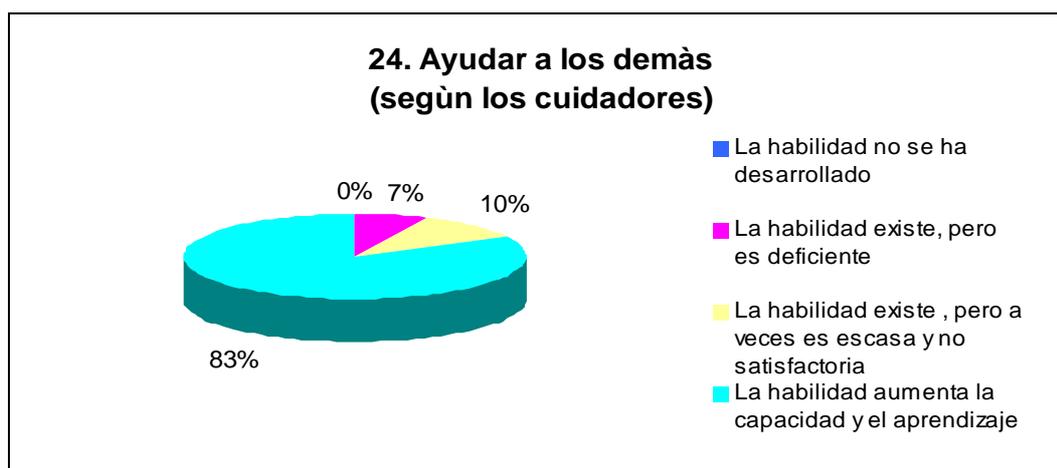


Tabla No 74 Ayudar a los demás (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	2	7%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	3	10%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	24	83%
	29	100%

Gráfica No 67. Ayudar a los demás (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar por la habilidad de ayudar a los demás, el 62%(18) de los pacientes relatan que conservan la habilidad de ayudar a los demás; un 34%(10) afirman que tiene la habilidad pero a veces es escasa y no satisfactoria y el 3%(1) conservan esta habilidad pero es deficiente. Los cuidadores afirman que el 83%(24) poseen la habilidad para aumentar la capacidad y el aprendizaje; el 10%(3) coinciden que tienen la habilidad pero a veces es escasa y no satisfactoria y el 7%(2) conservan esta habilidad pero de manera deficiente.

8.4.4.4. Negociar

Tabla No 75 Negociar. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	7	24%
La habilidad existe, pero es deficiente	7	24%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	9	31%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	6	21%
	29	100%

Gráfica No 68. Negociar. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

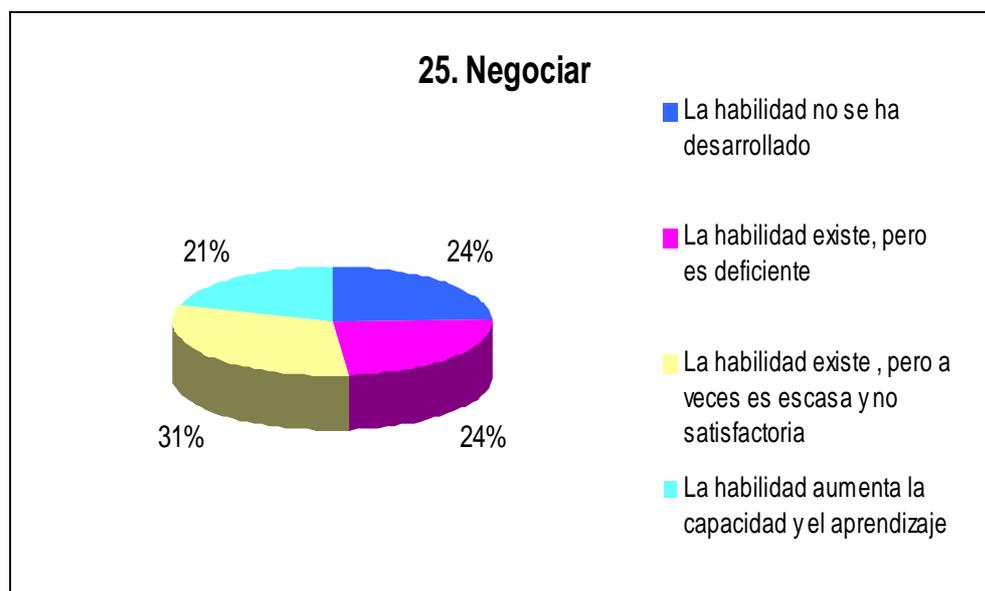
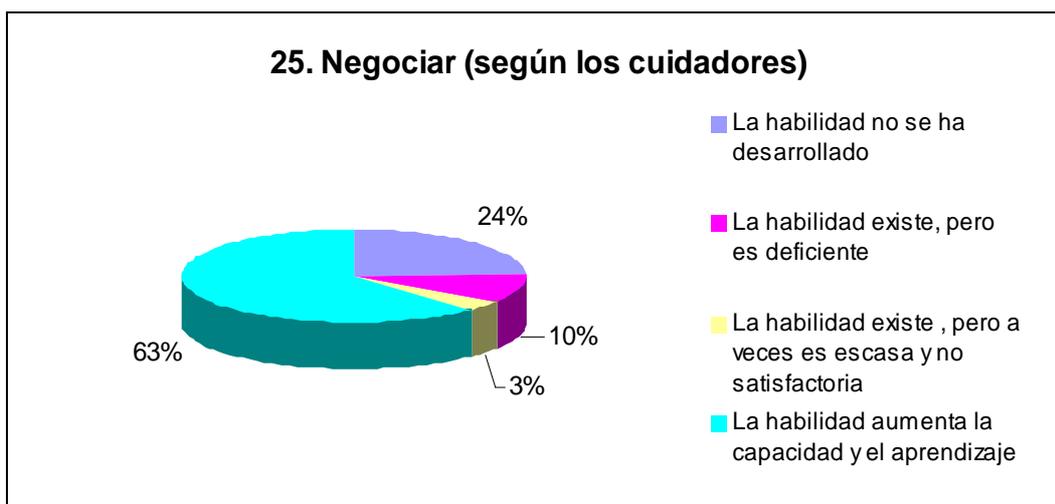


Tabla No 76 Negociar (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	7	24%
La habilidad existe, pero es deficiente	3	10%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	1	3%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	18	62%
	29	100%

Gráfica No 69. Negociar (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al cuestionar acerca de la habilidad de negociar, un 24%(7) de los pacientes no han desarrollado esta habilidad de negociar; otro 24%(7) coinciden que poseen la habilidad de negociar pero es deficiente; un 31%(9), tienen la habilidad pero a veces no es satisfactoria y el 21%(6) afirman que dicha habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje. Los cuidadores relatan que el 24%(7) de los pacientes no ha desarrollado la habilidad; el 10%(3) relatan que la habilidad de negociar existe pero es deficiente; el 3%(1) coinciden que la habilidad existe pero a veces

es escasa y no satisfactoria y el 62%(18) informan que la habilidad ha aumentado la capacidad y el aprendizaje.

8.4.4.5. Emplear el autocontrol

Tabla No 77 Emplear el autocontrol. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	7	24%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	13	45%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	8	28%
	29	100%

Gráfica No 70. Emplear el autocontrol. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

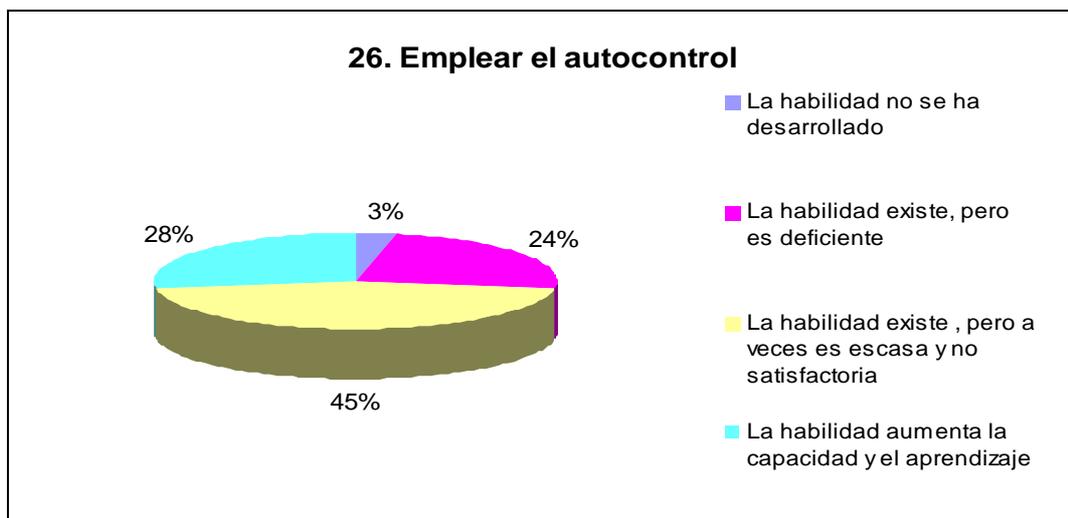
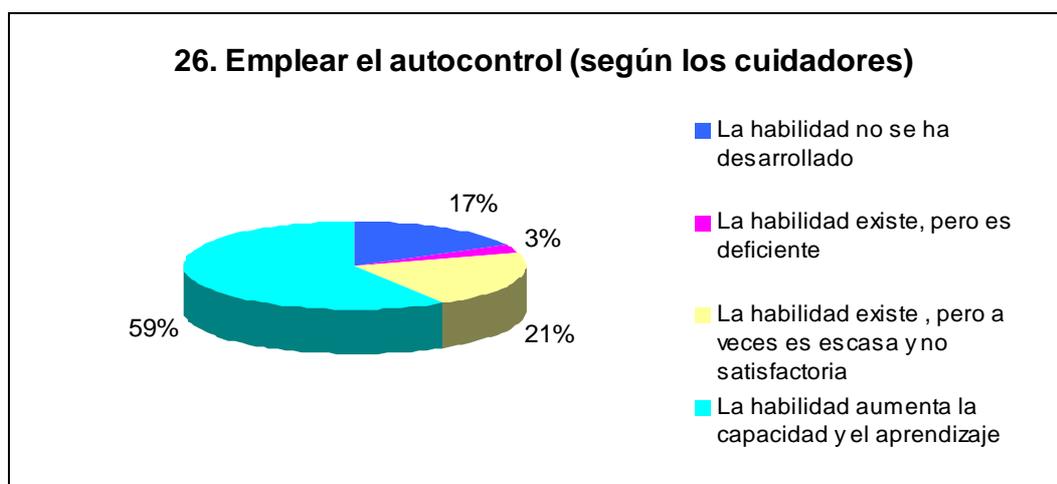


Tabla No 78 Emplear el autocontrol (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	5	17%
La habilidad existe, pero es deficiente	1	3%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	6	21%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	17	59%
	29	100%

Gráfica No 71. Emplear el autocontrol (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al preguntar por la habilidad de emplear el autocontrol, el 3%(1) de los pacientes aún no han desarrollado la habilidad; el 24%(7) expresan que han desarrollado la habilidad pero es deficiente; el 45%(13) refieren que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria y un 28%(8) coinciden que esta habilidad ha aumentado la capacidad y el aprendizaje. en el grupo de los cuidadores, el 17%(5) aún no han desarrollado esta habilidad; el 3%(1) manifiestan que han desarrollado

la habilidad pero es deficiente; el 21%(6) aseguran que dicha habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria mientras que el 59%(17) afirman que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje.

8.4.4.6. Defender los propios derechos

Tabla No 79 Defender los propios derechos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	3	10%
La habilidad existe, pero es deficiente	3	10%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	11	38%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	12	41%
	29	100%

Gráfica No 72. Defender los propios derechos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

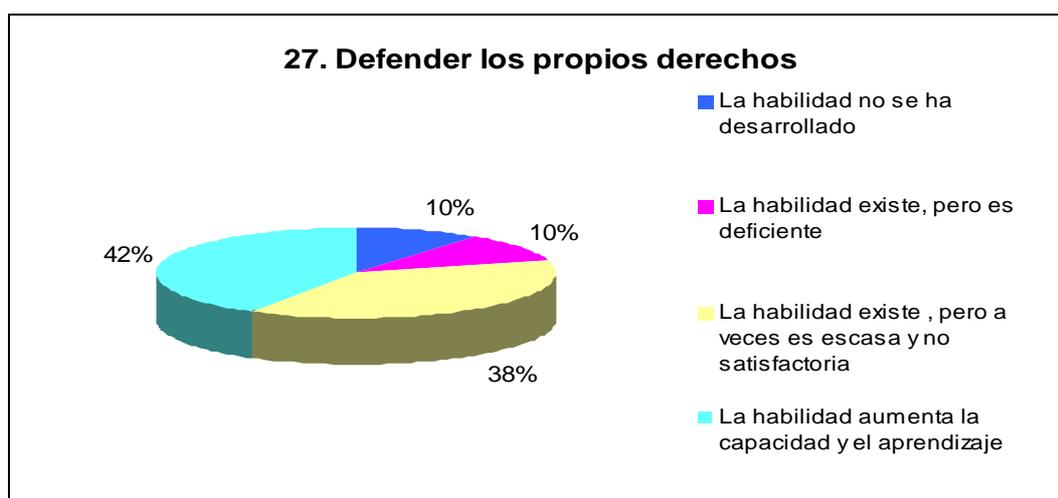
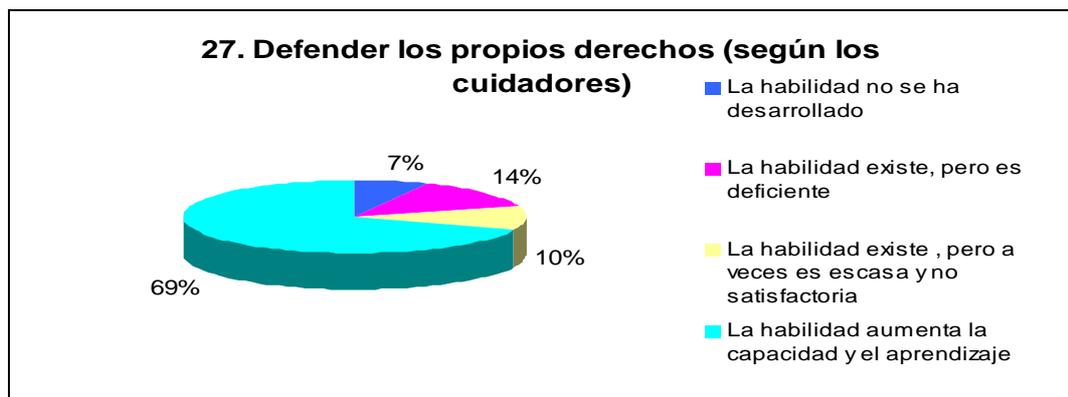


Tabla No 80 Defender los propios derechos (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	2	7%
La habilidad existe, pero es deficiente	4	14%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	3	10%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	20	69%
	29	100%

Gráfica No 73. Defender los propios derechos (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al averiguar por la habilidad de defender los propios derechos, el 10%(3) de los pacientes manifiestan no haber desarrollado la habilidad; un 10%(3) refieren que han desarrollado la habilidad pero es deficiente; el 38%(11) aseguran que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria y el 41%(12) mencionan que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje. Los cuidadores relatan que el 7%(2) no ha desarrollado la habilidad; el 14%(4) ha desarrollado la habilidad pero es deficiente; el 10%(3) relatan que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria y un 69%(20) coinciden que dicha habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje a la hora de emplearla.

8.4.4.7. Responder a las bromas

Tabla No 81 Responder a las bromas. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	2	7%
La habilidad existe, pero es deficiente	11	38%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	11	38%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	5	17%
	29	100%

Gráfica No 74. Responder a las bromas. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

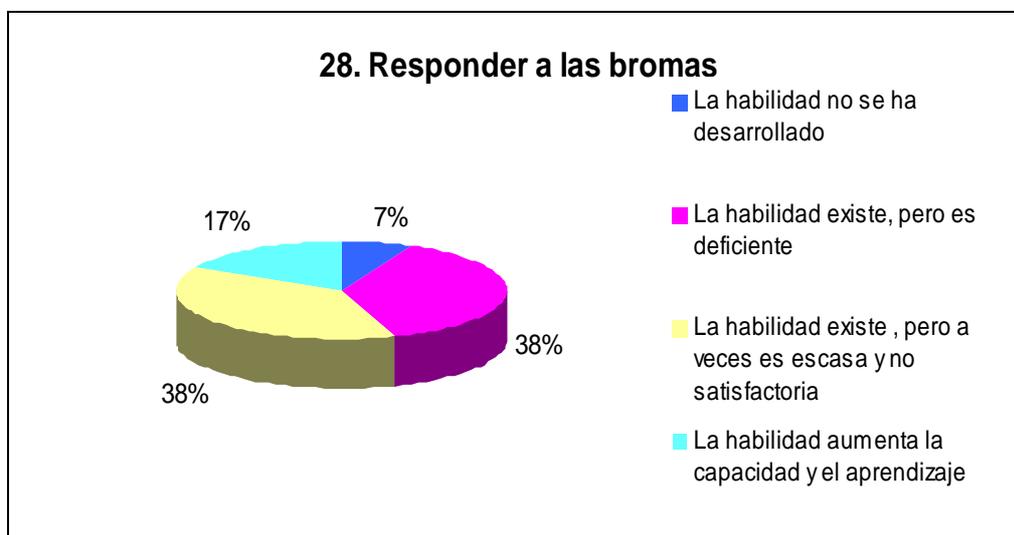
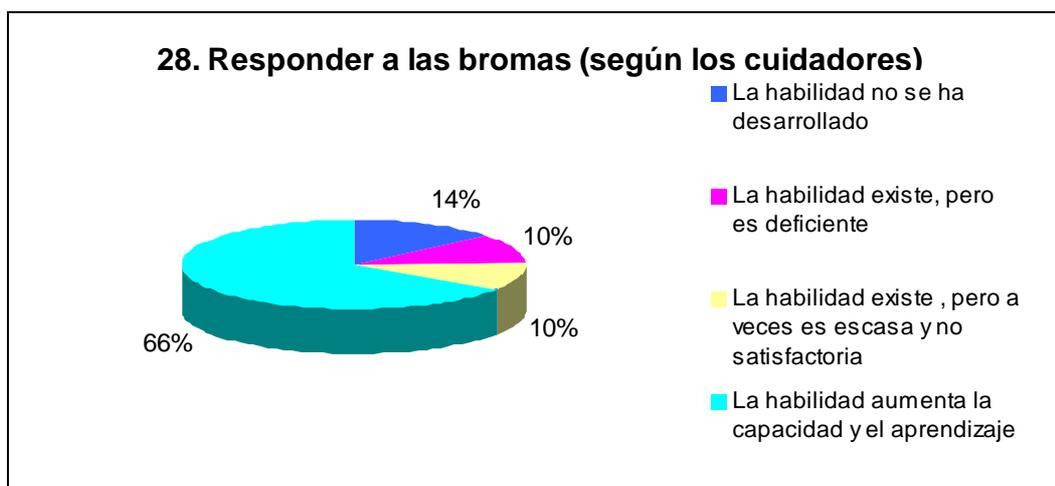


Tabla No 82 Responder a las bromas (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	2	7%
La habilidad existe, pero es deficiente	11	38%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	11	38%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	5	17%
	29	100%

Gráfica No 75. Responder a las bromas (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al interrogar a los pacientes por la habilidad de responder a las bromas, el 7%(2) dicen que no han desarrollado la habilidad; el 38%(11) relatan que si han desarrollado la habilidad pero en forma deficiente; el 38%(11) contestan que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria y el 17%(5) dicen que la habilidad ha aumentado lo mismo que el aprendizaje. Los cuidadores relatan que el 14%(4) de los pacientes no han desarrollado la habilidad; el 10%(3) manifiestan

si han desarrollado la habilidad pero en forma deficiente; el 10%(3) coinciden que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria y el 66%(19) contestan que ha aumentado la habilidad y el aprendizaje.

8.4.4.8. Evitar los problemas con los demás

Tabla No 83 Evitar los problemas con los demás. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	3	10%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	5	17%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	21	72%
	29	100%

Gráfica No 76. Evitar los problemas con los demás. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

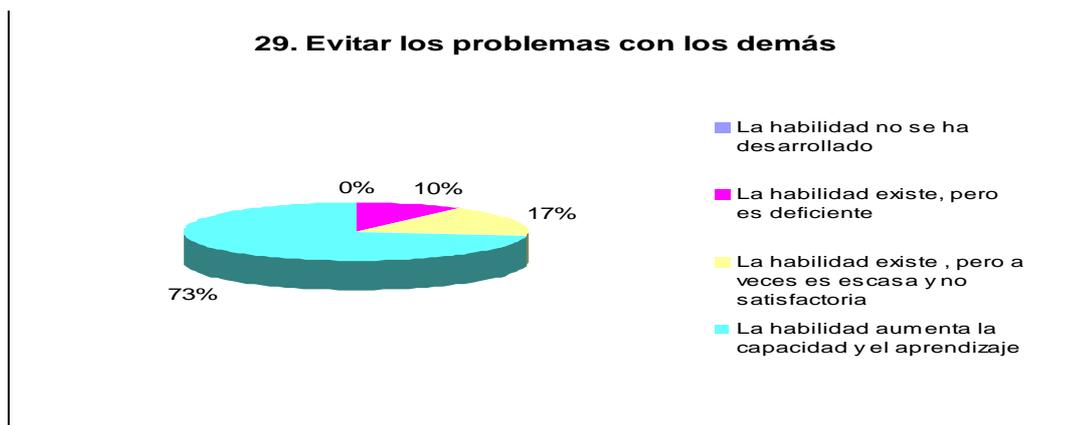
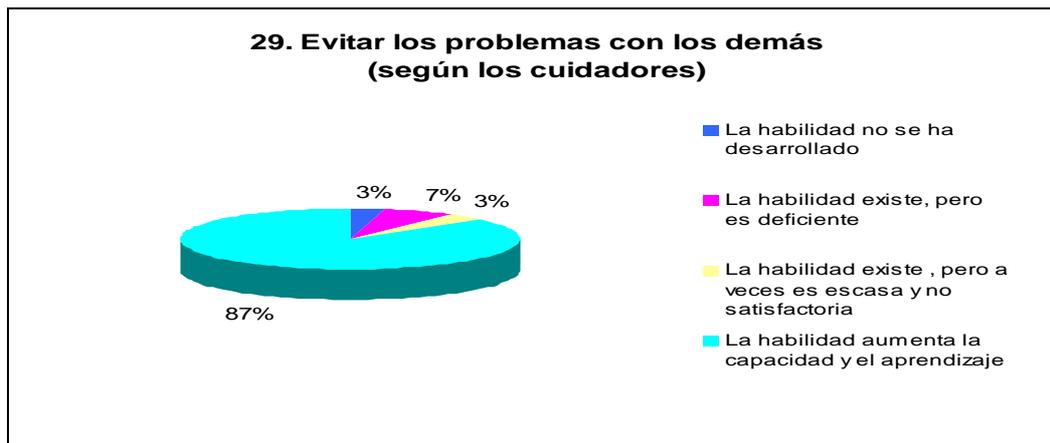


Tabla No 84 Evitar los problemas con los demás (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes

con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	2	7%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	1	3%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	25	86%
	29	100%

Gráfica No 77. Evitar los problemas con los demás (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar por la habilidad de evitar los problemas con los demás el 10%(3) de los pacientes expresan que si han desarrollado la habilidad pero en forma deficiente; el 17%(5) indican que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria; el 72%(21) exponen que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje. El grupo de cuidadores contestan que el 3%(1) de los pacientes aún no ha desarrollado esta habilidad; el 7%(2) señalan que han desarrollado la habilidad pero en forma deficiente; el 3%(1) apuntan que la habilidad existe pero

a veces es escasa y no satisfactoria y el 86%(25) comentan que dicha habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje.

8.4.4.9. No entrar en peleas

Tabla No 85 No entrar en peleas. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	2	7%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	7	24%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	19	66%
	29	100%

Gráfica No 78. No entrar en peleas. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

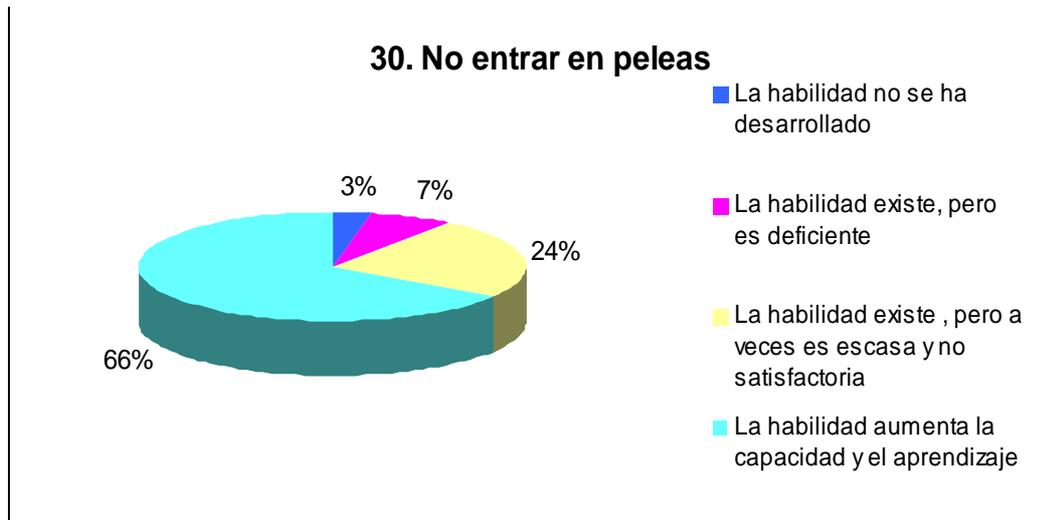
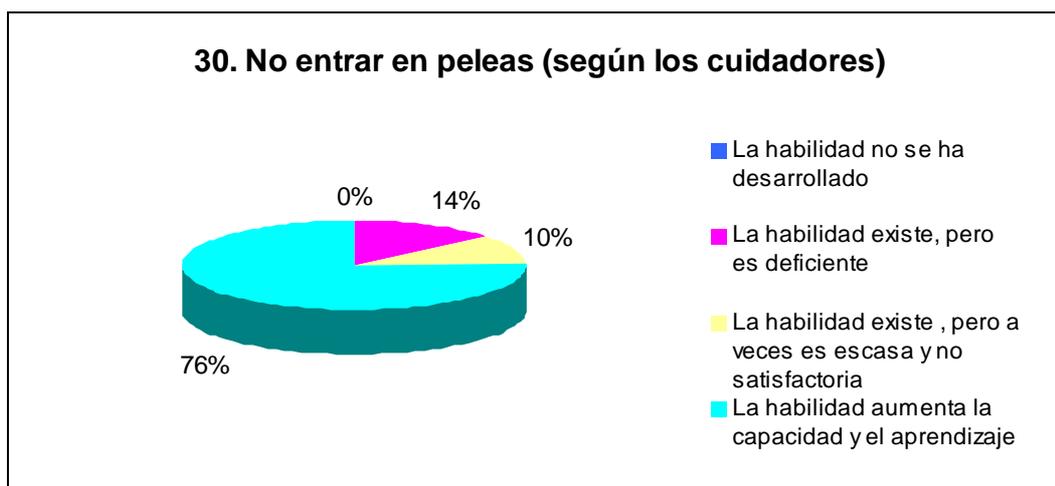


Tabla No 86 No entrar en peleas (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	4	14%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	3	10%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	22	76%
	29	100%

Gráfica No 79. No entrar en peleas (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al cuestionar por la habilidad de no entrar en peleas, el 3%(1) de los pacientes comenta que no han desarrollado la habilidad; el 7%(2) refieren haber desarrollado la habilidad pero en forma deficiente; el 24%(7) informan que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria y el 66%(21) revelan que esta habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje. Según los cuidadores, ninguno de los pacientes entra en peleas; el 14%(4) dicen que la habilidad la han desarrollado pero en forma deficiente; el 10%(3) relatan que la habilidad pero a veces es

escasa y no satisfactoria y un 76%(22) manifiestan que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje.

8.4.5. GRUPO V: Habilidades para hacer frente al estres

8.4.5.1. Formular una quejas

Tabla No 87 Formular una queja. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	4	14%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	12	41%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	12	41%
	29	100%

Gráfica No 80. Formular una queja. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

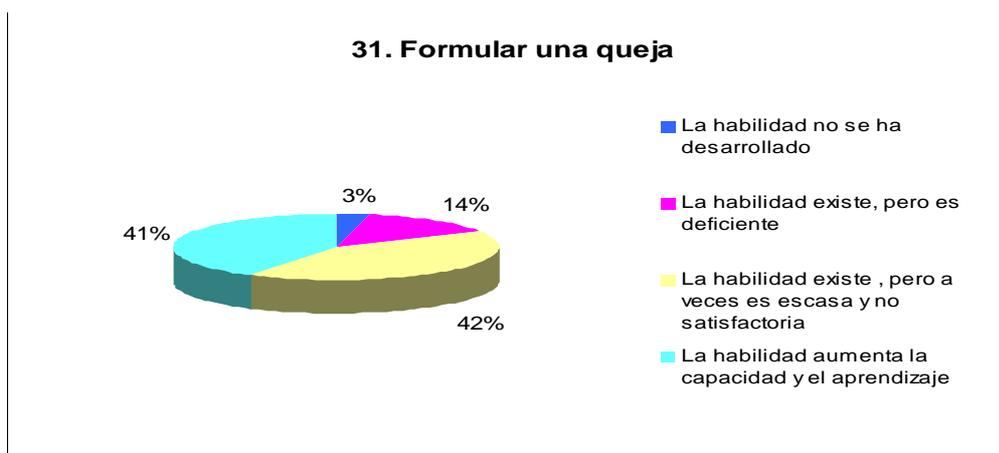
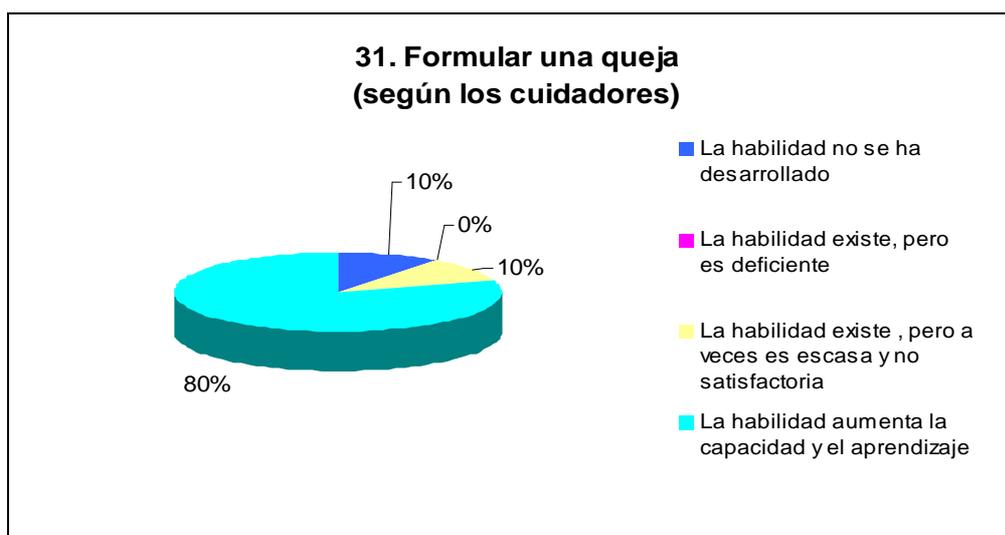


Tabla No 88 Formular una queja (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	3	10%
La habilidad existe, pero es deficiente	0	0%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	3	10%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	23	79%
	29	100%

Gráfica No 81. Formular una queja (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al interrogar por la habilidad de formular una queja, el 3%(1) de los pacientes dicen no haber desarrollado la habilidad; el 14%(4) relatan haber desarrollado la habilidad pero en forma deficiente; el 41%(12) manifiestan que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria y el 41%(12) coinciden que esta habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje. Los cuidadores afirman que el 10%(3) de los pacientes no ha desarrollado la habilidad; el 10%(3) contestan que

la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria y un 79%(23) expresan que dicha habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje.

8.4.5.2. Responder a una queja

Tabla No 89 Responder a una queja. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	8	28%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	11	38%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	9	31%
	29	100%

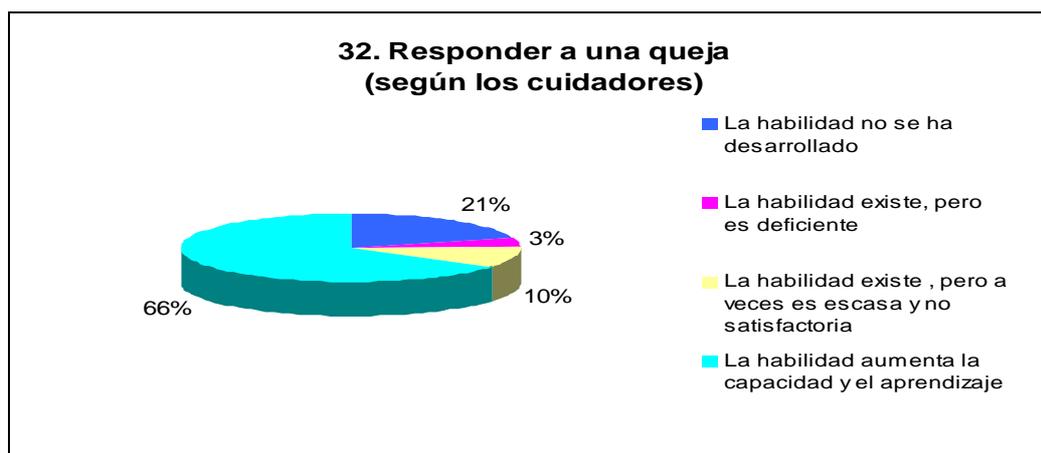
Gráfica No 82. Responder a una queja. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Tabla No 90 Responder a una queja (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	6	21%
La habilidad existe, pero es deficiente	1	3%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	3	10%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	19	66%
	29	100%

Gráfica 83. Responder a una queja (según los cuidadores). . Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al explorar por la habilidad de responder a una queja, el 3%(1) de los pacientes responden que la habilidad aún no se ha desarrollado; el 28%(8) expresan que la habilidad está desarrollada pero en forma deficiente; el 38%(11) indican que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria y el 31%(9) exponen que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje. Los cuidadores señalan que el 21%(21) de los pacientes aún no han desarrollado la habilidad; el 3%(1) apuntan que han desarrollado la habilidad pero en forma deficiente; el 10%(3)

comentan que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria y un 66%(19) especifican que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje.

8.4.5.3. Demostrar deportividad después del juego

Tabla No 91 Demostrar deportividad después del juego. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	2	7%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	12	41%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	15	52%
	29	100%

Gráfica No 84. Demostrar deportividad después del juego. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

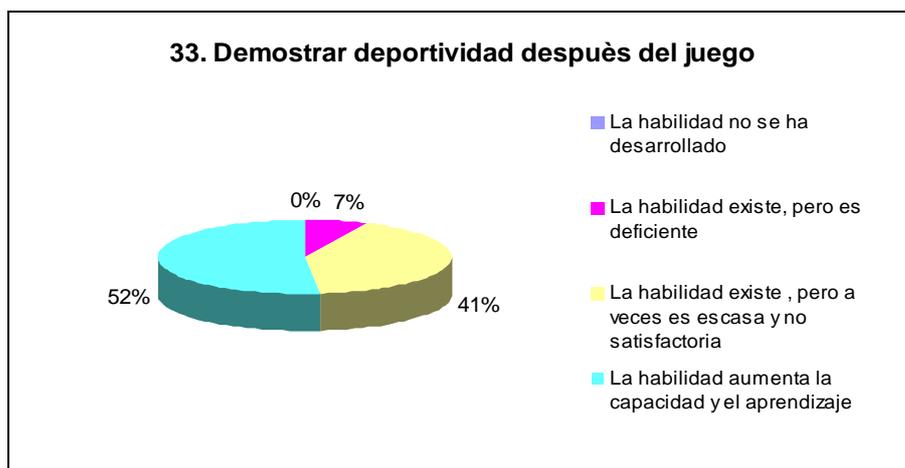
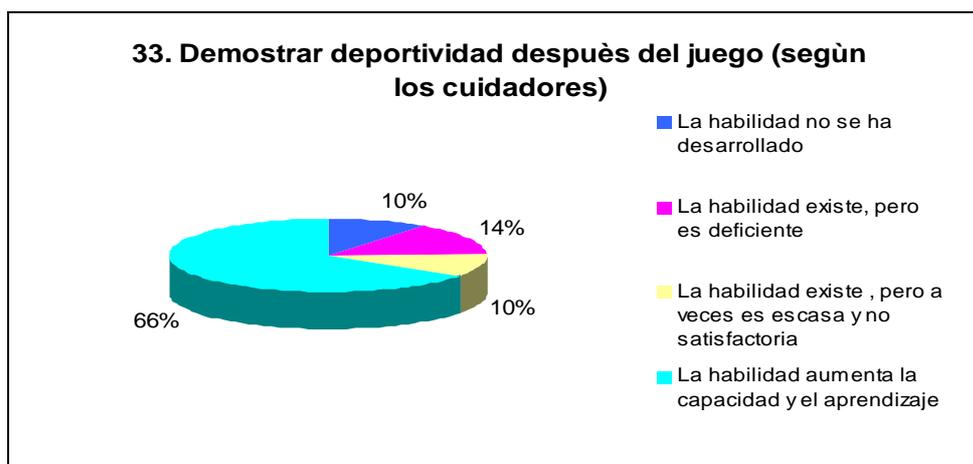


Tabla No 92 Demostrar deportividad después del juego (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	3	10%
La habilidad existe, pero es deficiente	4	14%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	3	10%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	19	66%
	29	100%

Gráfica No 85. Demostrar deportividad después del juego (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al investigar por la habilidad de demostrar deportividad después del juego, en ninguno de los pacientes se ha desarrollado la habilidad; el 7%(2) de los pacientes mencionan que han desarrollado la habilidad pero en forma deficiente; el 41% refieren que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria; el 52%(15) sugieren que dicha habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje. Con respecto a los cuidadores en el 10%(3) de los pacientes la habilidad aún no se ha desarrollado; el 14%(4) afirman que la habilidad se ha desarrollado pero en forma

deficiente; el 10%(3) responden que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria y el 66%(19) dicen que esta habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje.

8.4.5.4. Resolver la vergüenza

Tabla No 93 Resolver la vergüenza. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	2	7%
La habilidad existe, pero es deficiente	8	28%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	10	34%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	9	31%
	29	100%

Gráfica No 86. Resolver la vergüenza. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

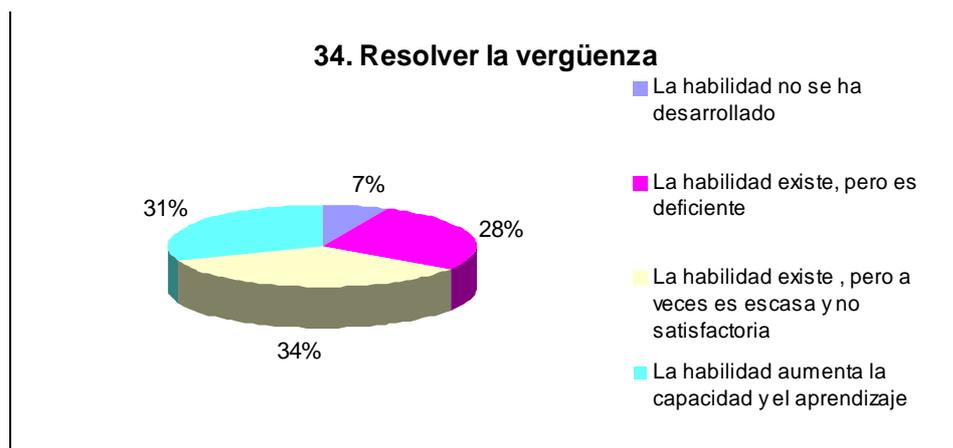
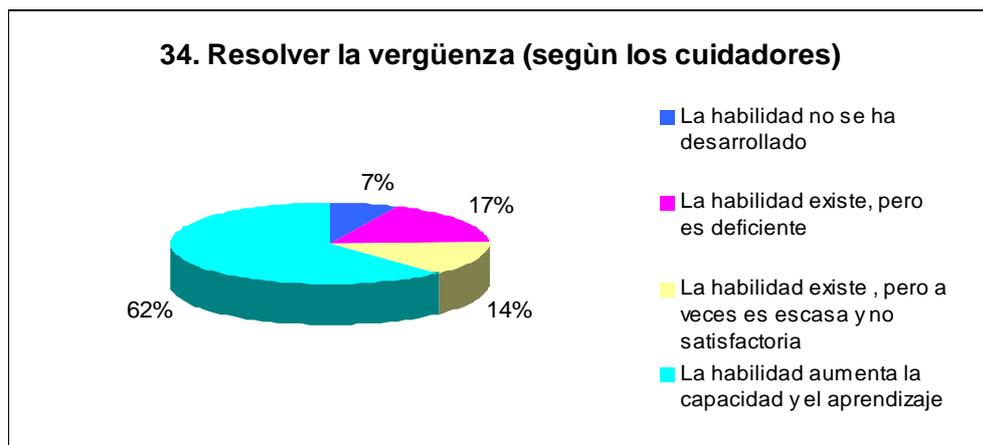


Tabla No 94 Resolver la vergüenza (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	2	7%
La habilidad existe, pero es deficiente	5	17%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	4	14%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	18	62%
	29	100%

Gráfica No 87. Resolver la vergüenza (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al preguntar por la habilidad de resolver la vergüenza, el 7%(2) de los pacientes manifiestan que la habilidad aún no se ha desarrollado; el 28%(8) coinciden que la habilidad se ha desarrollado la habilidad pero en forma deficiente; el 34%(10) contestan que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria; el 31%(9) expresan que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje. El grupo de cuidadores indican que un 7%(2) de los pacientes no han desarrollado la habilidad; el 17%(5) señalan que han desarrollado la habilidad pero en forma deficiente; el 14%(4) apuntan que la habilidad existe pero a veces es escasa y no

satisfactoria y el 62%(18) comentan que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje.

8.4.5.5. Arreglarselas cuando le dejan de lado

Tabla No 95 Arreglárselas cuando le dejan de lado. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	4	14%
La habilidad existe, pero es deficiente	4	14%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	7	24%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	14	48%
	29	100%

Gráfica No 88. Arreglárselas cuando le dejan de lado. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

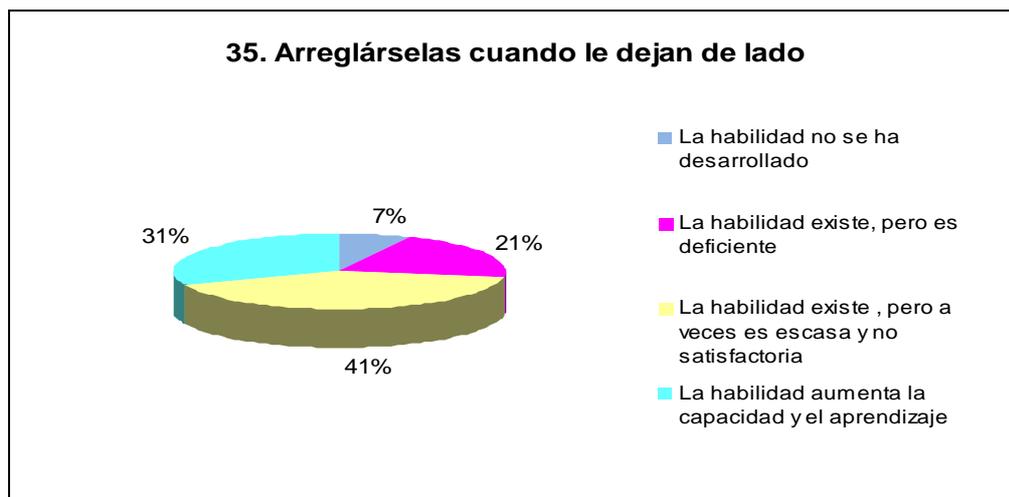
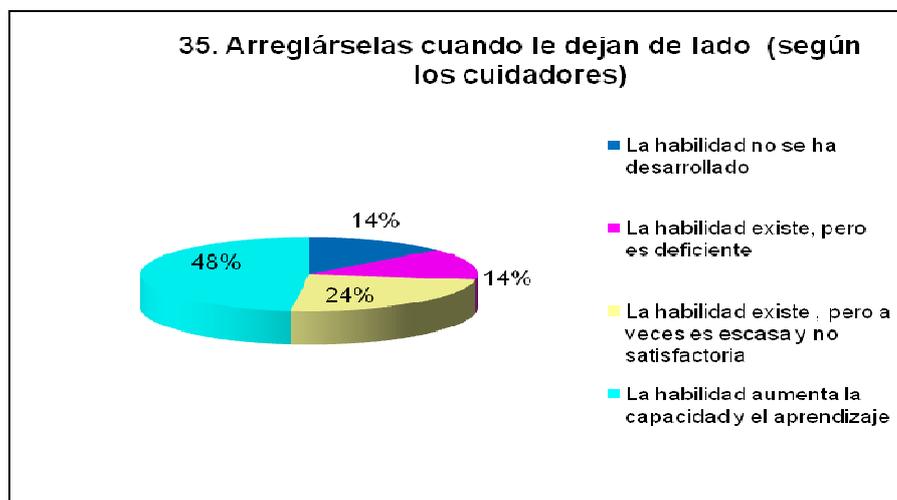


Tabla No 96 Arreglárselas cuando le dejan de lado (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	4	14%
La habilidad existe, pero es deficiente	4	14%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	7	24%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	14	48%
	29	100%

Gráfica No 89. Arreglárselas cuando le dejan de lado (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar por la habilidad de arreglárselas cuando le dejan de lado, el 7%(2) de los pacientes no han desarrollado la habilidad; el 21%(6) especifican que han desarrollado la habilidad pero en forma deficiente; el 41%(12) mencionan que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria y el 31%(9) refieren que dicha habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje. Los cuidadores revelan

que un 14%(4) revelan que no han desarrollado la habilidad; el 14%(4) informan que la habilidad existe pero en forma deficiente; el 24%(7) informan que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria; el 48%(14) sugieren que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje.

8.4.5.6. Defender a un amigo

Tabla No 97 Defender a un amigo. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	3	10%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	14	48%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	12	41%
	29	100%

Gráfica No 90. Defender a un amigo. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

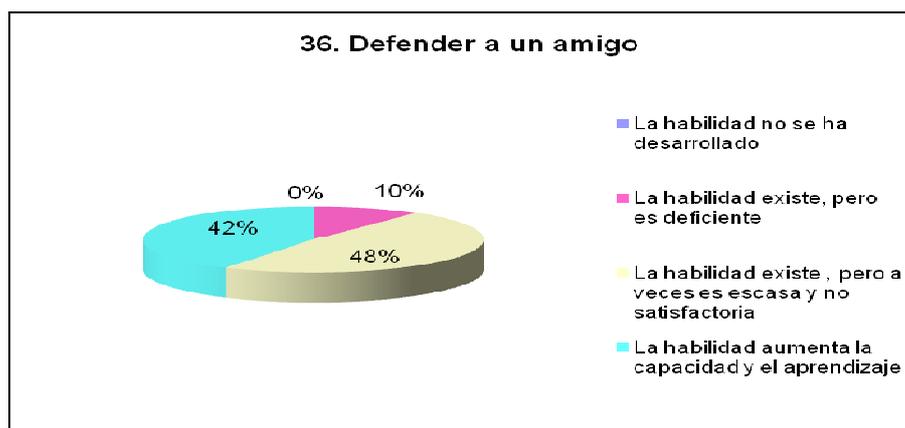
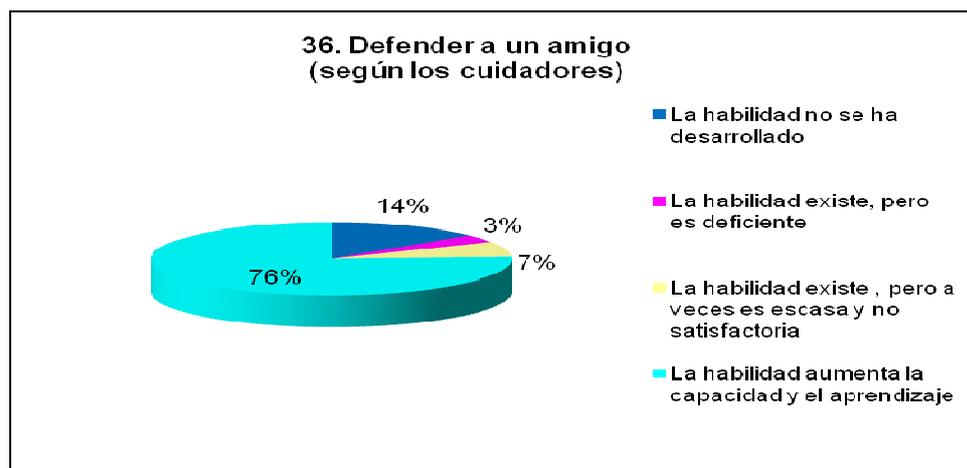


Tabla No 98 Defender a un amigo (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	4	14%
La habilidad existe, pero es deficiente	1	3%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	2	7%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	22	76%
	29	100%

Gráfica No 91. Defender a un amigo (según los cuidadores). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al cuestionar por la habilidad de defender a un amigo, ninguno de los pacientes ha desarrollado la habilidad; el 10%(3) afirman que han desarrollado la habilidad pero en forma deficiente; el 48%(14) responden que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria; el 41%(12) dicen que han aumentado la habilidad y el aprendizaje. Con los cuidadores, el 14%(4) manifiestan que la habilidad no se ha desarrollado; el 3%(1) coinciden que han desarrollado la habilidad pero en forma deficiente; el 7%(2) contestan que dicha habilidad existe pero a veces es escasa y

no satisfactoria y el 76%(22) expresan que esta habilidad ha aumentado lo mismo que el aprendizaje.

8.4.5.7. Responder a la persuasión

Tabla No 99 Responder a la persuasión. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	7	24%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	18	62%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	4	14%
	29	100%

Gráfica No 92. Responder a la persuasión. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

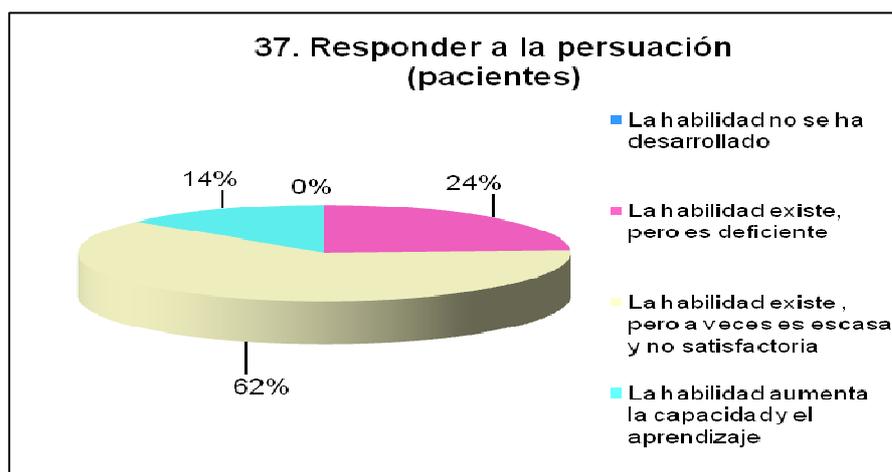


Tabla No 100 Responder a la persuasión según cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	3	10%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	8	28%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	17	59%
	29	100%

Gráfica No 93. Responder a la persuasión según cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al interrogar a los pacientes de responder a la persuasión, el 62%(18) consideran que la habilidad existe, pero a veces es escasa y no satisfactoria; el 24%(7) indican que la habilidad es deficiente y el 14%(4) exponen que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje. Los cuidadores apuntan que en un 3%(1) la habilidad no se ha desarrollado; el 10%(3) señalan que han desarrollado la habilidad pero en forma deficiente; un 28%(8) apuntan que esta habilidad de responder a la

persuasión existe pero a veces es escasa y no satisfactoria y el 59%(17) comentan que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje.

8.4.5.8. Responder al fracaso

Tabla No 101 Responder al fracaso. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	6	21%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	14	48%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	9	31%
	29	100%

Gráfica No 94. Responder al fracaso. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

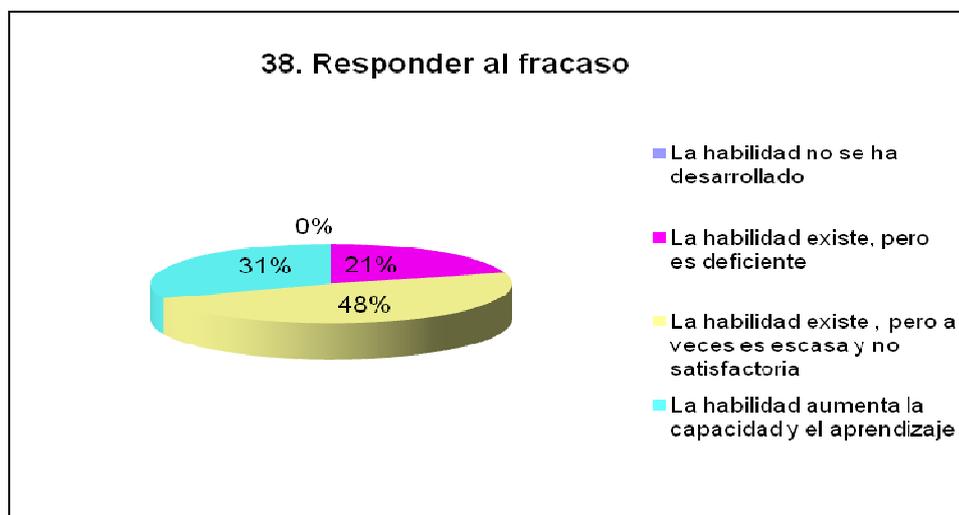
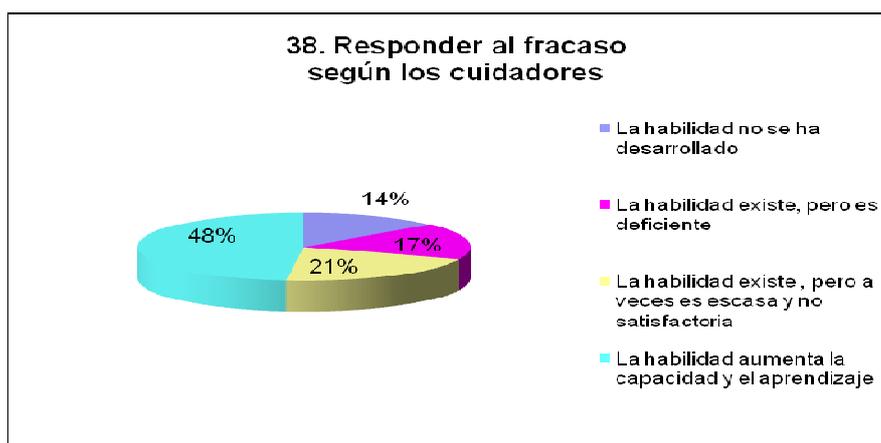


Tabla No 102 Responder al fracaso según cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	4	14%
La habilidad existe, pero es deficiente	5	17%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	6	21%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	14	48%
	29	100%

Gráfica No 95. Responder al fracaso según cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al explorar por la habilidad de responder al fracaso, el 31%(9) especifican que poseen la habilidad, la cual aumenta la capacidad y el aprendizaje; el 48%(14) mencionan que dicha habilidad es escasa y no satisfactoria; mientras que el 21%(6) refieren que la habilidad existe pero es deficiente. Los cuidadores revelan que el 14%(4) de los pacientes aún no desarrollan la habilidad; el 17%(5) informan que han desarrollado la habilidad pero en forma deficiente; el 21%(6) afirman que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria y el 48%(14)

responden que los pacientes poseen la habilidad, la cual aumenta la capacidad y el aprendizaje.

8.4.5.9. Enfrentarse a los mensajes contradictorios

Tabla No 103 Enfrentarse a los mensajes contradictorios. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	2	7%
La habilidad existe, pero es deficiente	7	24%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	15	52%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	5	17%
	29	100%

Gráfica No 96. Enfrentarse a los mensajes contradictorios. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

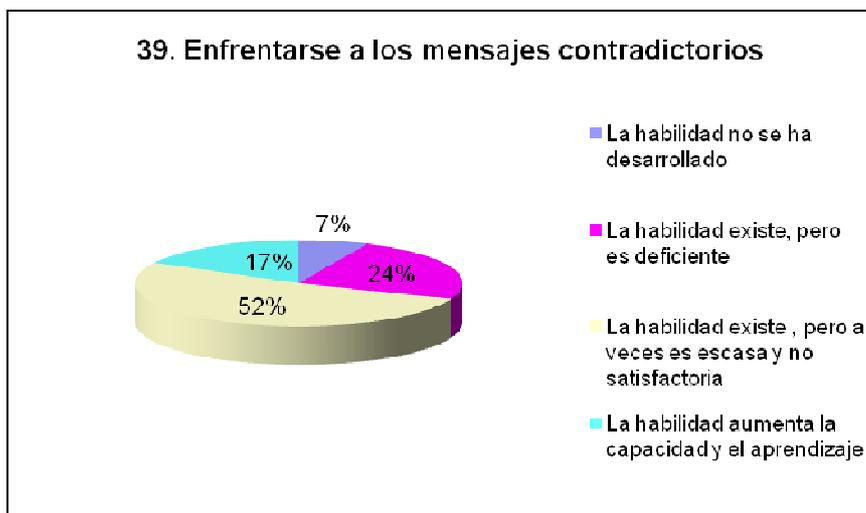
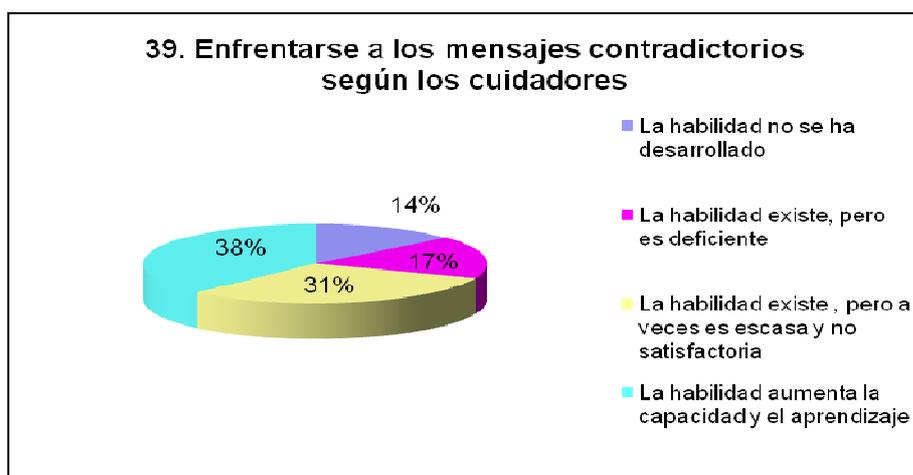


Tabla No 104 Enfrentarse a los mensajes contradictorios según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	4	14%
La habilidad existe, pero es deficiente	5	17%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	9	31%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	11	38%
	29	100%

Gráfica No 97. Enfrentarse a los mensajes contradictorios según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al investigar por la habilidad de enfrentarse a los mensajes contradictorios, el 52%(15) de los pacientes dicen que la habilidad existe, pero es escasa y no satisfactoria; el 24%(7) afirman que dicha habilidad es deficiente; en el 17%(5) manifiestan que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje y el 7%(2) coinciden que dicha habilidad aún no se ha desarrollado. En el grupo de cuidadores, el 14%(4) contestan que la habilidad no se ha desarrollado; el 17%(5) expresan que la habilidad existe pero en forma deficiente; el 31%(9) indican que

la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria y el 38%(11) señalan que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje.

8.4.5.10. Responder a una acusación

Tabla No 105 Responder a una acusación. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	13	45%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	6	21%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	10	34%
	29	100%

Gráfica No 98. Responder a una acusación. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

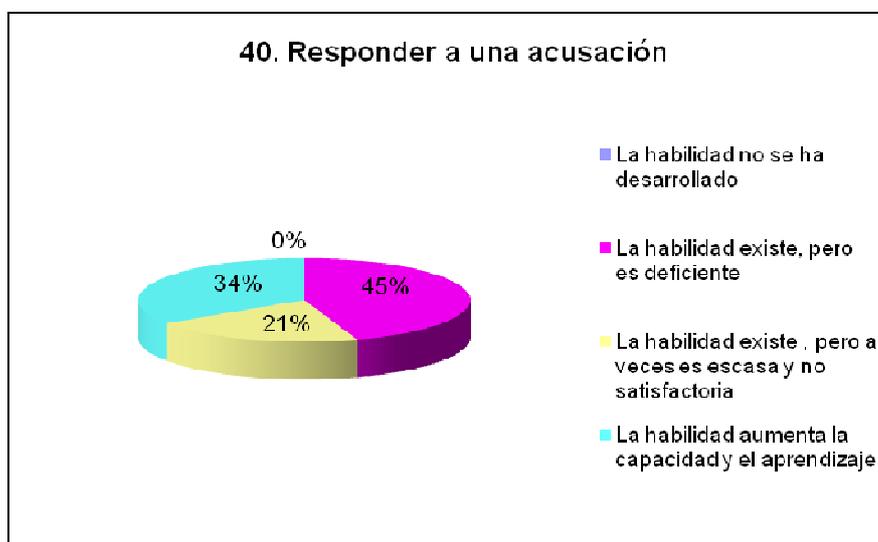
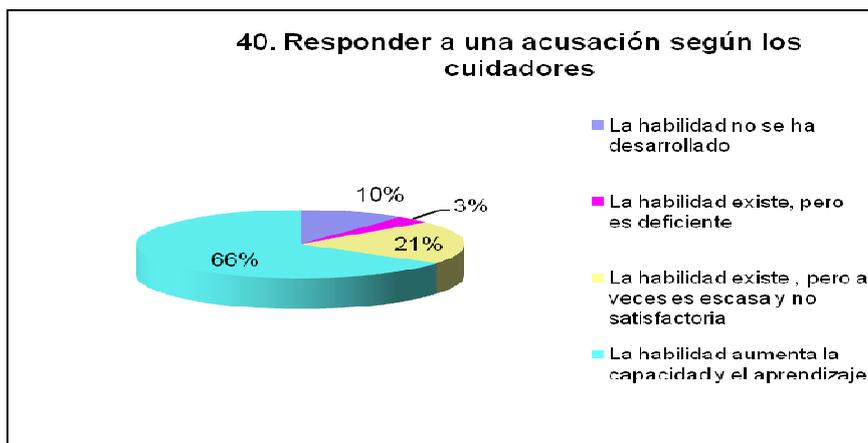


Tabla No 106 Responder a una acusación según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	3	10%
La habilidad existe, pero es deficiente	1	3%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	6	21%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	19	66%
	29	100%

Gráfica No 99. Responder a una acusación según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Con respecto a la habilidad para responder a una acusación el 45%(13) de los pacientes consideran que poseen la habilidad, pero que es deficiente, seguidos de un 34%(10) que apuntan poseer la habilidad y que esta aumenta la capacidad y el aprendizaje, el 21% comentan que la habilidad es escasa y no es satisfactoria; mientras que un 66%(19) de los cuidadores especifican que esta habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; un 21%(6) consideran que sus pacientes si poseen la habilidad pero que en ocasiones es escasa y no satisfactoria; el

3%(1) mencionan que han desarrollado la habilidad pero en forma deficiente y el 10%(3) refieren que tal habilidad no se ha desarrollado.

8.4.5.11. Prepararse para una conversación difícil

Tabla No 107 Prepararse para una conversación difícil. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	5	17%
La habilidad existe, pero es deficiente	12	41%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	6	21%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	6	21%
	29	100%

Gráfica No 100. Prepararse para una conversación difícil. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

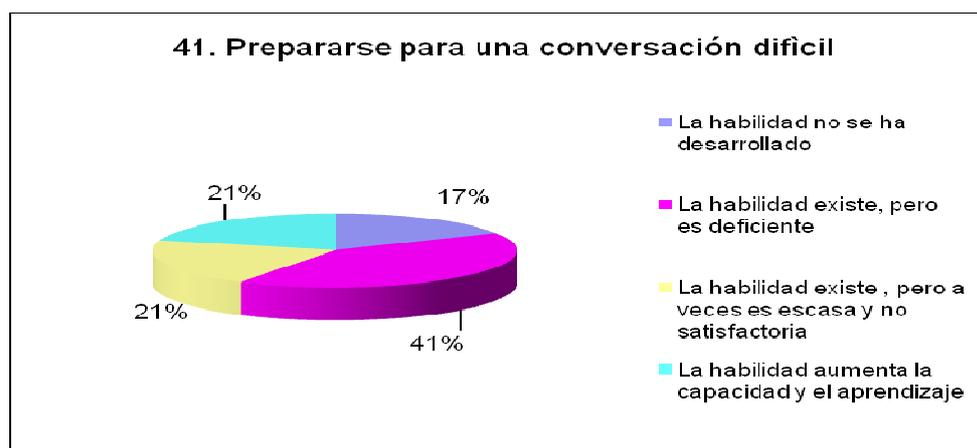


Tabla No 108 Prepararse para una conversación difícil según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes

con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	11	38%
La habilidad existe, pero es deficiente	5	17%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	1	3%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	12	41%
	29	100%

Gráfica No 101. Prepararse para una conversación difícil según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al preguntar por la habilidad de prepararse para una conversación difícil, el 41%(12) de los pacientes consideran que poseen dicha habilidad pero que esta es deficiente; el 21%(6) afirman que la habilidad existe pero que a veces es escasa y no satisfactoria; otro 21%(6) que afirma que dicha habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje y un 17%(5) responden que la habilidad no se ha desarrollado. Entre los cuidadores se presentan respuestas extremas un 41%(12) afirman que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje de sus pacientes; un 38% que la habilidad no se ha desarrollado; el 17%(5) responden que han desarrollado la

habilidad pero en forma deficiente y el 3%(1) relatan que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria.

8.4.5.12. Hacer frente a las presiones de grupo

Tabla No 109 Hacer frente a las presiones de grupo. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	12	41%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	9	31%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	7	24%
	29	100%

Gráfica No 102. Hacer frente a las presiones de grupo. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

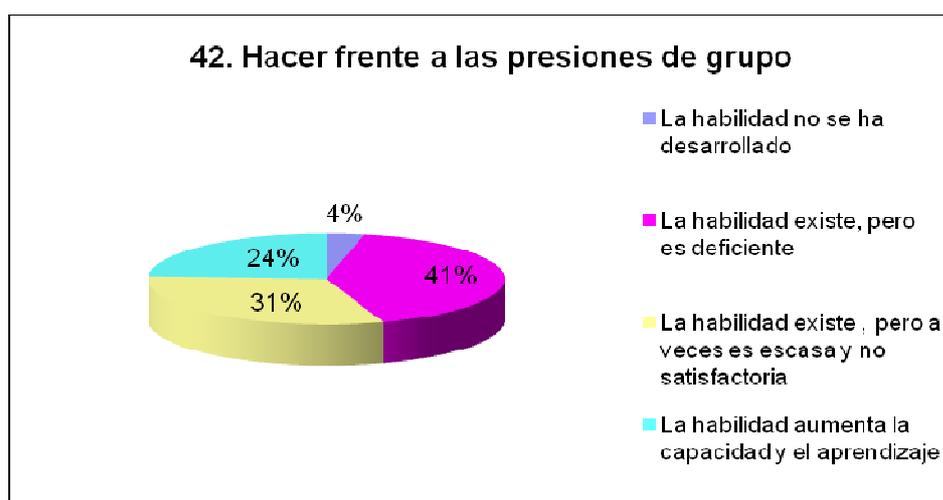
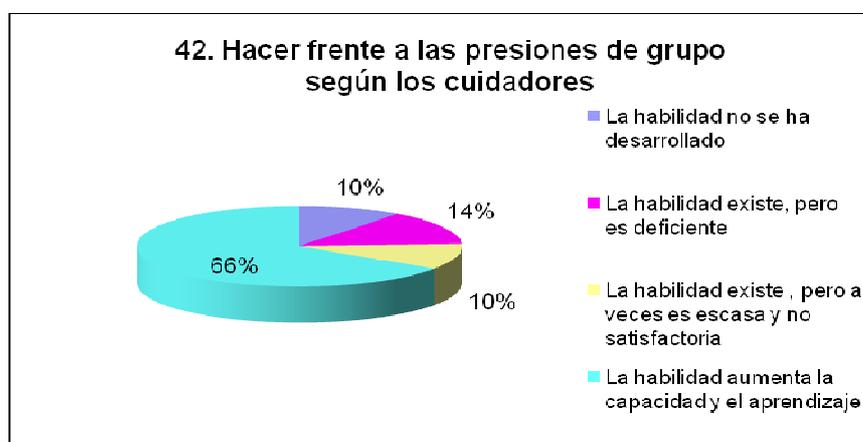


Tabla No 110 Hacer frente a las presiones de grupos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	3	10%
La habilidad existe, pero es deficiente	4	14%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	3	10%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	19	66%
	29	100%

Gráfica No 103. Hacer frente a las presiones de grupos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Ante la pregunta sobre la habilidad para hacer frente a las presiones de grupo, los pacientes afirman en un 41%(12) que la habilidad existe pero es deficiente; seguido de un 31%(9) que asegura que la habilidad existe pero que ésta a veces es escasa y no satisfactoria y el 24%(7) de estos consideran que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje. Los cuidadores aseguran que 66%(19) de sus pacientes poseen la habilidad y que ésta aumenta la capacidad y el aprendizaje; un 14%(4) dicen que la habilidad existe pero es deficiente; un 10%(3)

expresan que la habilidad existe pero es escasa y no satisfactoria, al igual que otro 10%(3) que señala que la habilidad aún no se desarrolla.

8.4.6. GRUPO VI. Habilidades de planificación

8.4.6.1. Tomar iniciativas

Tabla No 111 Tomar iniciativas. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	2	7%
La habilidad existe, pero es deficiente	4	14%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	14	48%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	9	31%
	29	100%

Gráfica No 104. Tomar iniciativas. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

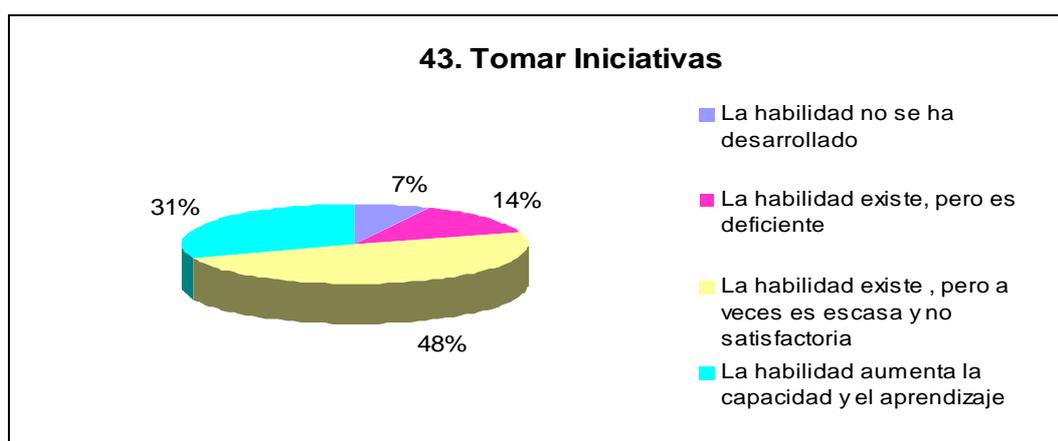
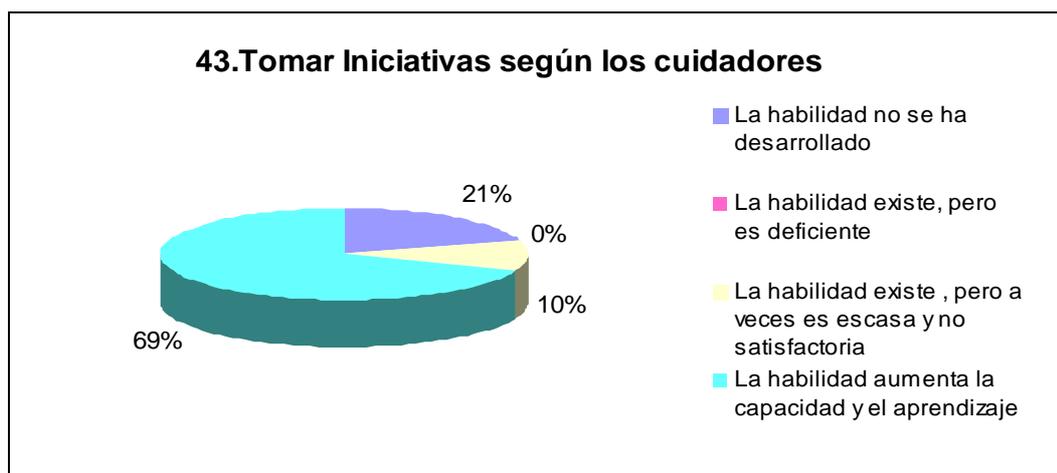


Tabla No 112 Tomar iniciativas según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	6	21%
La habilidad existe, pero es deficiente	0	0%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	3	10%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	20	69%
	29	100%

Gráfica No 105. Tomar iniciativas según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar por la habilidad de tomar iniciativas, el 48% (14) de los 29 pacientes dicen que la habilidad existe, pero es escasa y no satisfactoria; el 14% afirman que la habilidad es deficiente; el 31% dicen que dicha habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje, mientras que en el 7% corroboran que la habilidad aún no se ha desarrollado. Los cuidadores coinciden que el 21%(6) de sus pacientes no han desarrollado la habilidad de responder a una queja; el 10% contestan que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria; el 69% indican que

esta habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje y los cuidadores hablan que en ninguno de sus pacientes existe dicha habilidad.

8.4.6.2. Discernir sobre la causa de un problema

Tabla No 113 Discernir sobre la causa de un problema. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	7	24%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	11	38%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	11	38%
	29	100%

Gráfica No 106. Discernir sobre la causa de un problema. - Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

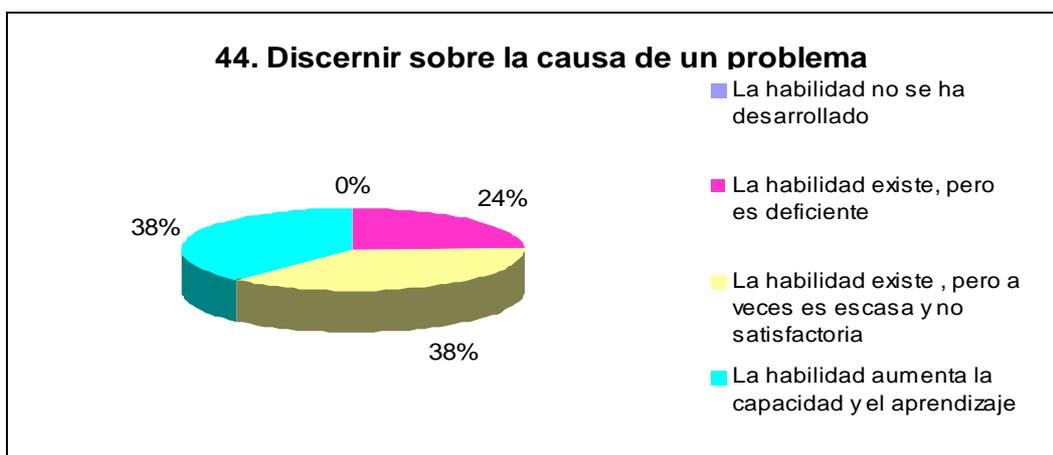
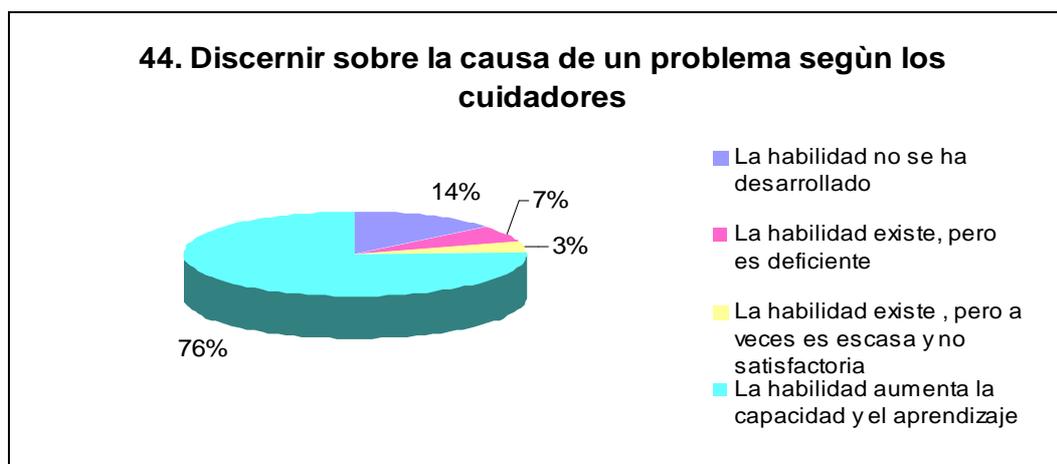


Tabla No 114 Discernir sobre la causa de un problema según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	4	14%
La habilidad existe, pero es deficiente	2	7%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	1	3%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	22	76%
	29	100%

Gráfica No 107. Discernir sobre la causa de un problema según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Con respecto a la habilidad de discernir sobre la causa de un problema, los pacientes indican que el 38%(11) poseen la habilidad pero a veces es escasa y no satisfactoria; otro 38%(11) plantean que dicha habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; mientras que el 24%(7) dicen que la habilidad aunque existe es deficiente. Los cuidadores señalan que el 14%(4) de los pacientes aún no han desarrollado la habilidad; el 7%(2) apuntan que han desarrollado la habilidad pero

en forma deficiente; el 3%(1) comentan que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria y un 76%(22) especifican que dicha habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje.

8.4.6.3. Establecer un objetivo

Tabla No 115 Establecer un objetivo. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	3	10%
La habilidad existe, pero es deficiente	7	24%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	10	34%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	9	31%
	29	100%

Gráfica No 108. Establecer un objetivo. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

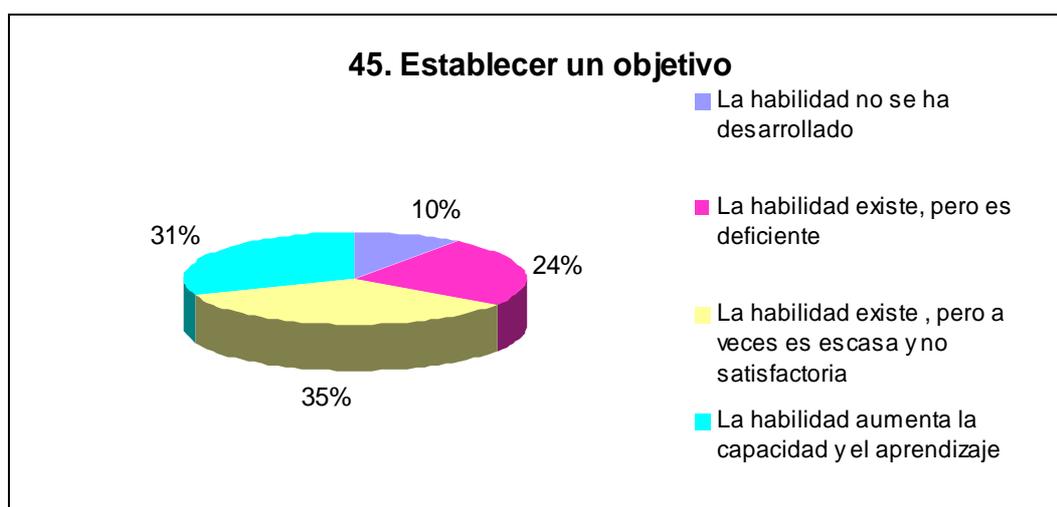
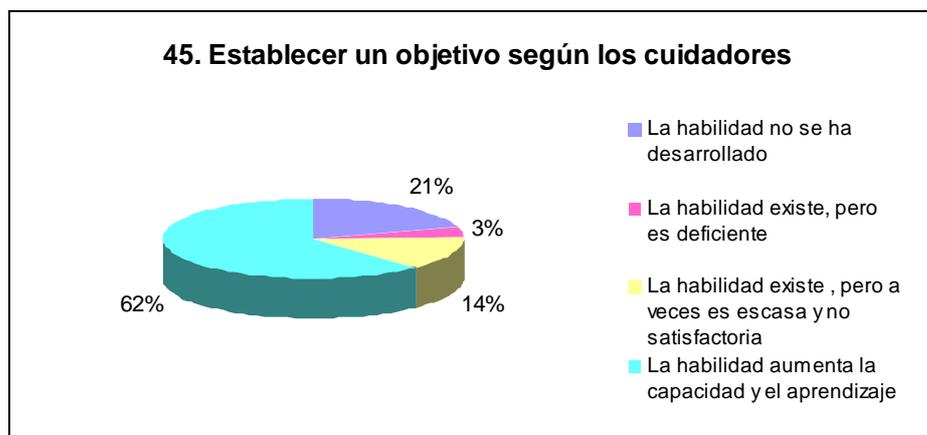


Tabla No 116 Establecer un objetivo según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	6	21%
La habilidad existe, pero es deficiente	1	3%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	4	14%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	18	62%
	29	100%

Gráfica No 109. Establecer un objetivo según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al interrogar por la habilidad de establecer un objetivo, el 34%(10) poseen la habilidad pero a veces es escasa y poco satisfactoria; el 24%(7) dicen que dicha habilidad es deficiente; el 31%(9) afirman que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; mientras que el 10%(3) aún no la desarrollan. Los cuidadores comentan que el 21%(6) de sus pacientes todavía no desarrollan la habilidad de establecer un objetivo; el 3%(1) dicen que han desarrollado la habilidad pero en forma deficiente; el 14%(4) revelan que la habilidad existe pero a veces es

escasa y no satisfactoria y el 62%(18) de los pacientes aseguran que la tal habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje.

8.4.6.4. Recoger información

Tabla No 117 Recoger información. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	5	17%
La habilidad existe, pero es deficiente	6	21%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	8	28%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	10	34%
	29	100%

Gráfica No 110. Recoger información. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

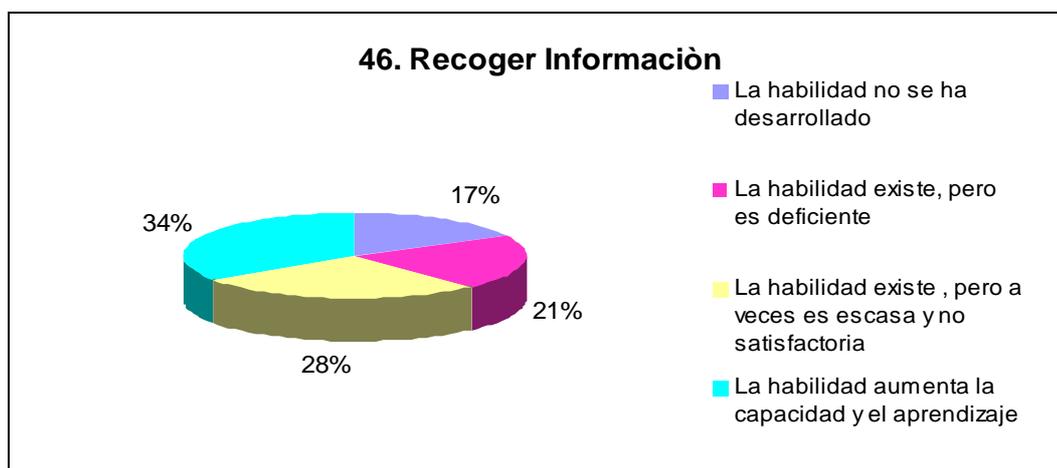
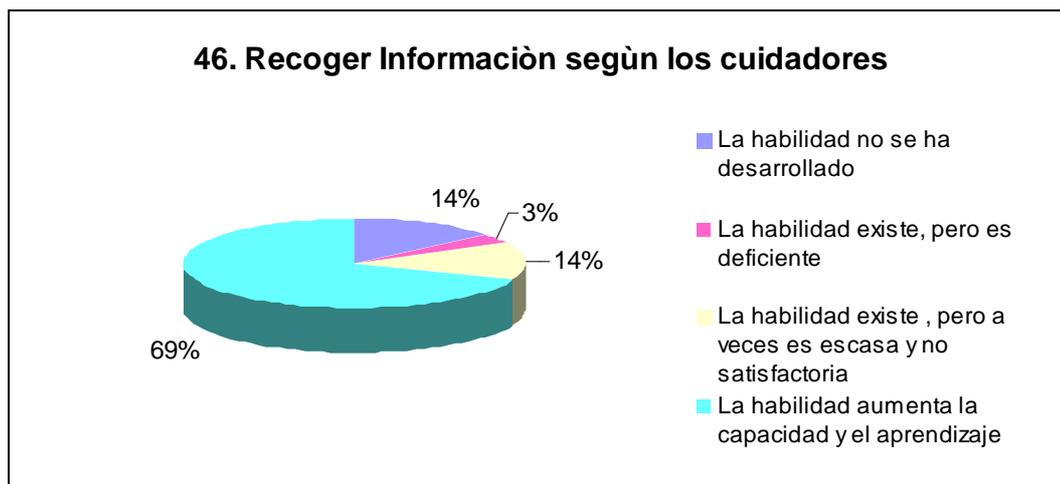


Tabla No 118 Recoger información según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	4	14%
La habilidad existe, pero es deficiente	1	3%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	4	14%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	20	69%
	29	100%

Gráfica No 111. Recoger información según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al interrogar sobre la habilidad de recoger información, los pacientes contestaron 28%(8) poseen la habilidad para recoger información, pero a veces es escasa y poco satisfactoria; el 21%(6) dicen que dicha habilidad es deficiente; el 34%(10) afirman que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; mientras que el 17%(5) aún no la desarrollan. En el grupo de cuidadores, el 14%(4) de ellos contestaron que no han desarrollado dicha habilidad; el 3%(1) afirman han desarrollado la habilidad pero en forma deficiente; el 14%(4) señalan que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria. Los cuidadores afirman

que el 69%(20) aumentan la capacidad y el aprendizaje con esta habilidad; un 3%(1) dicen que la habilidad existe pero en forma deficiente; el 14%(4) hablan que poseen la habilidad en forma escasa pero no es satisfactoria al igual que otro 14%(4) que no han desarrollado la habilidad.

8.4.6.5. Resolver los problemas según su importancia

Tabla No 119 Resolver los problemas según su importancia. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	4	14%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	12	41%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	13	45%
	29	100%

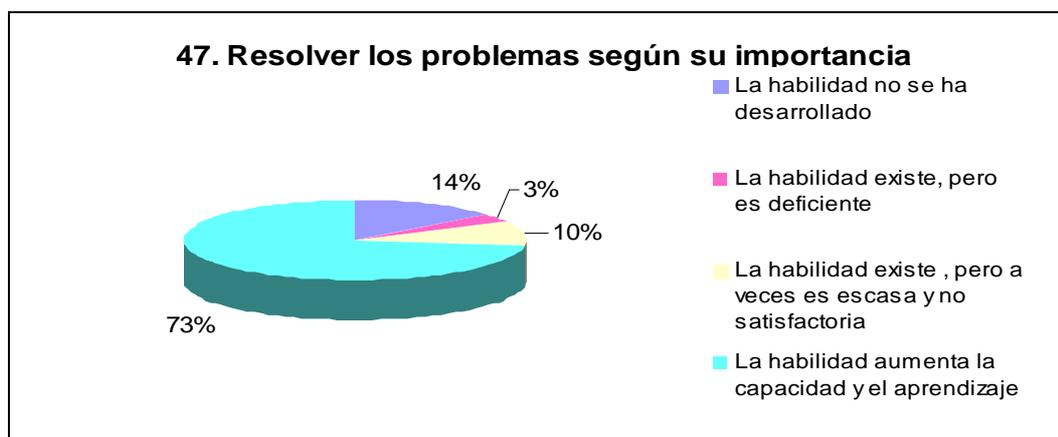
Gráfica No 112. Resolver los problemas según su importancia. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Tabla No 120 Resolver los problemas según su importancia según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	4	14%
La habilidad existe, pero es deficiente	1	3%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	3	10%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	21	72%
	29	100%

Gráfica No 113. Resolver los problemas según su importancia según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al cuestionar sobre la habilidad de resolver los problemas según su importancia, el 41%(12) de los pacientes poseen la habilidad pero a veces es escasa y poco satisfactoria; el 14%(4) dicen que dicha habilidad es deficiente; el 45%(13) afirman que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje. Según los cuidadores el 14%(4) de los pacientes manifiestan que no han desarrollado la habilidad; el 3%(1) de los pacientes han desarrollado esta habilidad pero en forma deficiente; un 10%(3) contestan que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria

y el 72%(21) coinciden en que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje.

8.4.6.6. Tomar una decisión

Tabla No 121 Tomar una decisión. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	3	10%
La habilidad existe, pero es deficiente	8	28%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	7	24%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	11	38%
	29	100%

Gráfica No 114. Tomar una decisión. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

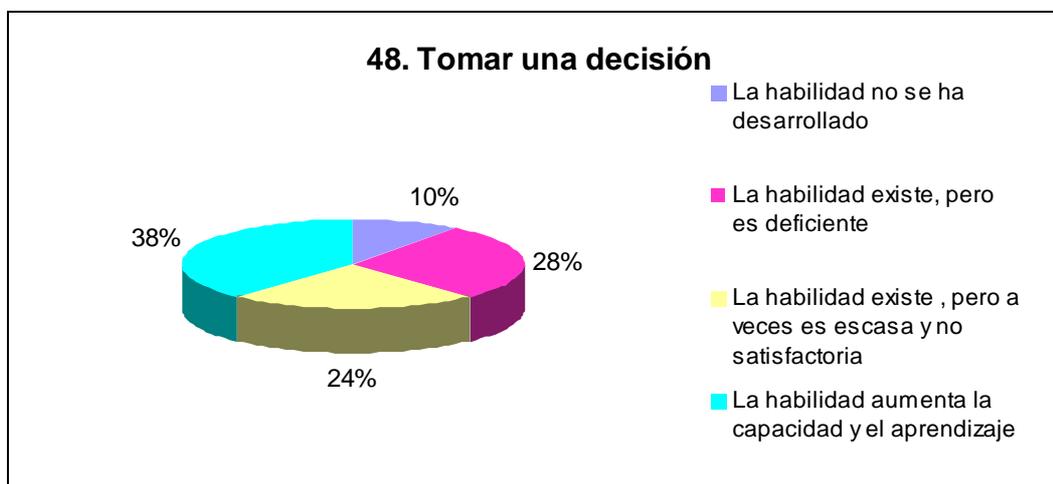
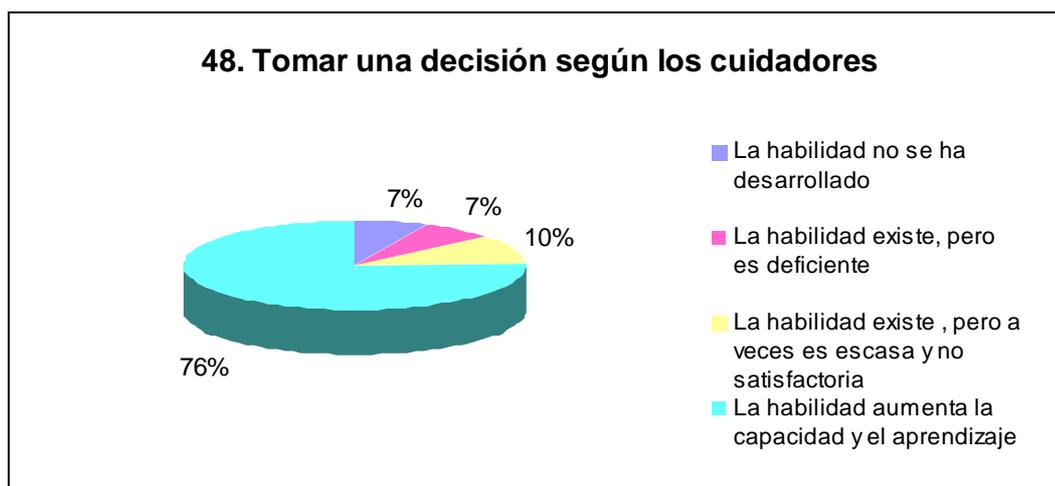


Tabla No 122 Tomar una decisión según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	2	7%
La habilidad existe, pero es deficiente	2	7%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	3	10%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	22	76%
	29	100%

Gráfica No 115. Tomar una decisión según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Con respecto a la habilidad de tomar una decisión, el 24%(7) de los pacientes contestan que poseen la habilidad pero a veces es escasa y poco satisfactoria; el 28%(8) dicen que dicha habilidad es deficiente; el 38%(11) afirman que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje; mientras que el 10%(3) todavía no desarrollan la habilidad. Según los cuidadores el 7%(2) de los pacientes no han desarrollado la habilidad; el 7%(2) indican que han desarrollado la habilidad pero en forma deficiente; el 10%(3) afirman que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria y el 76%(22) afirman que esta habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje.

8.4.6.7. Concentrarse en una tarea

Tabla No 123 Concentrarse en una tarea. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	0	0%
La habilidad existe, pero es deficiente	6	21%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	8	28%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	15	52%
	29	100%

Gráfica No 116. Concentrarse en una tarea. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

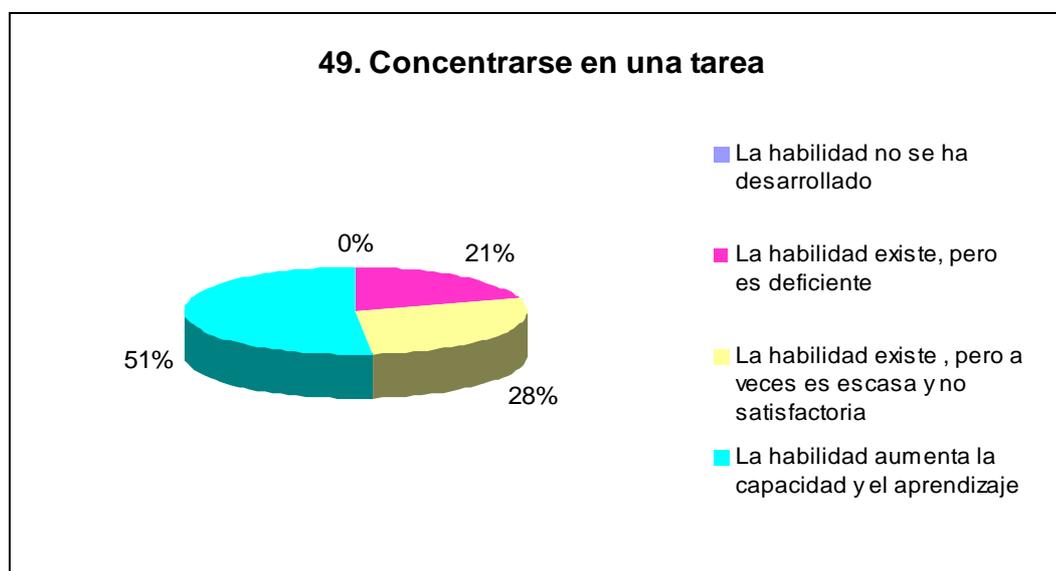
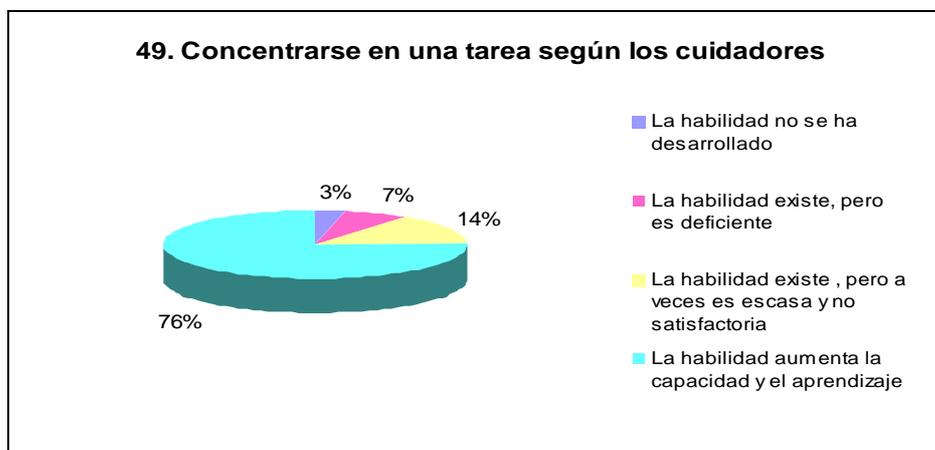


Tabla No 124 Concentrarse en una tarea según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
La habilidad no se ha desarrollado	1	3%
La habilidad existe, pero es deficiente	2	7%
La habilidad existe , pero a veces es escasa y no satisfactoria	4	14%
La habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje	22	76%
	29	100%

Gráfica No 117. Concentrarse en una tarea según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al explorar por la habilidad de concentrarse en una tarea según su importancia, el 28%(8) de los pacientes mencionan que poseen la habilidad pero a veces está es escasa y poco satisfactoria; el 21%(6) dicen que dicha habilidad es deficiente y el 52%(15) afirman que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje. Según el grupo de cuidadores refieren que el 3%(1) de los pacientes no han desarrollado la habilidad; el 7%(2) indican que han desarrollado pero en forma deficiente; el

14%(4) manifiestan que la habilidad existe pero a veces es escasa y no satisfactoria y un 76%(22) informan que la habilidad aumenta la capacidad y el aprendizaje.

8.5. EVALUACIÓN EN ABC Y AVD

Las actividades básicas cotidianas (ABC) incluye: Higiene, Alimentación, Vestido. Las actividades de la vida diaria (AVD) se refieren al nivel de autonomía para la participación en actividades en la institución y aquellas que se requieren para el desempeño de forma independiente a nivel social.

8.5.1. Movilización

8.5.1.1. Camina por sus propios medios

Tabla No 125 Camina por sus propios medios. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 118. Camina por sus propios medios. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

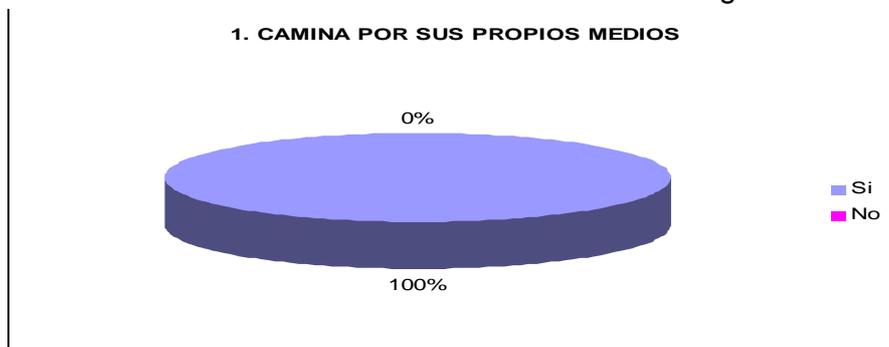


Tabla No 126 Camina por sus propios medios según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 119. Camina por sus propios medios según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al interrogar sobre la habilidad de camina por sus propios medios tanto pacientes como cuidadores coinciden en afirmar que un 100%(29) lo hacen.

8.5.1.2. Camina con ayudas ortopedicas

Tabla No 127 Camina con ayudas ortopédicas. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	1	3%
No	28	97%
	29	100%

Gráfica No 120. Camina con ayudas ortopédicas. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

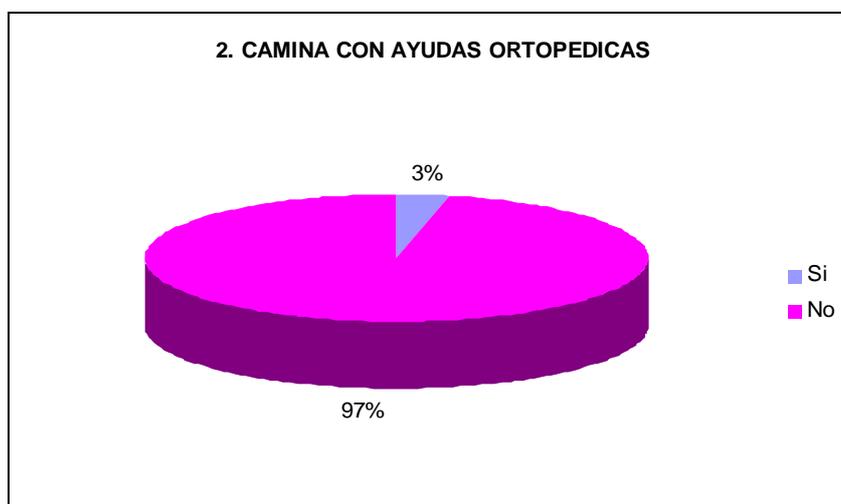


Tabla No 128 Camina con ayudas ortopédicas según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	1	3%
No	28	97%
	29	100%

Gráfica No 121. Camina con ayudas ortopédicas según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al preguntar por la habilidad camina con ayudas ortopédicas, tanto pacientes como cuidadores coinciden en afirmar que un 97%, no las utilizan, contra un 3% que necesita valerse de ayudas ortopédicas para su desplazamiento.

8.5.1.3. Utiliza transporte

Tabla No 129 Utiliza transporte según los pacientes. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	22	76%
No	7	24%
	29	100%

Gráfica No 122. Utiliza transporte según los pacientes. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

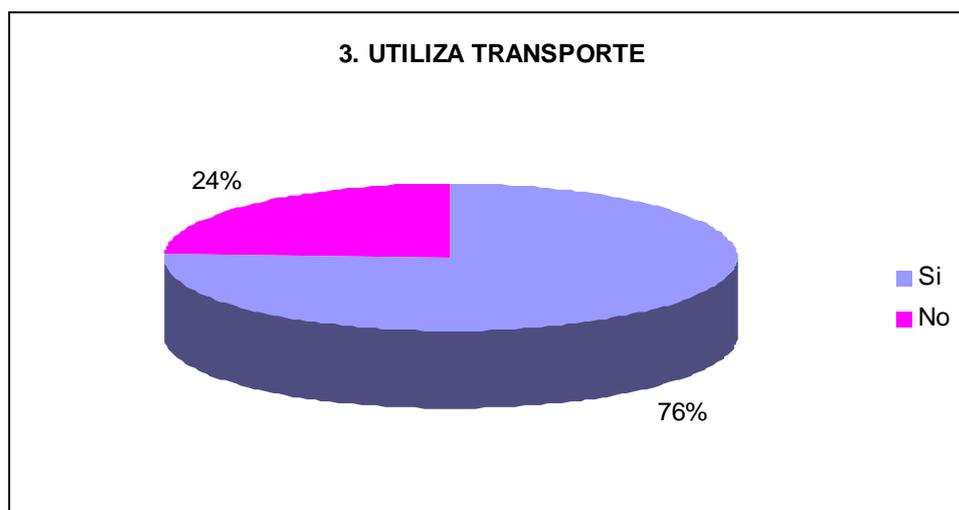
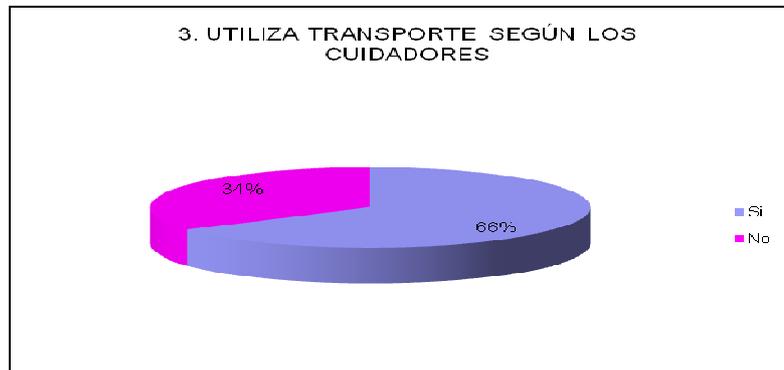


Tabla No 130 Utiliza transporte según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	19	66%
No	10	34%
	29	100%

Gráfica 123. Utiliza transporte según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al interrogar por la habilidad utiliza transporte, se presentan grandes diferencias entre las respuestas de los pacientes y sus cuidadores, ya que el 76% de los pacientes afirman utilizar adecuadamente el transporte, y el 24% no, sin embargo, los cuidadores afirman que sólo el 66% de los pacientes utiliza transporte.

8.5.1.4. Se desplaza a lugares como casa-institución

Tabla No 131 Se desplaza a lugares como casa institución. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	24	83%
No	5	17%
	29	100%

Gráfica No 124. Se desplaza a lugares como casa institución. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

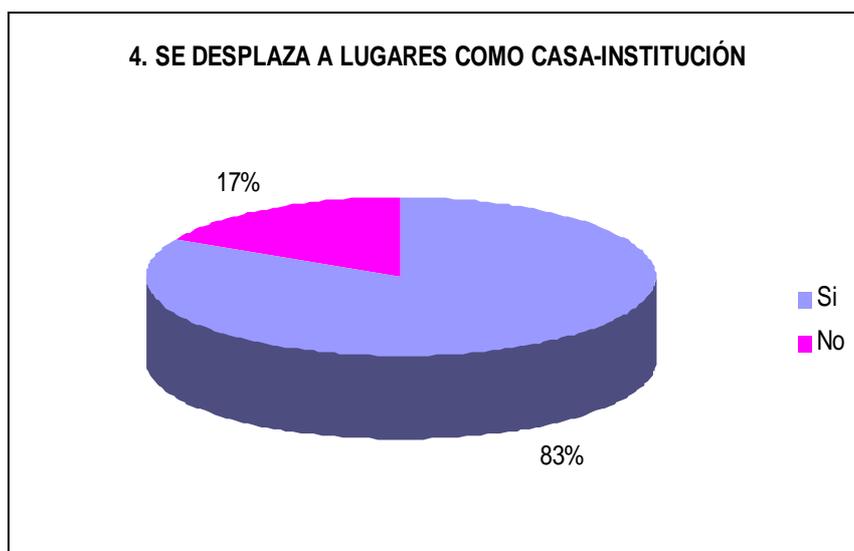
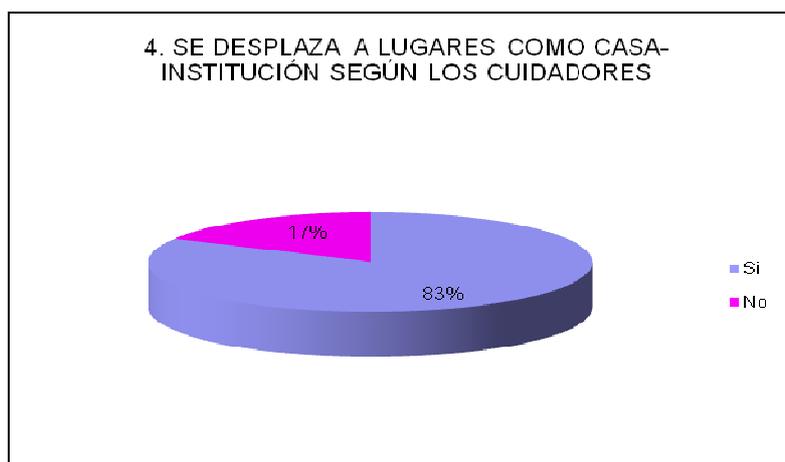


Tabla No 132 Se desplaza a lugares como casa - institución según cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	24	83%
No	5	17%
	29	100%

Gráfica No 125. Se desplaza a lugares como casa - institución según cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar por la habilidad se desplaza a lugares como casa- institución, tanto los pacientes como los cuidadores concuerdan que el 83%(24) si se desplazan a estos lugares mientras que el 17%(5) no lo hacen.

8.5.1.5. Se desplaza a lugares como supermercados

Tabla No 133 Se desplaza a lugares como supermercados. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	24	83%
No	5	17%
	29	100%

Gráfica No 126. Se desplaza a lugares como supermercados. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

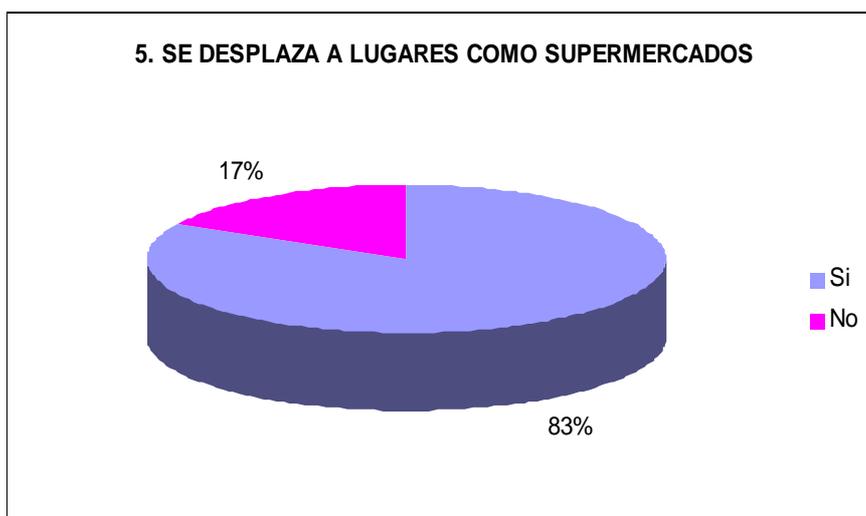


Tabla No 134 Se desplaza a lugares como supermercados según cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	21	72%
No	8	28%
	29	100%

Gráfica No 127. Se desplaza a lugares como supermercados según cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al interrogar por la habilidad se desplaza a lugares como supermercados, los pacientes comentan que el 72%(21) si se desplazan mientras que el 28%(8) no lo hacen. Los cuidadores comentan que el 83%(24) de los pacientes se desplazan solos y el 17%(5) no se trasladan solos a estos lugares.

8.5.1.6. Se desplaza a lugares como templos religiosos

Tabla No 135 Se desplaza a lugares como templos religiosos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	24	83%
No	5	17%
	29	100%

Gráfica No 128. Se desplaza a lugares como templos religiosos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

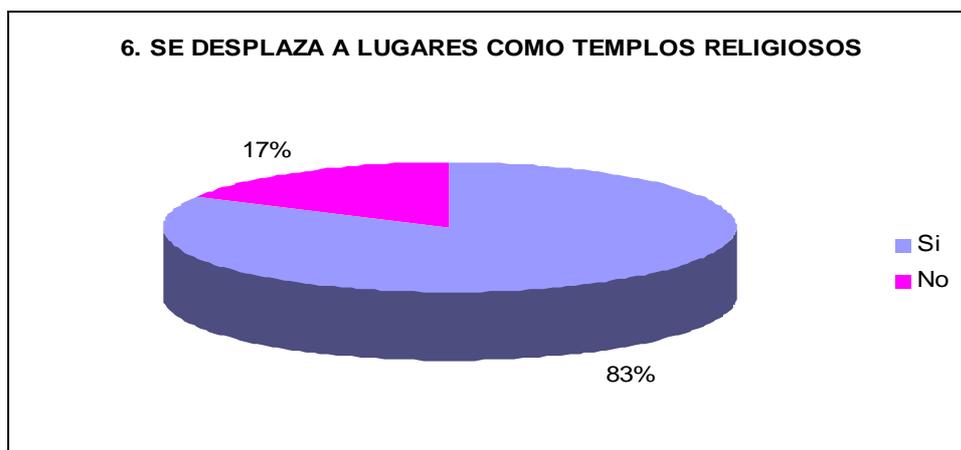


Tabla No 136 Se desplaza a lugares como templos religiosos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	23	79%
No	6	21%
	29	100%

Gráfica No 129. Se desplaza a lugares como templos religiosos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al cuestionar por la habilidad se desplaza a lugares como templos religiosos, los pacientes contestan que el 83%(24) salen a estos lugares y el 17%(5) no lo hacen solos. Los cuidadores revelan que el 79%(23) de los pacientes se trasladan solos mientras que un 21%(6) no.

8.5.1.7. Se desplaza a lugares como parques

Tabla No 137 Se desplaza a lugares como parques. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	25	86%
No	4	14%
	29	100%

Gráfica No 130. Se desplaza a lugares como parques. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

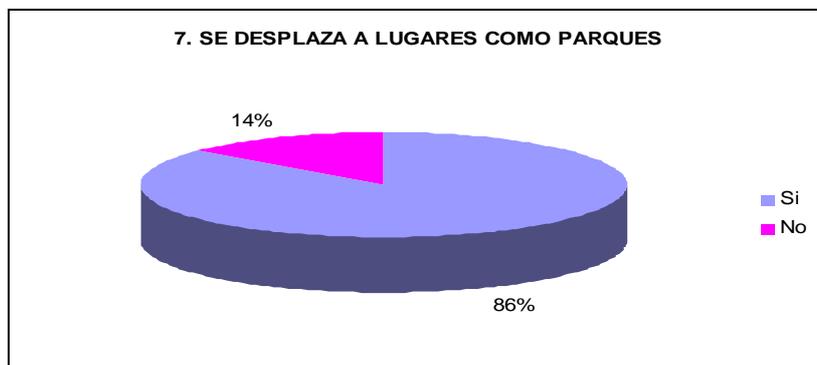


Tabla No 138 Se desplaza a lugares como parques según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	22	76%
No	7	24%
	29	100%

Gráfica No 131. Se desplaza a lugares como parques según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al preguntar por la habilidad se desplaza a lugares como parques, los pacientes dicen que el 86%(25) se desplazan solos a los parques y un 14%(4) contestan que no. Dentro del grupo de cuidadores, el 76%(22) manifiestan que salen a los parques mientras que el 14%(7) necesitan compañía para salir al parque.

8.5.2. Higiene

8.5.2.1. Necesidades sanitarias

8.5.2.1.1. Se sienta y se levanta del inodoro

Tabla No 139 Se sienta y se levanta del inodoro. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 132. Se sienta y se levanta del inodoro. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Tabla No 140 Se sienta y se levanta del inodoro según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 133. Se sienta y se levanta del inodoro según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al explorar por la habilidad se sienta y se levanta del inodoro, tanto pacientes como cuidadores afirman que el 100%(29) lo hacen de manera individual.

8.5.2.1.2. Usa el papel higiénico

Tabla No 141 Usa el papel higiénico. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 134. Usa el papel higiénico. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

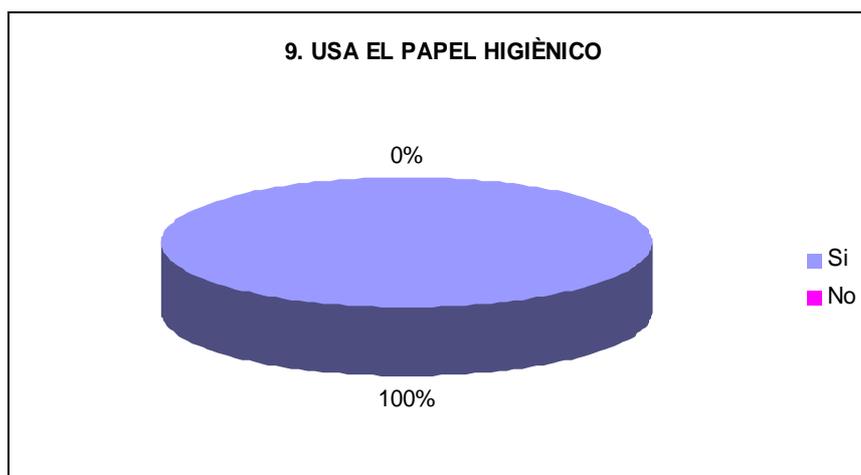


Tabla No 142 Usa el papel higiénico según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 135. Usa el papel higiénico según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar por la habilidad usa el papel higiénico, tanto pacientes como cuidadores afirman que el 100%(29) lo hacen de manera individual.

8.5.2.1.3. Vacía el inodoro

Tabla No 143 Vacía el inodoro. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 136. Vacía el inodoro. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

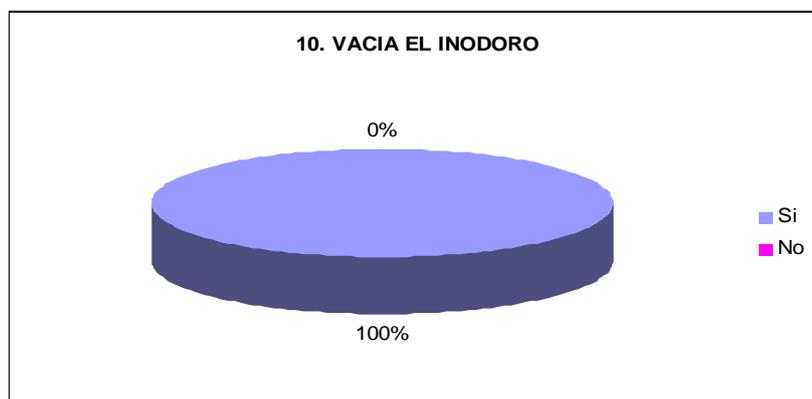


Tabla No 144 Vacía el inodoro según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 137. Vacía el inodoro según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al cuestionar por la habilidad vacía el inodoro, tanto pacientes como cuidadores afirman que el 100%(29) lo hacen de manera individual.

8.5.2.2. Baño

8.5.2.2.1. Entra y sale de la ducha

Tabla No 145 Entra y sale de la ducha. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 138. Entra y sale de la ducha. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Tabla No 146 Entra y sale de la ducha según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 139. Entra y sale de la ducha según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al preguntar por la habilidad entra y sale de la ducha, tanto pacientes como cuidadores afirman que el 100%(29) lo hacen de manera individual.

8.5.2.2.2. Utiliza el jabón

Tabla No 147 Utiliza el jabón. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 140. Utiliza el jabón. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

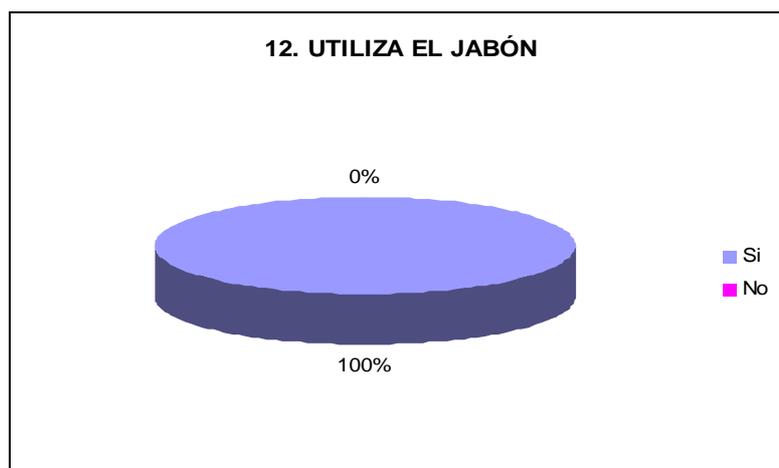


Tabla No 148 Utiliza el Jabón según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 141. Utiliza el jabón. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al interrogar por la habilidad utiliza el jabón, tanto pacientes como cuidadores afirman que el 100%(29) lo hacen de manera individual.

8.5.2.2.3. Maneja llaves de la ducha

Tabla No 149 Maneja llaves de la ducha. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 142. Maneja llaves de la ducha. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

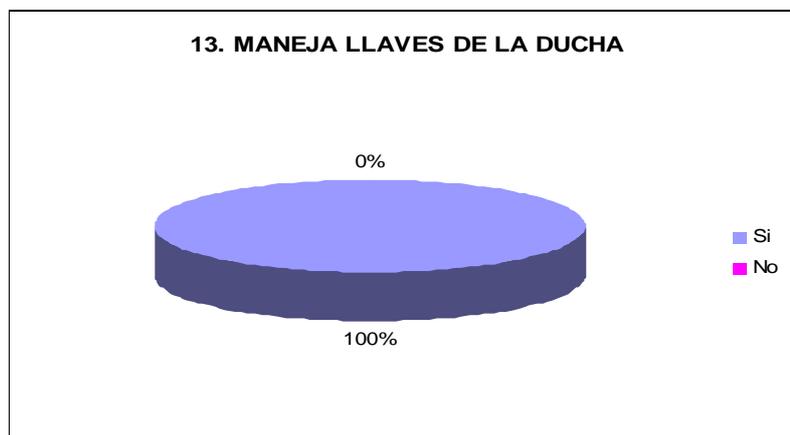
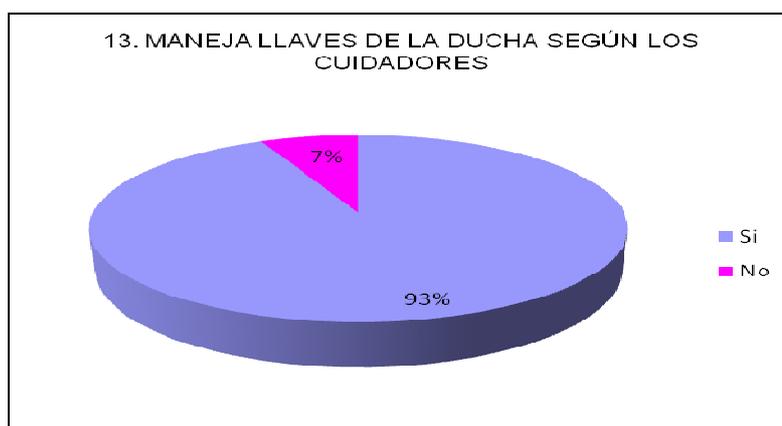


Tabla No 150 Maneja llaves de la ducha según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	27	93%
No	2	7%
	29	100%

Gráfica No 143. Maneja llaves de la ducha según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al preguntar por la habilidad maneja llaves de la ducha, el 100%(29) de los pacientes contestaron afirmativamente y los cuidadores afirman que el 93%(27) si las manejan mientras que el 7%(2) necesita ayuda.

8.5.2.2.4. Se lava el cabello

Tabla No 151 Se lava el cabello. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 144. Se lava el cabello. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

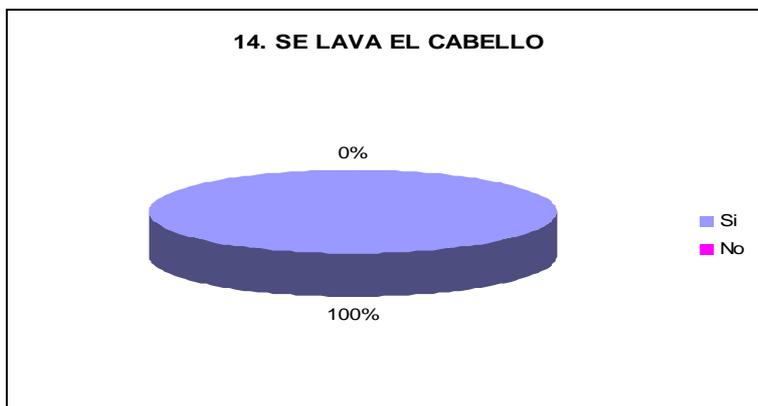
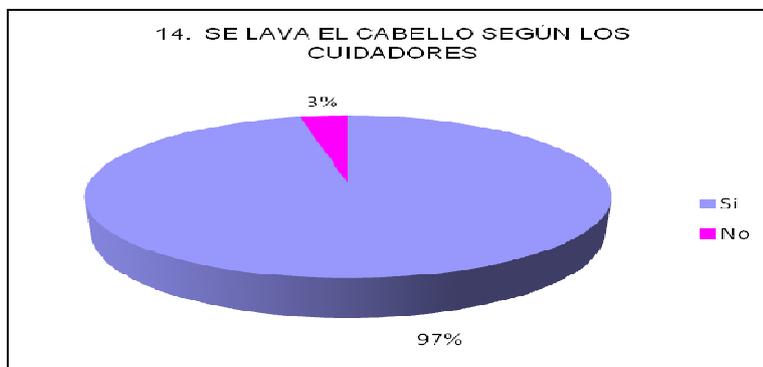


Tabla No 152 Se lava el cabello según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	28	97%
No	1	3%
	29	100%

Gráfica No 145. Se lava el cabello según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al cuestionar por la habilidad se lava el cabello, el 100%(29) de los pacientes contestaron positivamente y los cuidadores aseguran que un 97%(28) se lava el pelo mientras que el 3%(1) necesita ayuda.

8.5.2.2.5. Se lava el cuerpo

Tabla No 153 Se lava el cuerpo. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 146. Se lava el cuerpo. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Tabla No 154 Se lava el cuerpo según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 147. Se lava el cuerpo según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al interrogar por la habilidad se lava el cuerpo, tanto pacientes como cuidadores afirman que el 100%(29) lo hacen de manera individual.

8.5.2.2.6. Se seca el cuerpo

Tabla No 155 Se seca el cuerpo. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 148. Se seca el cuerpo. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

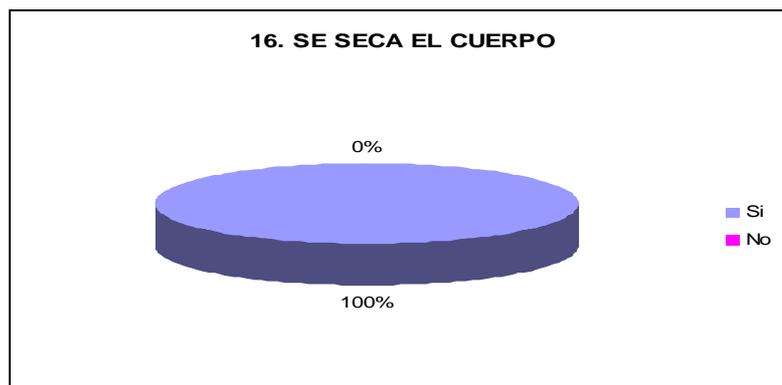
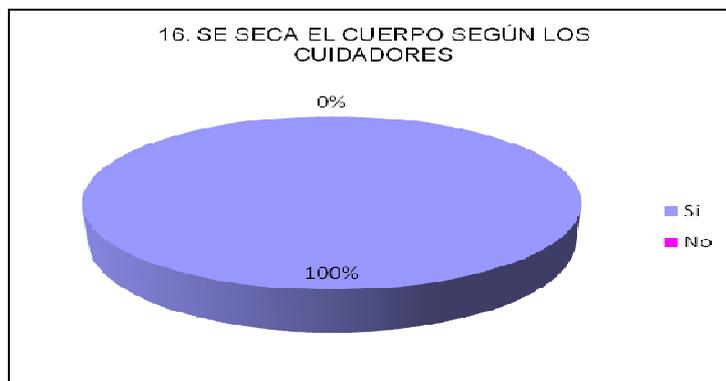


Tabla No 156 Se seca el cuerpo según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 149. Se seca el cuerpo según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al preguntar por la habilidad se seca el cuerpo, tanto pacientes como cuidadores informan que el 100%(29) lo hacen de manera individual.

8.5.2.2.7. Se seca el cabello

Tabla No 157 Se seca el cabello. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	26	90%
No	3	10%
	29	100%

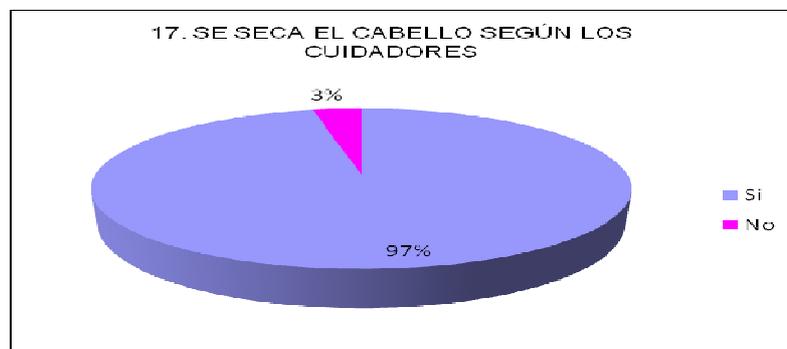
Gráfica No 150. Se seca el cabello. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Tabla No 158 Se seca el cabello según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	28	97%
No	1	3%
	29	100%

Gráfica No 151. Se seca el cabello según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al preguntar por la habilidad se seca el cabello, los pacientes expresan que el 90%(26) si lo hacen y un 10%(3) contestan que no. Dentro del grupo de cuidadores, el 97%(28) manifiestan que poseen esta habilidad mientras que el 3%(1) carecen de esta habilidad.

8.5.2.2.8. Utiliza desodorante

Tabla No 159 Utiliza desodorante. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	28	97%
No	1	3%
	29	100%

Gráfica No 152. Utiliza desodorante. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Tabla No 160 Utiliza desodorante según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 153. Utiliza desodorante según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al explorar por la habilidad utiliza desodorante, el 97%(28) de los pacientes apuntan que si poseen dicha habilidad mientras que el 3%(1) no; por lo tanto los cuidadores señalan que el 100%(29) si utilizan desodorante.

8.5.3. Cuidado personal

8.5.3.1. Se cepilla los dientes

Tabla No 161 Se cepilla los dientes. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 154. Se cepilla los dientes. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

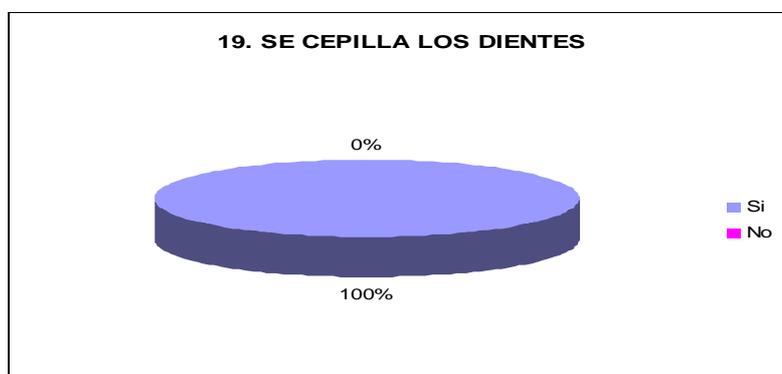


Tabla No 162 Se cepilla los dientes según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 155. Se cepilla los dientes según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al investigar por la habilidad se cepilla los dientes, tanto pacientes como cuidadores informan que el 100%(29) lo hacen solos.

8.5.3.2. Se lava las manos

Tabla No 163 Se lava las manos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 156. Se lava las manos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Tabla No 164 Se lava las manos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 157. Se lava las manos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al cuestionar tanto a pacientes como a cuidadores por la habilidad se cepilla los dientes, los dos grupos coinciden que el 100%(29) lo hacen solos.

8.5.3.3. Se lava la cara

Tabla No 165 Se lava la cara. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 158. Se lava la cara. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Tabla No 166 Se lava la cara según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 159. Se lava la cara según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al preguntar por la habilidad se lava la cara, tanto pacientes como cuidadores informan que el 100%(29) si lo hacen.

8.5.3.4. Se peina

Tabla No 167 Se peina. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	28	97%
No	1	3%
	29	100%

Gráfica No 160. Se peina. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

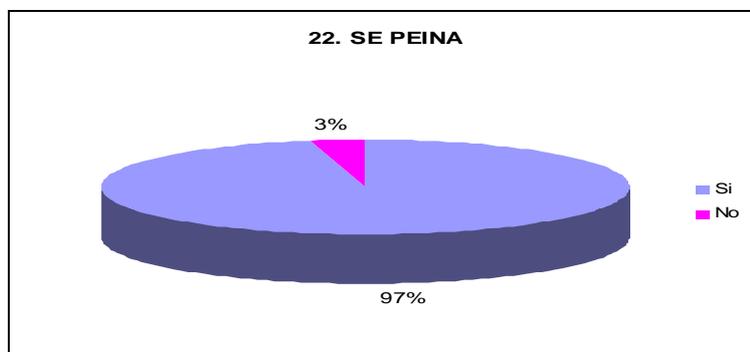
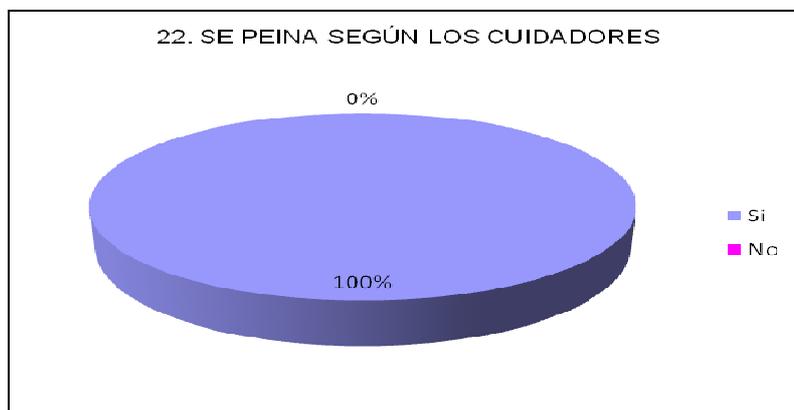


Tabla No 168 Se peina según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 161. Se peina según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al interrogar por la habilidad se peina, el 97%(28) de los pacientes contestan que si poseen dicha habilidad mientras que el 3%(1) no la tienen; en tanto los cuidadores señalan que el 100%(29) se peinan solos.

8.5.3.5. Se corta y limpia las uñas

Tabla No 169 Se corta y limpia las uñas. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	22	76%
No	7	24%
	29	100%

Gráfica No 162. Se corta y limpia las uñas. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Tabla No 170 Se corta y limpia las uñas según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	22	76%
No	7	24%
	29	100%

Gráfica No 163. Se corta y limpia las uñas según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar por la habilidad se corta y se limpia las uñas, tanto pacientes como cuidadores refieren que el 76%(22) lo hacen solos mientras que el restante 7%(7) necesitan de ayuda.

8.5.3.6. Se administra sus medicamentos

Tabla No 171 Se administra sus medicamentos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	21	72%
No	8	28%
	29	100%

Gráfica No 164. Se administra sus medicamentos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

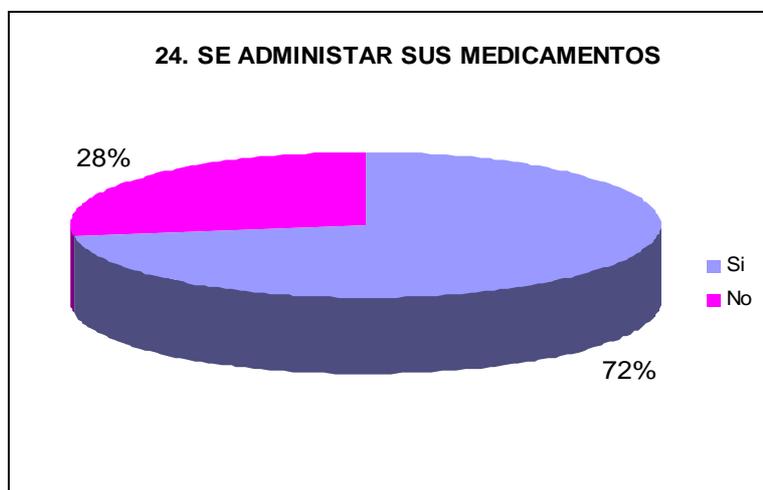


Tabla No 172 Se administra sus medicamentos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	23	79%
No	6	21%
	29	100%

Gráfica No 165. Se administra sus medicamentos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al preguntar por la habilidad se administra sus medicamentos, los pacientes expresan que el 72%(21) lo hacen solos y un 28%(8) informan que otra persona se los administra. Dentro del grupo de cuidadores, el 79%(23) manifiestan que poseen esta habilidad mientras que el 21%(6) carecen de esta habilidad.

8.5.3.7. Se maquilla

Tabla No 173 Se maquilla. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	5	17%
No	24	83%
	29	100%

Gráfica No 166. Se maquilla. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

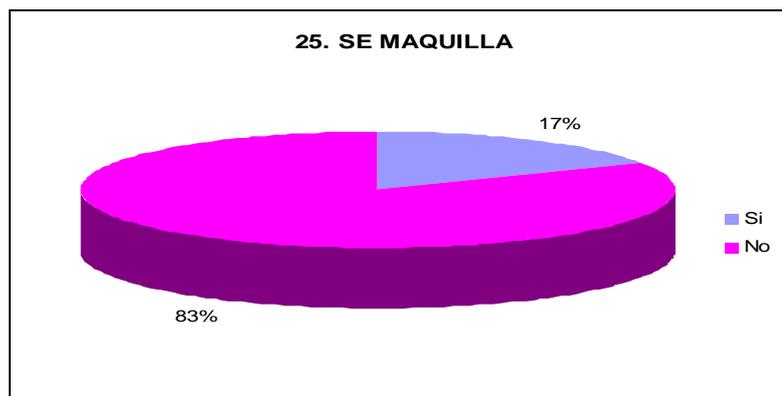
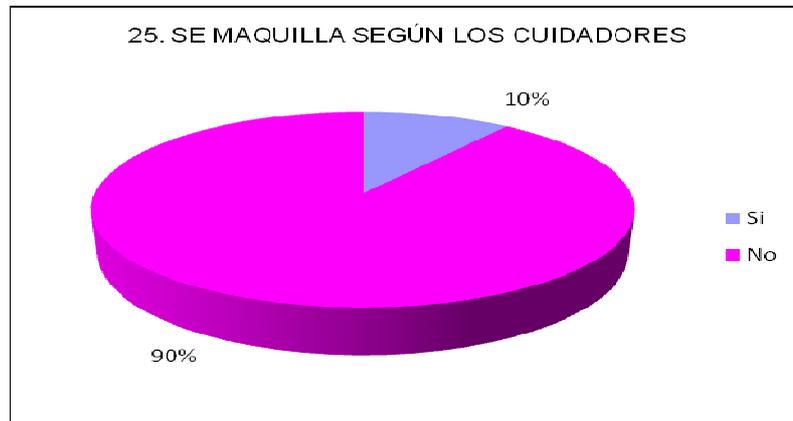


Tabla No 174 Se maquilla según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	3	10%
No	26	90%
	29	100%

Gráfica No 167. Se maquilla según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al explorar por la habilidad se maquilla, los pacientes expresan que el 83%(24) no se maquillan y un 17%(5) informan que en repetidas ocasiones lo hacen . Dentro del grupo de cuidadores, el 90%(26) manifiestan no maquillarse mientras que el 10%(3) si poseen esta habilidad.

8.5.4. Vestido

8.5.4.1. Se quita y se pone ropa interior

Tabla No 175 Se quita y se pone ropa interior. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 168. Se quita y se pone ropa interior. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

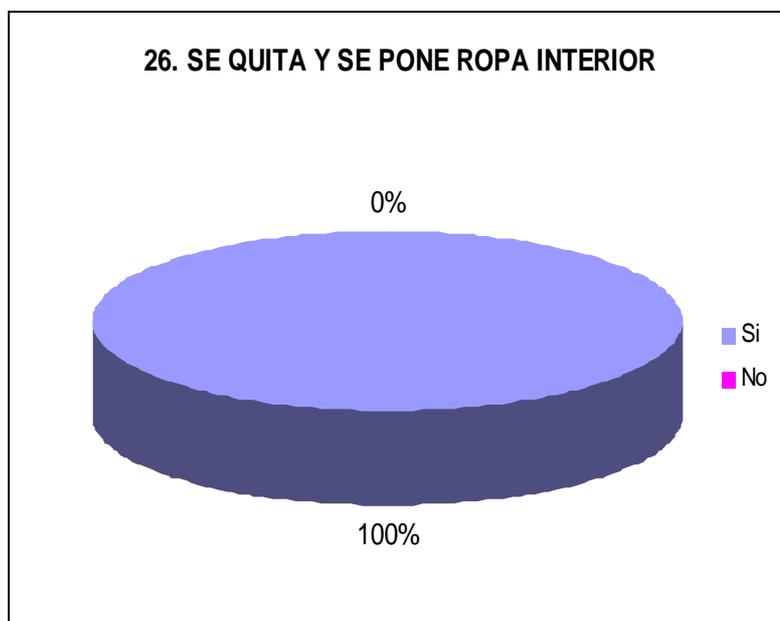


Tabla No 176 Se quita y se pone ropa interior según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 169. Se quita y se pone ropa interior según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al preguntar por la habilidad se quita y se pone ropa interior tanto pacientes como cuidadores informan que el 100%(29) lo hacen.

8.5.4.2. Se quita y se pone medias

Tabla No 177 Se quita y se pone medias. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

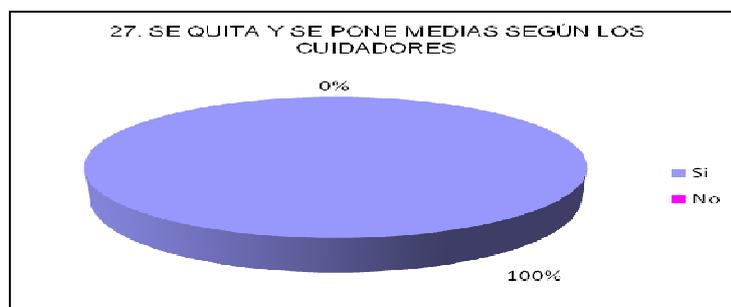
Gráfica No 170. Se quita y se pone medias. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Tabla No 178 Se quita y se pone medias según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 171. Se quita y se pone medias según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al investigar por la habilidad se quita y se pone medias, tanto pacientes como cuidadores informan que el 100%(29) lo hacen de manera individual.

8.5.4.3. Se quita y se pone vestidos

Tabla No 179 Se quita y se pone vestidos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	23	79%
No	6	21%
	29	100%

Gráfica No 172. Se quita y se pone vestidos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

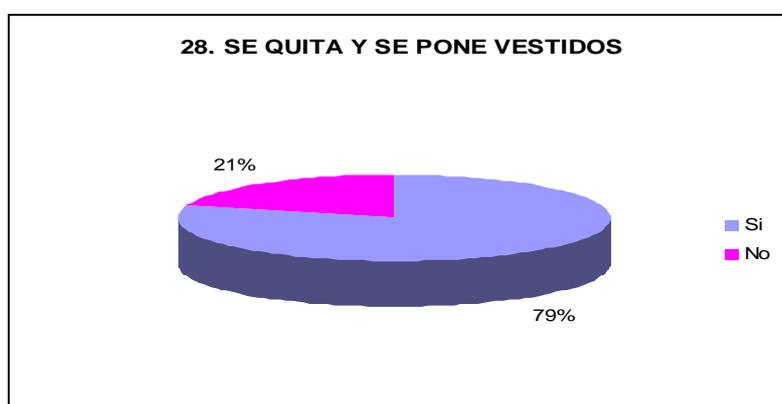
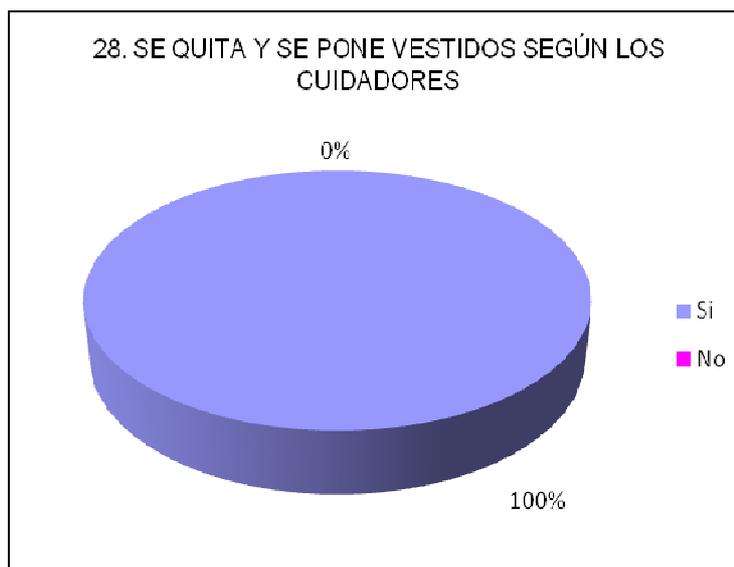


Tabla No 180 Se quita y se pone vestidos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 173. Se quita y se pone vestidos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al interrogar por la habilidad se quita y se pone vestidos, el 79%(23) de los pacientes contestan que si poseen dicha habilidad mientras que el 21%(6) no la tienen; en tanto los cuidadores señalan que el 100%(29) se peinan solos.

8.5.4.4. Se quita y se pone pantalones

Tabla No 181 Se quita y se pone pantalones. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 174. Se quita y se pone pantalones. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

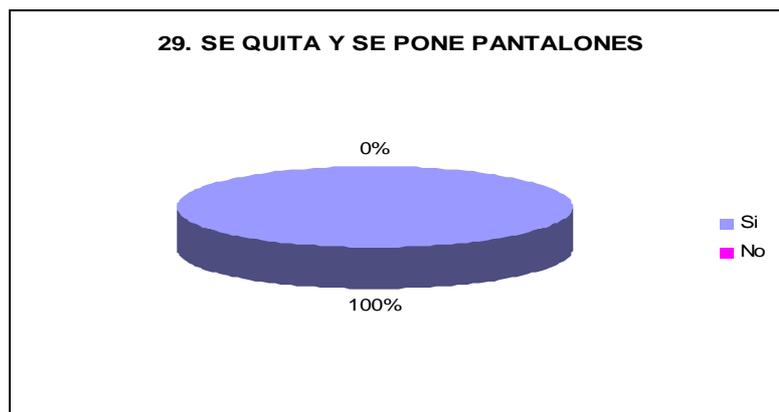
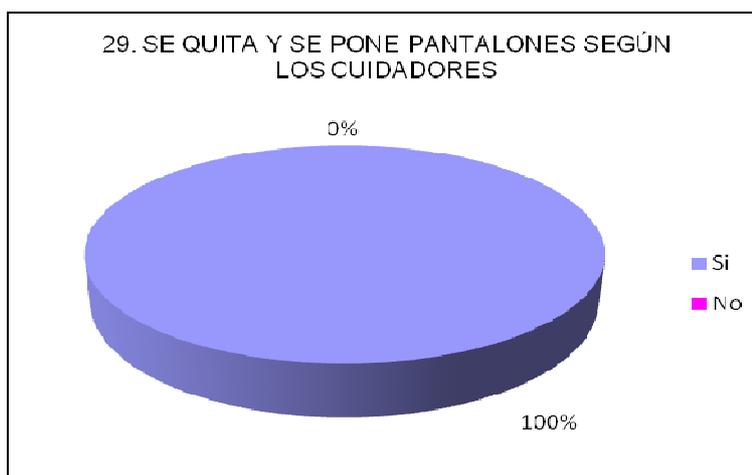


Tabla No 182 Se quita y se pone pantalones según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 175. Se quita y se pone pantalones según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al investigar por la habilidad se quita y se pone pantalones, tanto pacientes como cuidadores informan que el 100%(29) lo hacen de manera individual.

8.5.4.5. Manipula hebillas, botones y cremalleras

Tabla No 183 Manipula hebillas, botones y cremalleras. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 176. Manipula hebillas, botones y cremalleras. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

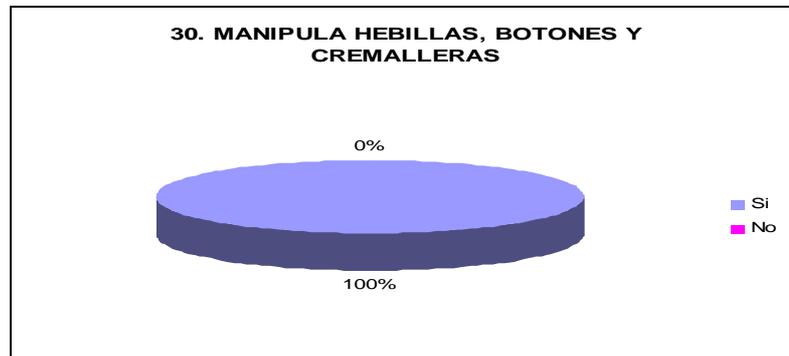
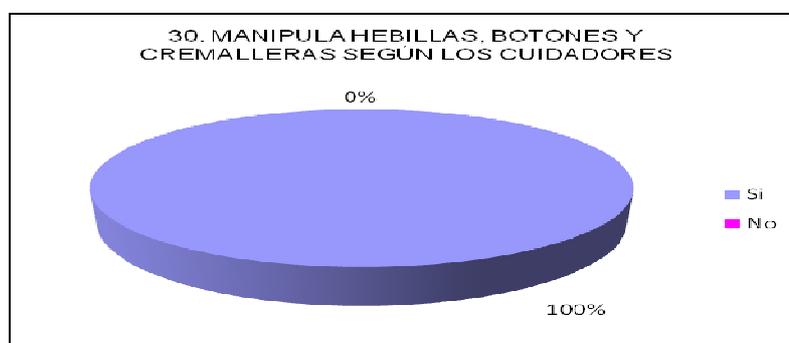


Tabla No 184 Manipula hebillas, botones y cremalleras según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 177. Manipula hebillas, botones y cremalleras según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al cuestionar por la habilidad manipula hebillas, botones y cremalleras, tanto pacientes como cuidadores informan que el 100%(29) poseen dicha habilidad.

8.5.4.6. Se quita y se pone zapatos

Tabla No 185 Se quita y se pone zapatos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

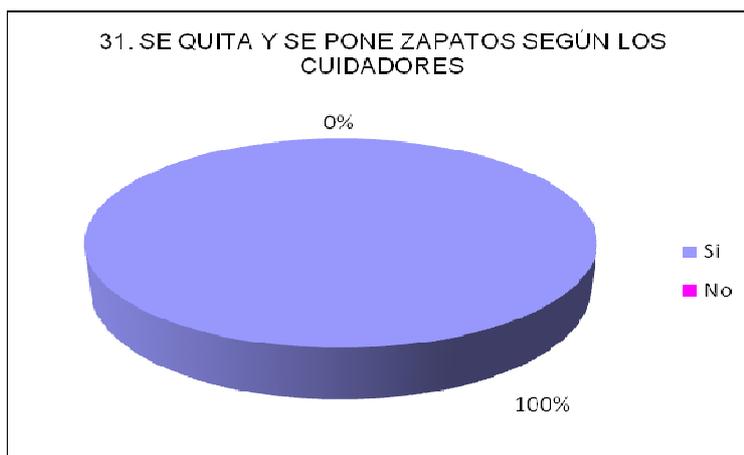
Gráfica No 178. Se quita y se pone zapatos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Tabla No 186 Se quita y se pone zapatos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 179. Se quita y se pone zapatos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al interrogar por la habilidad se quita y se pone zapatos, tanto pacientes como cuidadores informan que el 100%(29) poseen dicha habilidad.

8.5.4.7. Hace nudo a los zapatos

Tabla No 187 Hace nudo a los zapatos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	28	97%
No	1	3%
	29	100%

Gráfica No 180. Hace nudo a los zapatos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Tabla No 188 Hace nudo a los zapatos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	28	97%
No	1	3%
	29	100%

Gráfica No 181. Hace nudo a los zapatos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Con respecto a la habilidad para hacer nudo a los zapatos, tanto pacientes como cuidadores consideran que un 97%(28) tienen desarrollada esta habilidad y un 3%(1) no la poseen.

8.5.4.8. Alista la ropa

Tabla No 189 Alista la ropa. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	27	93%
No	2	7%
	29	100%

Gráfica No 182. Alista la ropa. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

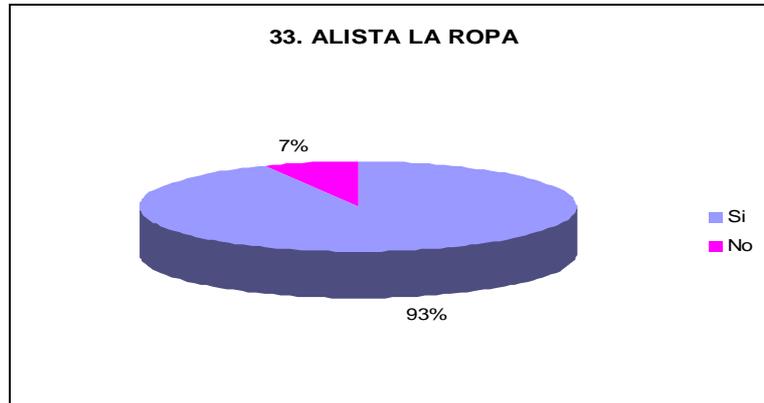


Tabla No 190 Alista la ropa según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	27	93%
No	2	7%
	29	100%

Gráfica No 183. Alista la ropa según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Frente a la habilidad de alistar la ropa, tanto pacientes como cuidadores, afirman que un 93%(27) poseen la habilidad y el 7%(2) no puede o no sabe hacerlo.

8.5.5. Alimentación

8.5.5.1. Come con cuchara

Tabla No 191 Come con cuchara. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 184. Come con cuchara. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

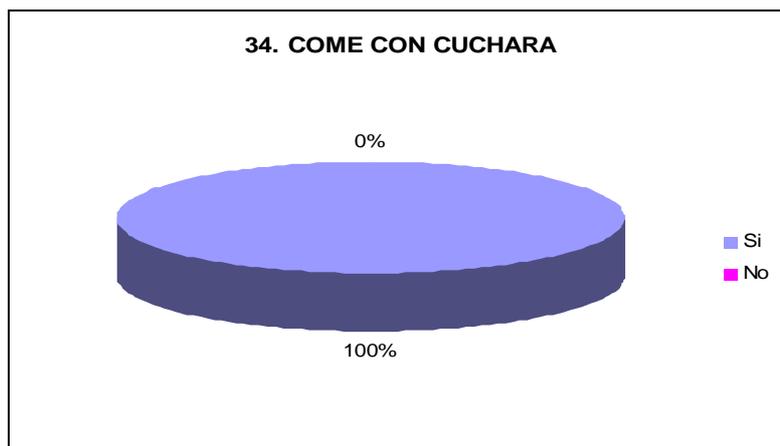
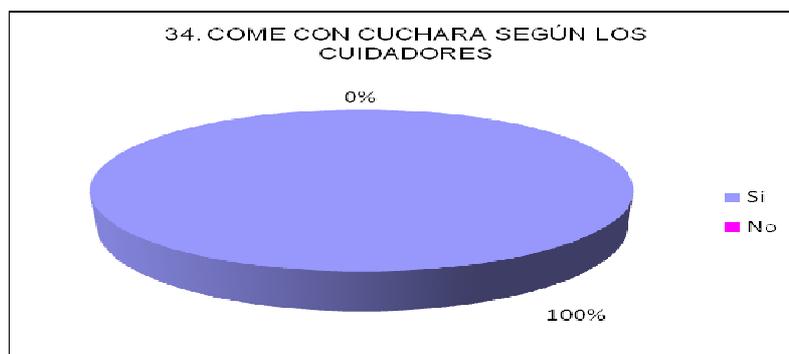


Tabla No 192 Come con cuchara según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 185. Come con cuchara según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Frente a la habilidad come con cuchara, tanto pacientes como cuidadores, afirman que el 100%(29) conservan dicha habilidad.

8.5.5.2. Bebe en pocillo-vaso

Tabla No 193 Bebe en pocillo – vaso. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 186. Bebe en pocillo – vaso. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

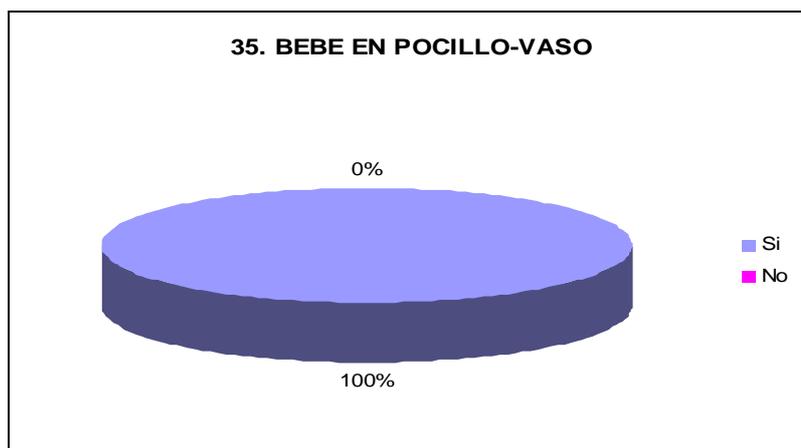
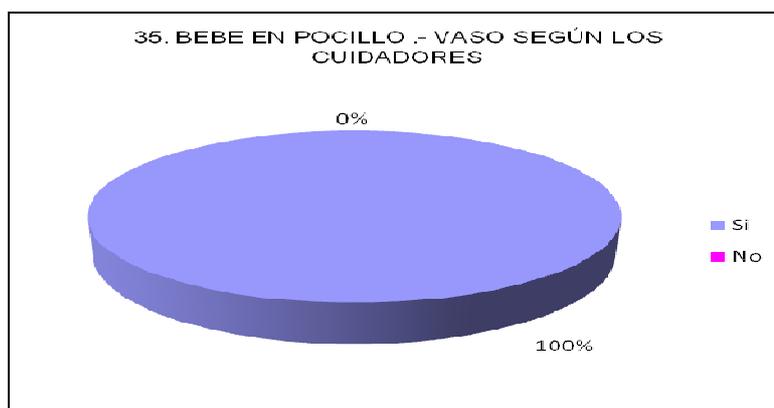


Tabla No 194 Bebe en pocillo – vaso según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 187. Bebe en pocillo – vaso según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar por la habilidad bebe en pocillo- vaso, tanto pacientes como cuidadores, afirman que el 100%(29) disfrutan de esta habilidad.

8.5.5.3. Utiliza cubiertos (tenedor- cuchillo)

Tabla No 195 Utiliza cubiertos (tenedor – cuchillo). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	24	83%
No	5	17%
	29	100%

Gráfica No 188. Utiliza cubiertos (tenedor – cuchillo). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

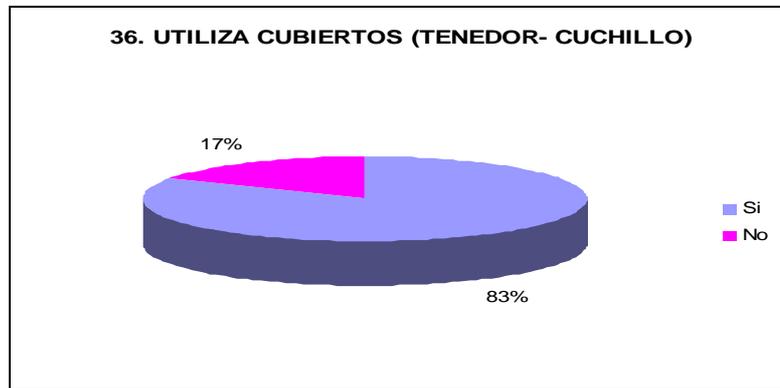


Tabla No 196 Utiliza cubiertos (tenedor – cuchillo) según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	26	90%
No	3	10%
	29	100%

Gráfica No 189. Utiliza cubiertos (tenedor – cuchillo) según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al preguntar por la habilidad utiliza cubiertos (tenedor- cuchillo), los pacientes afirman que saben hacerlo un 83%(24),el 17%(5) restante no sabe o no los utilizan; sus cuidadores afirman que sólo pueden hacerlo un 90%(26), el 10% restante no sabe o no los utilizan.

8.5.5.4. Mastica- deglute

Tabla No 197 Mastica – deglute. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 190. Mastica – deglute. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

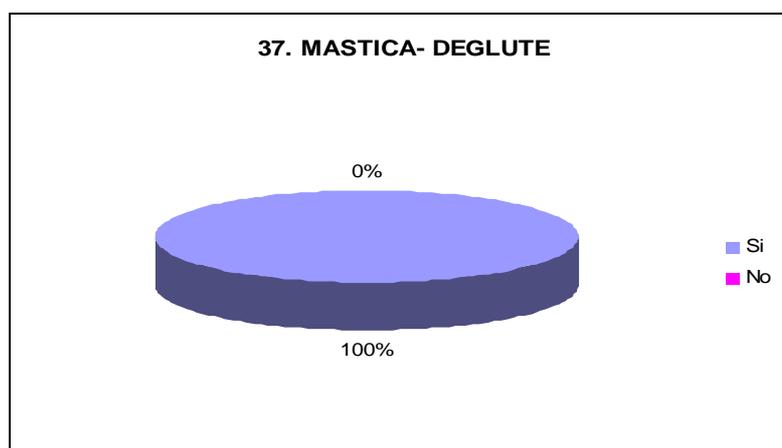


Tabla No 198 Mastica – deglute según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	27	93%
No	2	7%
	29	100%

Gráfica No 191. Mastica – deglute según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Frente a la pregunta mastican y degluten los alimentos, los pacientes afirman que si en un 100%(29), sin embargo, los cuidadores afirman que sólo un 93%(27) presentan esta habilidad desarrollada adecuadamente mientras el 7%(2) restante no.

8.5.6. Preparación de comidas

8.5.6.1. Pela alimentos

Tabla No 199 Pela alimentos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	22	76%
No	7	24%
	29	100%

Gráfica No 192. Pela alimentos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

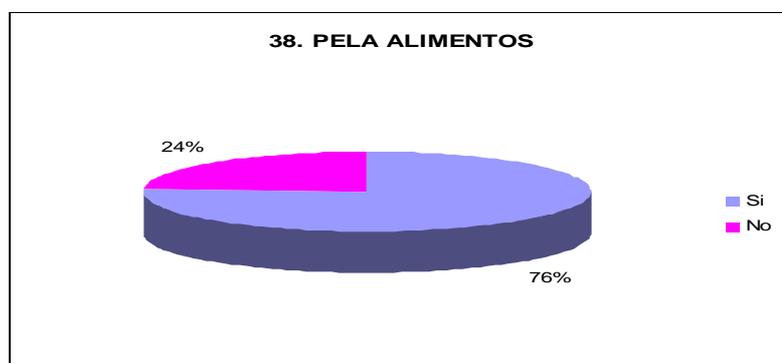


Tabla No 200 Pela alimentos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	26	90%
No	3	10%
	29	100%

Gráfica No 193. PELA alimentos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al interrogar por la habilidad pela alimentos los pacientes contestan que el 76%(22) poseen dicha habilidad y el 24%(7) no tienen esta habilidad o su familia no los dejan, sin embargo, los cuidadores afirman que un 90%(26) si saben ejecutar esta habilidad pero un 10%(3) dicen que no.

8.5.6.2. Corta verduras y tubérculos

Tabla No 201 Corta verduras y tubérculos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	22	76%
No	7	24%
	29	100%

Gráfica No 194. Corta verduras y tubérculos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

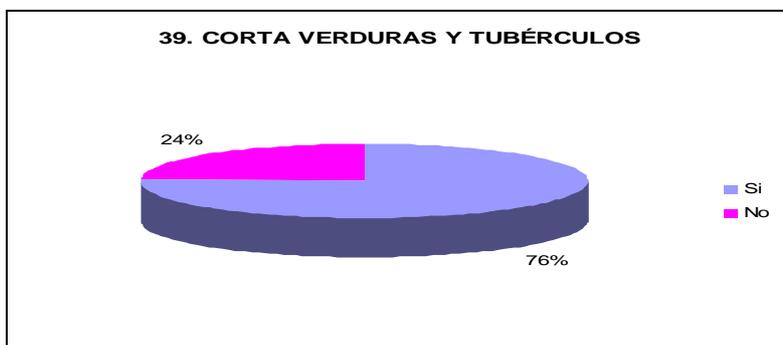
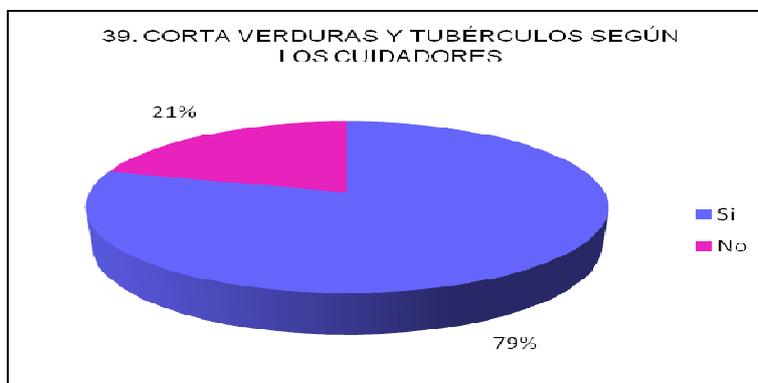


Tabla No 202 Corta verduras y tubérculos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	23	79%
No	6	21%
	29	100%

Gráfica No 195. Corta verduras y tubérculos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al explorar por la habilidad corta verduras y tubérculos, los pacientes afirman un 76%(22) poseen dicha habilidad y el restante 24%(7) no la tienen; los cuidadores afirman que si ejecutan esta habilidad un 79%(23) mientras que el 21%(6) no.

8.5.6.3. Abre recipientes, latas, botellas, etc

Tabla No 203 Abre recipientes, latas, botellas, etc. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	23	79%
No	6	21%
	29	100%

Gráfica No 196. Abre recipientes, latas, botellas, etc.. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

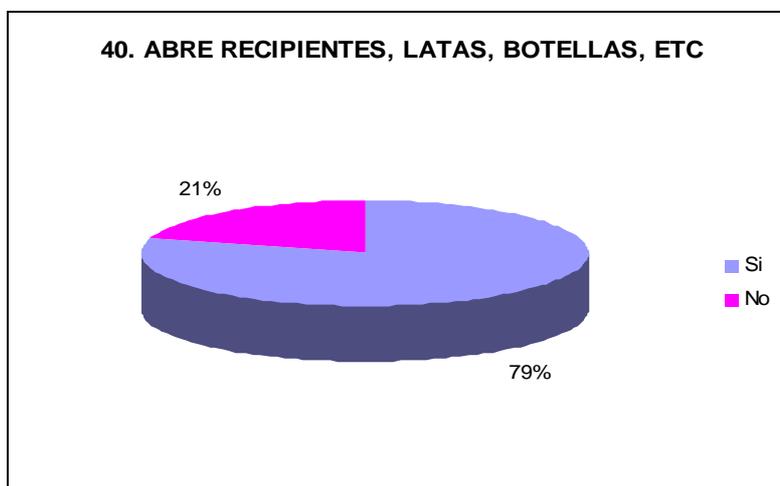
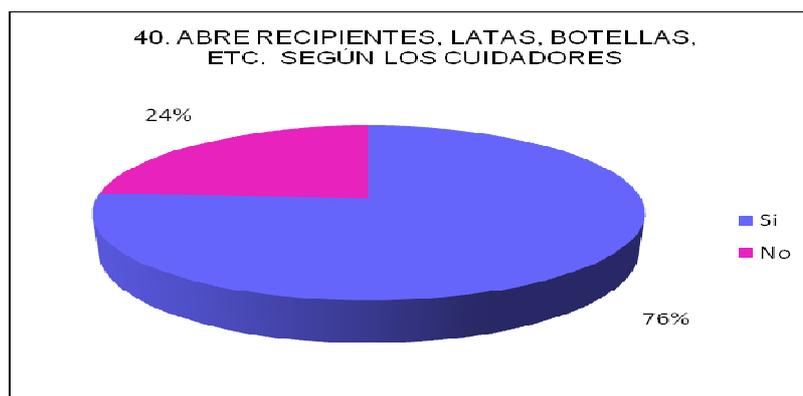


Tabla No 204 Abre recipientes, latas, botellas, etc., según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	22	76%
No	7	24%
	29	100%

Gráfica No 197. Abre recipientes, latas, botellas, etc., según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al cuestionar por la habilidad abre recipientes, latas y botellas, etc., los pacientes afirman que realizan esta actividad el 79%(21) contra el 21%(6) que dicen no saben hacerla; sin embargo; sus cuidadores aseguran que si pueden hacerlo en forma adecuada un 76%(22) mientras que el 24%(7) no pueden realizar dicha actividad.

8.5.6.4. Sirve comidas

Tabla No 205 Sirve comidas. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	26	90%
No	3	10%
	29	100%

Gráfica No 198. Sirve comidas. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

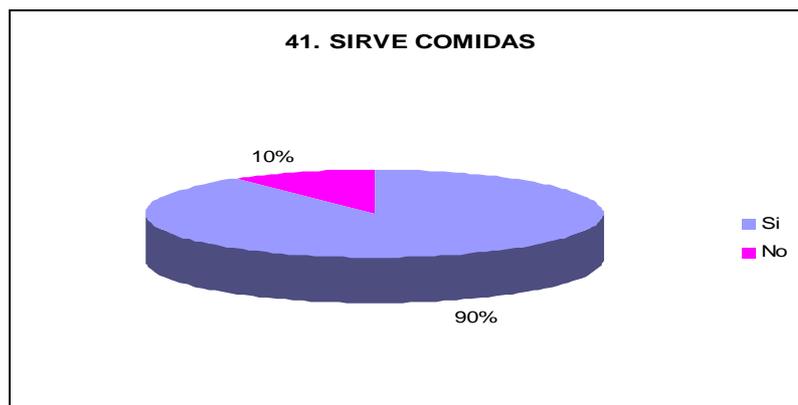


Tabla No 206 Sirve comidas según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	25	86%
No	4	14%
	29	100%

Gráfica No 199. Sirve comidas según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al interrogar por la habilidad sirve comidas, el 90%(26) afirman que si han desarrollado esta habilidad pero un 10%(3) contestan que no; mientras que los cuidadores relatan que el 86%(25) si realizan dicha actividad y el 14%(4) no saben hacerlo.

8.5.6.5. Vierte líquidos

Tabla No 207 Vierte líquidos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	26	90%
No	3	10%
	29	100%

Gráfica No 200. Vierte líquidos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

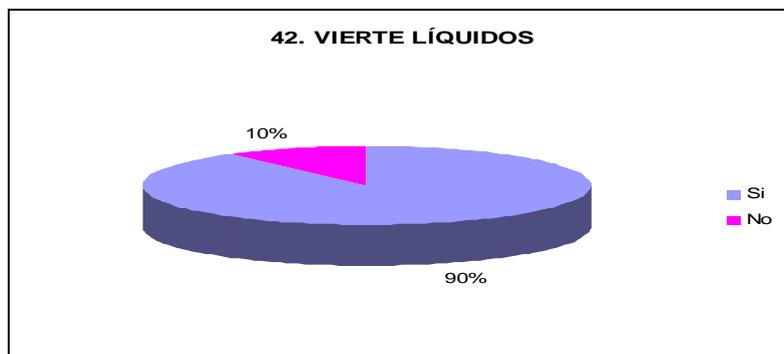
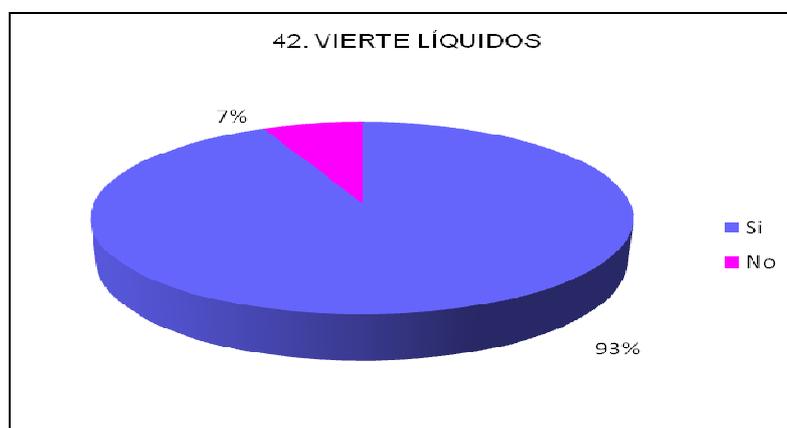


Tabla No 208 Vierte líquidos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	27	93%
No	2	7%
	29	100%

Gráfica No 201. Vierte líquidos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al cuestionar por la habilidad vierte líquidos, los pacientes afirman que un 90% mantienen esta habilidad y el 10%(3) no. Los cuidadores afirman que realizan esta tarea adecuadamente el 93%(27) y el 7%(2) restante dicen que no saben hacerlo.

8.5.6.6. Utiliza electrodomésticos de cocina: (estufa eléctrica. A gas, licuadora, picadora, etc)

Tabla No 209 Utiliza electrodomésticos de cocina: (estufa eléctrica, a gas, licuadora, picadora, etc.). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	25	86%
No	4	14%
	29	100%

Gráfica No 202. Utiliza electrodomésticos de cocina: (estufa eléctrica, a gas, licuadora, picadora, etc.). Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

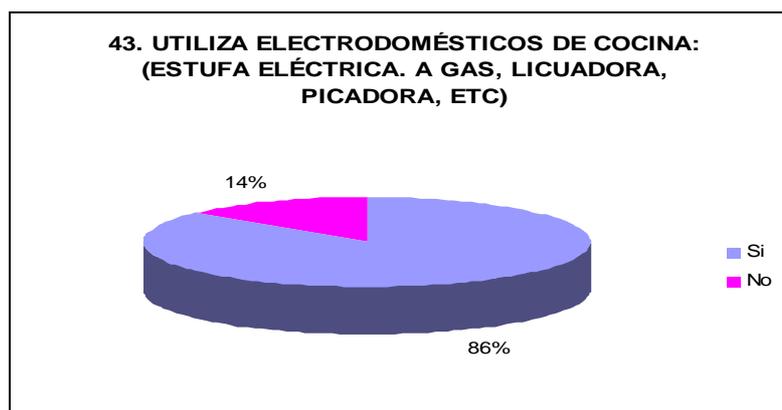
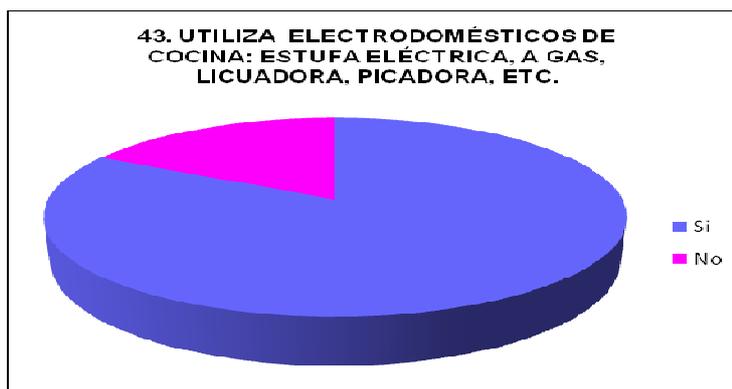


Tabla No 210 Utiliza electrodomésticos de cocina: (estufa eléctrica, a gas, licuadora, picadora, etc.) según cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	24	83%
No	5	17%
	29	100%

Gráfica No 203. Utiliza electrodomésticos de cocina: (estufa eléctrica, a gas, licuadora, picadora, etc.) según cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al cuestionar por la habilidad utiliza electrodomésticos de cocina (estufa eléctrica, a gas, licuadora, picadora, etc.), los pacientes afirman que realizan esta actividad el 86%(25) contra el 14%(4) que dicen no saben hacerla; sin embargo; sus cuidadores aseguran que si pueden hacerlo en forma adecuada un 83%(24) mientras que el 17%(5) no pueden realizar dicha actividad.

8.5.6.7. Pone la mesa

Tabla No 211 Pone la mesa. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	26	90%
No	3	10%
	29	100%

Gráfica No 204. Pone la mesa. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

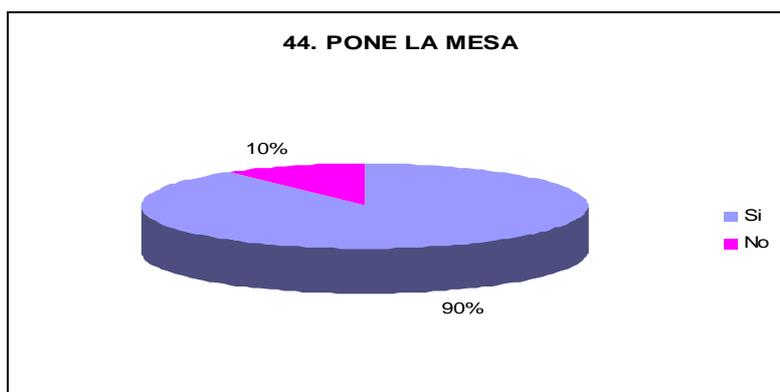


Tabla No 212 Pone la mesa según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	26	90%
No	3	10%
	29	100%

Gráfica No 205. Pone la mesa según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar por la habilidad pone la mesa, tanto pacientes como cuidadores, afirman que el 90%(26) disfrutan de esta habilidad mientras que el 10%(3) restante no poseen dicha habilidad.

8.5.6.8. Apila platos

Tabla No 213 Apila platos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	26	90%
No	3	10%
	29	100%

Gráfica No 206. Apila platos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

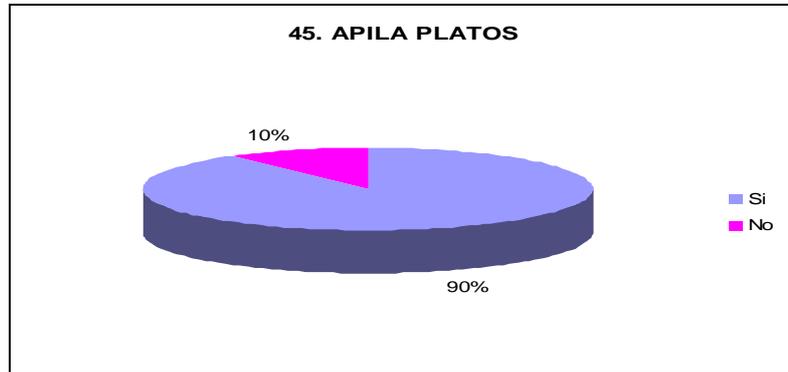


Tabla No 214 Apila platos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	28	97%
No	1	3%
	29	100%

Gráfica No 207. Apila platos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al cuestionar por la habilidad apila platos, los pacientes afirman que realizan esta actividad el 90%(26) contra el 10%(3) que dicen no saben hacerla; sin embargo; sus cuidadores aseguran que si pueden hacerlo en forma adecuada un 97%(28) mientras que el 3%(1) no pueden realizar dicha actividad.

8.5.6.9. Lava, seca y guarda loza

Tabla No 215 Lava, seca y guarda loza. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	27	93%
No	2	7%
	29	100%

Gráfica No 208. Lava, seca y guarda loza. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

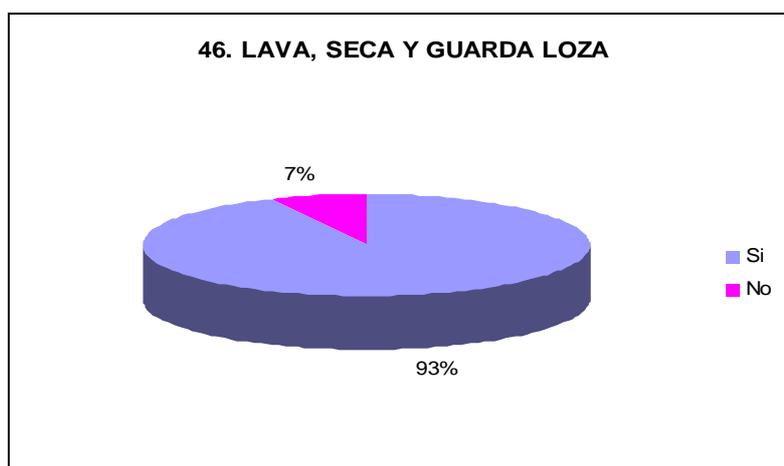


Tabla No 216 Lava, seca y guarda loza según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	27	93%
No	2	7%
	29	100%

Gráfica No 209. Lava, seca y guarda loza según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar por la habilidad lava, seca y guarda loza, tanto pacientes como cuidadores, afirman que el 93%(27) disfrutan de esta habilidad mientras que el 7%(2) restante no poseen dicha habilidad.

8.5.7. Hogar

8.5.7.1. Limpia pisos

Tabla No 217 Limpia pisos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	25	86%
No	4	14%
	29	100%

Gráfica No 210. Limpia pisos. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

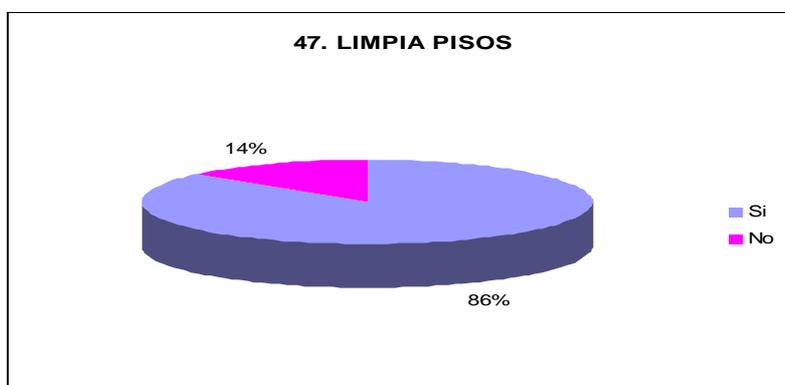


Tabla No 218 Limpia pisos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	23	79%
No	6	21%
	29	100%

Gráfica No 211. Limpia pisos según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al interrogar por la habilidad limpia pisos los pacientes contestan que el 86%(25) poseen dicha habilidad y el 14%(4) no tienen esta habilidad o su familia no los dejan, sin embargo, los cuidadores afirman que un 79%(23) si saben ejecutar esta habilidad pero un 21%(6) dicen que no.

8.5.7.2. Lava ropa

Tabla No 219 Lava ropa. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	24	83%
No	5	17%
	29	100%

Gráfica No 212. Lava ropa. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

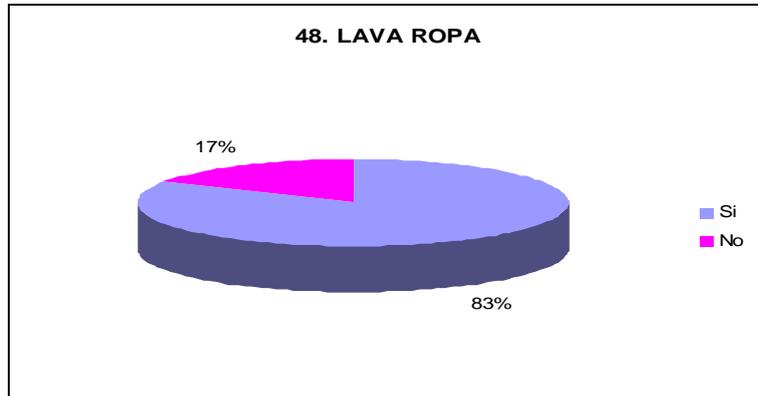


Tabla No 220 Lava ropa según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	22	76%
No	7	24%
	29	100%

Gráfica No 213. Lava ropa según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al explorar por la habilidad lava ropa, los pacientes afirman un 83%(24) poseen dicha habilidad y el restante 17%(5) no la tienen; los cuidadores afirman que si ejecutan esta habilidad un 76%(22) mientras que el 24%(7) no.

8.5.7.3. Pone a secar la ropa

Tabla No 221 Pone a secar la ropa. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	23	79%
No	6	21%
	29	100%

Gráfica No 214. Pone a secar la ropa. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

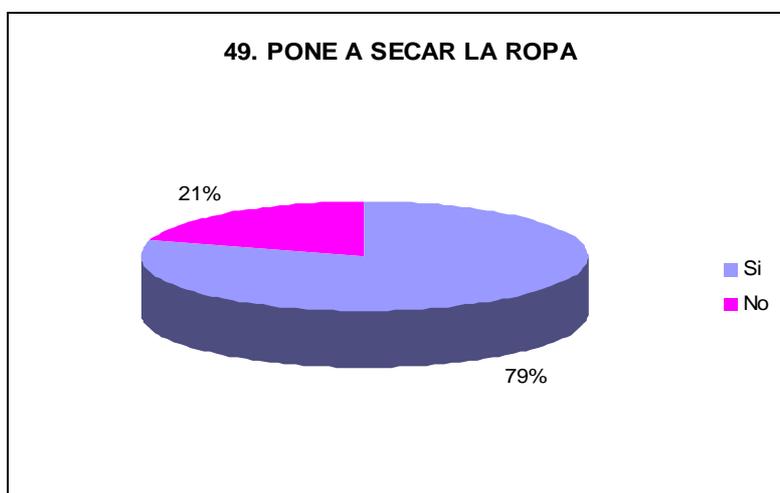
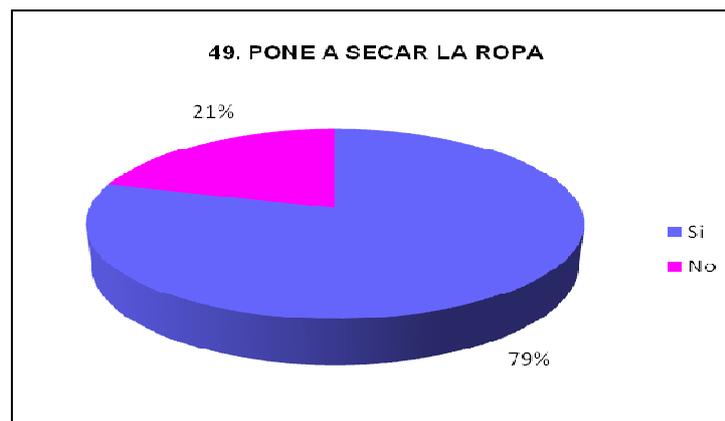


Tabla No 222 Pone a secar la ropa según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	23	79%
No	6	21%
	29	100%

Gráfica No 215. Pone a secar la ropa según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar por la habilidad pone a secar la ropa, tanto pacientes como cuidadores, afirman que el 79%(23) disfrutan de esta habilidad mientras que el 21%(6) restante no.

8.5.7.4. Plancha la ropa

Tabla No 223 Plancha la ropa. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	21	72%
No	8	28%
	29	100%

Gráfica No 216. Plancha la ropa. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

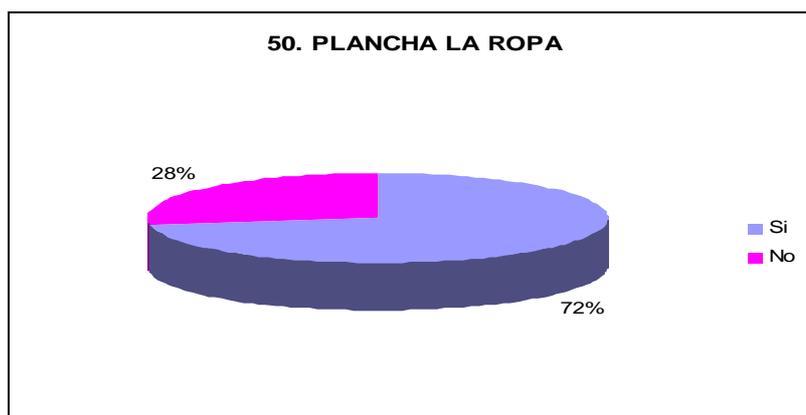


Tabla No 224 Plancha la ropa según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	18	62%
No	11	38%
	29	100%

Gráfica No 217. Plancha la ropa según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al cuestionar por la habilidad plancha la ropa, los pacientes afirman que realizan esta actividad el 72%(21) contra el 28%(8) que dicen no saben hacerla; por otro lado; sus cuidadores aseguran que si pueden hacerlo en forma adecuada un 62%(18) mientras que el 38%(11) no pueden realizar dicha actividad.

8.5.7.5. Tiende la cama

Tabla No 225 Tiende la cama. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	25	86%
No	4	14%
	29	100%

Gráfica No 218. Tiende la cama. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

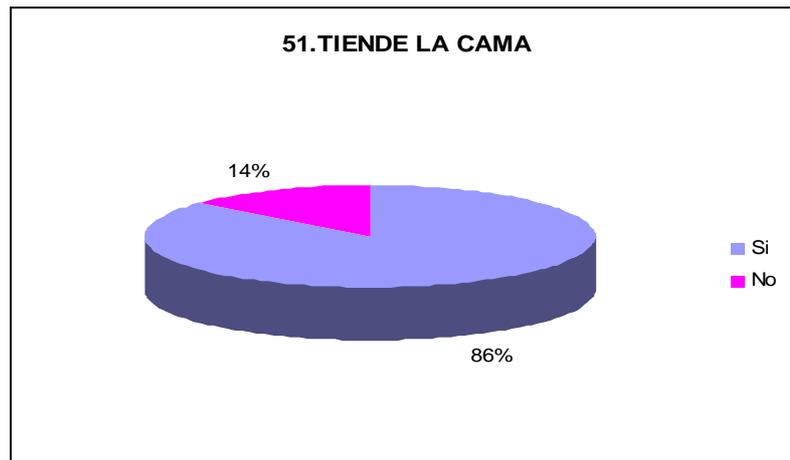


Tabla No 226 Tiende la cama según la cama según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	25	86%
No	4	14%
	29	100%

Gráfica No 219. Tiende la cama según la cama según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar por la habilidad tiende la cama, tanto pacientes como cuidadores, contestan que el 86%(25) disfrutaban de esta habilidad mientras que el 14%(4) restante no poseen dicha habilidad.

8.5.7.6. Enciende y apaga luces

Tabla No 227 Enciende y apaga luces. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 220. Enciende y apaga luces. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

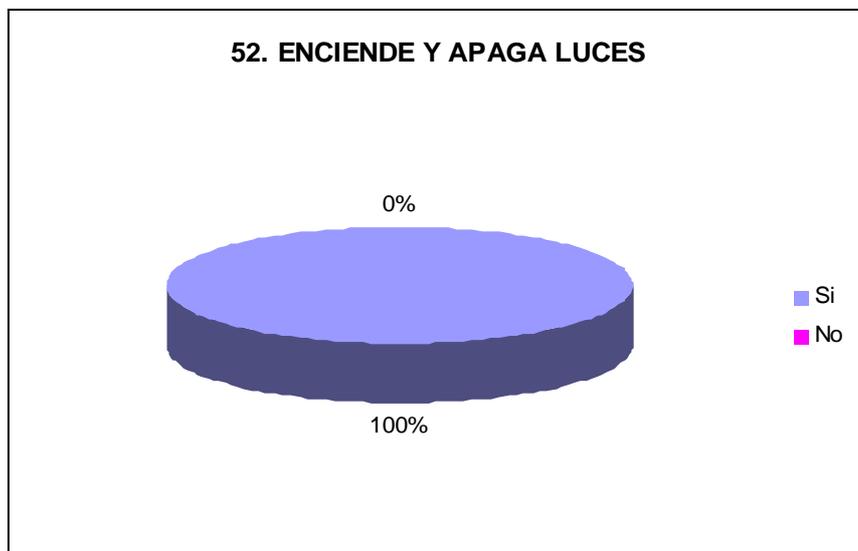


Tabla No 228 Enciende y apaga luces según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 221. Enciende y apaga luces según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al preguntar por la habilidad enciende y apaga luces, tanto pacientes como cuidadores, contestan que el 100%(29) realizan esta habilidad.

8.5.7.7. Usa tijeras

Tabla No 229 Usa tijeras. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	28	97%
No	1	3%
	29	100%

Gráfica No 222. Usa tijeras. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

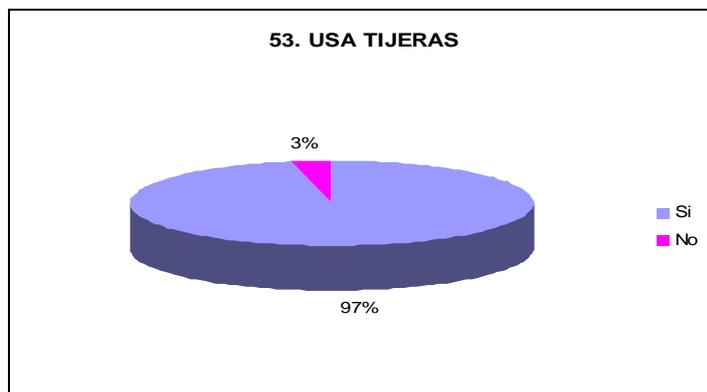


Tabla No 230 Usa tijeras según cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	26	90%
No	3	10%
	29	100%

Gráfica No 223. Usa tijeras según cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al cuestionar por la habilidad usa tijeras, los pacientes afirman que realizan esta actividad el 97%(28) contra el 3%(1) que dicen no utilizan esta herramienta; por otro lado; sus cuidadores aseguran que si pueden hacerlo en forma adecuada un 90%(26) mientras que el 10%(3) no pueden realizar dicha actividad.

8.5.8. Otras actividades

8.5.8.1. Maneja la radio y el televisor

Tabla No 231 Maneja la radio y el televisor. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	29	100%
No	0	0%
	29	100%

Gráfica No 224. Maneja la radio y el televisor. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

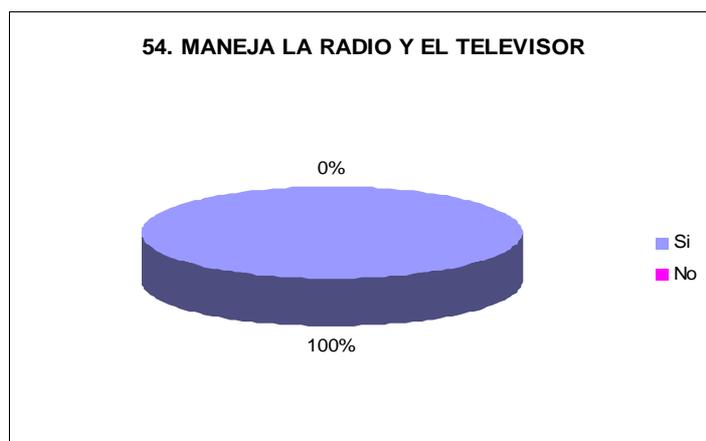
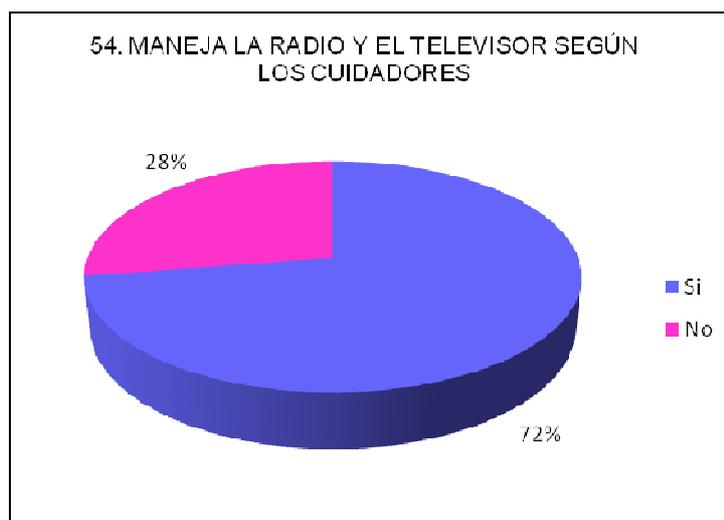


Tabla No 232 Maneja la radio y el televisor según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	28	97%
No	1	3%
	29	100%

Gráfica No 225. Maneja la radio y el televisor. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Frente a la pregunta maneja la radio y el televisor, los pacientes afirman que si realizan esta actividad el 100%(29), sin embargo, los cuidadores afirman que sólo un 97%(28) presentan esta habilidad desarrollada adecuadamente mientras el 3%(1) restante no.

8.5.8.2. Sabe manejar dinero

Tabla No 233 Sabe manejar dinero. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	23	79%
No	6	21%
	29	100%

Gráfica No 226. Sabe manejar dinero. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

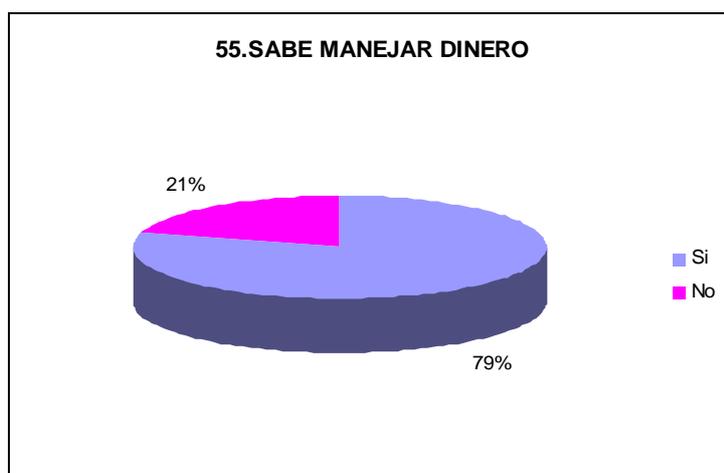


Tabla No 234 Sabe manejar el dinero según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	21	72%
No	8	28%
	29	100%

Gráfica No 227. Sabe manejar el dinero según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al cuestionar por la habilidad sabe manejar el dinero, los pacientes afirman que realizan esta actividad el 79%(23) contra el 21%(6) que dicen no saben hacerla; sin embargo; sus cuidadores aseguran que si pueden hacerlo en forma adecuada un 72%(22) mientras que el 28%(8) no pueden realizar dicha actividad.

8.5.8.3. Sabe utilizar el teléfono

Tabla No 235 Sabe utilizar el teléfono. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	27	93%
No	2	7%
	29	100%

Gráfica No 228. Sabe utilizar el teléfono. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

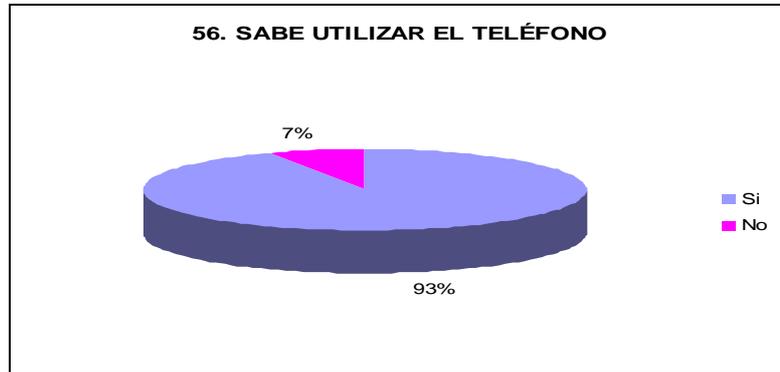
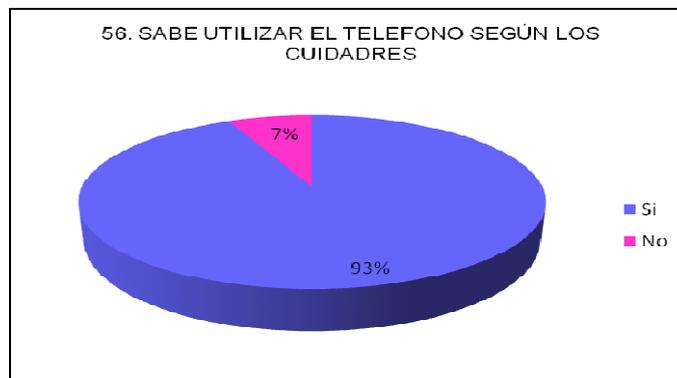


Tabla No 236 Sabe utilizar el teléfono según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009

Respuesta	Cantidad	%
Si	27	93%
No	2	7%
	29	100%

Gráfica No 229. Sabe utilizar el teléfono según los cuidadores. Habilidades sociales de las personas que asisten al grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante en el Centro de Salud Mental. Envigado. 2009



Al indagar por la habilidad sabe utilizar el teléfono, tanto pacientes como cuidadores, aseguran que el 93%(27) disfrutan realizando esta tarea mientras que el 7%(2) restante no.

9. DISCUSIÓN

Conforme a la teoría encontrada la esquizofrenia aparece normalmente al final de la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta y suele tener un curso episódico⁸⁴, lo cual queda confirmado en los pacientes que tienen esta enfermedad psiquiátrica deteriorante dentro del grupo de apoyo.

Los manuales diagnósticos y estadísticos proponen que los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y la productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención (DSMIV-TR, 2002).⁸⁵ Así mismo hay presencia de afección en el funcionamiento afectivo, intelectual y el comportamiento, y se caracteriza por aislamiento, excentricidad, disminución del cuidado personal, afecto embotado, lenguaje vago o metafórico, pensamiento mágico, pérdida de la capacidad asociativa, conducta extraña, estupor, retraimiento social, pasividad continuada, ecolalia, verbigeración, negativismo, deterioro del aspecto, respuestas emocionales pobres, variabilidad, etc.⁸⁶ Sin embargo, en la investigación realizada se encontró que dichos síntomas no se encuentran afectados en un grado tan avanzado o manifiesto, y que por el contrario estas características se han mantenido a través de los años, a pesar de que en algunos pacientes la enfermedad supera los 10 años.

⁸⁴ *Ibid.*, pág. 42

⁸⁵ GIRALDO VÁSQUEZ, Fredy y LONDOÑO ARREDONDO, Nora. Estudio de prevalencia de los trastornos mentales. Universidad de San Buenaventura. Medellín, 2008

⁸⁶ FLORENZANO, R., CARVAJAL, C. y WEILL, K. *Psiquiatría*. Santiago. Mediterráneo, 1999

La edad de aparición de la enfermedad es diferente para los hombres y las mujeres. Así, para el caso de los varones, el pico de incidencia se sitúa al final de la pubertad e inicio de la edad adulta, entre los 18 y los 25 años. Para el caso de las mujeres, la edad de inicio se sitúa en torno a los 23 y los 35 años. Estos datos fueron corroborados a través de la investigación, presentándose un mayor deterioro cognitivo en las mujeres del grupo de apoyo que en los hombres.

Muchos estudios han demostrado que existe una relación entre la clase social y la esquizofrenia. Las tasas más altas de esquizofrenia se hallan en partes de las ciudades que son ocupadas por las clases socioeconómicas más bajas. A partir de la investigación realizada, se puede afirmar que los pacientes del grupo de Apoyo del Centro de Salud Mental de Envigado, no cumplen con dicha incidencia, debido a que un 59%(22) de los pacientes pertenecen a los estratos 3,4 y 5.

En la esquizofrenia está alterada cualquier actividad intencional y planificada; este deterioro afecta a todas las áreas de funcionamiento cotidiano, como el trabajo, las relaciones sociales, y el cuidado de sí mismo, de tal manera que los observadores se dan cuenta de que la persona ha dejado de ser ella misma. La persona deja de mantener una higiene personal mínima, o incluso muestra un importante descuido de su salud y su seguridad personal; esta conducta desorganizada se manifiesta mediante vestimentas estrafalarias y carentes de sentido⁸⁷. En la investigación realizada se encontró que el 100%(29) de los pacientes cumplen con las normas de higiene, vestimenta adecuada y sentido social, requisito fundamental para el ingreso y permanencia dentro del grupo de apoyo, lo que contradice los estudios realizados por Florenzano, Cardona y Weill en 1999.

Con respecto al discurso, en este suele ser característico el descarrilamiento del lenguaje, que muestra la pérdida de la capacidad de asociación entre ideas y

⁸⁷Ibíd. Pág. 467

conduce al paciente a pasar de un tema a otro sin seguir una secuencia lógica. Los datos arrojados por la investigación presentan un 79%(23) de pacientes que pueden iniciar una conversación, un 86%(25) que mantienen una conversación y un 86%(25) que poseen la habilidad de formular preguntas, con coherencia y con un discurso fluido, lo que permite afirmar que el grupo de apoyo contribuye al sostenimiento de dichas habilidades, contrario a lo encontrado dentro de las teorías sobre las enfermedades psiquiátricas deteriorantes.

En las investigaciones consultadas se encontró que el humor y la afectividad presentan las siguientes características: Respuesta emocional restringida, alteraciones del humor, respuesta emocional inapropiada, respuestas emocionales extravagantes, hipersensibilidad emocional y alteraciones desde el punto de vista motor. Los resultados obtenidos en la investigación arrojaron que estas características se encuentran desarrolladas en porcentajes superiores al 70%(20) en los pacientes, presentándose una incongruencia entre la teoría encontrada y los resultados obtenidos dentro del grupo de apoyo.

Está claramente demostrado que la ausencia de tratamiento psicofarmacológico o tratamiento inadecuado, contribuye al incumplimiento terapéutico, muy frecuente en estos pacientes, lo que incrementa de manera significativa el riesgo de recaídas⁸⁸. Este incumplimiento se genera por una combinación de factores destacables, tales como: El hecho de que el paciente no suele sentir mejoría con la ingesta regular de fármacos, la falta de conciencia de la enfermedad que hace que el paciente crea que no necesita ser intervenido y la distorsión de la realidad que hace valorar erróneamente el origen y el trayecto progresivo de los síntomas y déficit. Este tipo de situaciones son controladas en este grupo de apoyo, debido a que éste se constituye en un factor protector por tener dentro de sus condiciones básicas, la ingesta de los medicamentos prescritos por el especialista y el tratamiento psicológico continuo en algunos pacientes, en donde, no sólo se lleva

⁸⁸ *Ibíd.* Pág. 217

el control del registro médico, sino de los eventos semanales y de las situaciones que pueden alterar sus habilidades sociales como los factores ambientales (Alta expresividad emocional en la familia, existencia de acontecimientos vitales estresantes y consumo de sustancias psicoactivas, en especial el cannabis).

Con respecto a los factores individuales, los estudios previos hablan de un mayor deterioro en los varones quienes presentan una peor evolución y un mayor índice de recaídas que las mujeres, caso contrario sucede en el grupo de apoyo, en donde la mayor índice de deterioro se presenta en las mujeres y las recaídas sólo se presentan en los pacientes que tienen un índice de asistencia muy bajo y en los que presentan irregularidad en la ingesta de alimentos, de su medicación por problemas económicos o descuidos por parte de las familias. Situación, que es evaluada y en una gran medida solucionada por la coordinadora del grupo de apoyo.

La esquizofrenia es una enfermedad mental que tiende a ser crónica. Los objetivos de implementar un tratamiento a largo plazo se concentran en tres puntos primordiales: controlar los síntomas tanto positivos como negativos, evitar las recaídas y promover la integración socio-laboral y familiar. El grupo de apoyo de enfermedad psiquiátrica deteriorante del Centro de Salud Mental está orientado a contribuir a la inclusión laboral a través de programas de terapia ocupacional, como el que tienen actualmente con el periódico El Colombiano (venta del Q´hubo) y a permitir la integración del paciente con su entorno social y familiar a partir de terapias orientadas a las habilidades sociales.

El óptimo tratamiento de los pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante, no debe basarse exclusivamente en la prescripción de medicamentos psiquiátricos, aunque es claro que estos son muy importantes, sino que debe abarcar estrategias psico-sociales que ayuden a prevenir el deterioro cognitivo. El abordaje integral del paciente psiquiátrico debe incluir aspectos tales como el

tratamiento psicosocial, el tratamiento rehabilitador y el acompañamiento médico prolongado. El grupo de apoyo se constituye entonces en el compendio del tratamiento psicosocial y rehabilitador y en el factor soporte para el adecuado desarrollo de la prevención del deterioro.

En los programas psicoeducativos como el grupo de apoyo de pacientes con enfermedad psiquiátrica deteriorante deberán buscar discutir con el paciente y los miembros de la familia el plan de tratamiento para así lograr una implicación en el mismo, dar información sobre los síntomas tempranos de recaída para evitar la descompensación aguda, explicar que la medicación es primordial en el tratamiento, informar sobre los efectos secundarios que generan los fármacos, estimular al paciente a que respete las normas sociales (vestido, apariencia y comportamiento), dar ánimo al paciente para que realice sus tareas y destacar el apoyo de la familia para que se gestionen las terapias y para que se dé una rehabilitación efectiva. Tal como se realiza en los encuentros de la mañana en donde el paciente a partir de tres preguntas (¿cómo me siento?, tratamiento farmacológico y eventos de la semana) da cuenta a sus compañeros de cómo se ha desarrollado su semana y en qué condiciones se encuentra.

Los grupos de apoyo son convocados por profesionales de la salud mental para crear un ambiente acogedor donde se gestionen los recursos de los miembros para afrontar las situaciones conflictivas o amenazantes. La pertenencia a estos grupos proporciona a sus miembros nuevos lazos y relaciones sociales, de modo que se sustituyen los recursos naturales o se compensan sus deficiencias en provisiones psicosociales mediante la interacción con personas que tienen problemas, carencias y/o experiencias comunes (Barrón, 1996)⁸⁹. Lo cual queda corroborado con los resultados obtenidos en las preguntas del test de habilidades sociales, ya que en un porcentaje superior al 70%(20) de la población entrevistada

⁸⁹ PALACÍN LOIS, María. <http://www.acnefi.com/revista/n00720.htm>

presenta habilidades sociales desarrolladas que contribuyen al aprendizaje y al incremento de las capacidades.

“Socio- afectivamente, estos grupos fomentan directamente la salud y la reducción del malestar psicológico y permiten al individuo hacer una mayor valoración de su propia situación gracias a lo que le ofrecen: recursos de afrontamiento y de atenuar emociones negativas, proporcionar mayor sensación de control, aumento de la autoestima y del estado del ánimo positivo, y permiten una oportunidad de interacción social regularizada, reciben el feedback de los demás miembros, lo que será útil para identificar síntomas y actuar con rapidez ante cualquier desajuste (Rodríguez Marín, Pastor y López-Roig, 1993)”⁹⁰. Lo que se puede evidenciar en algunas actividades psicoeducativas como la expresión de emociones, el juego de roles, entre otros, en donde los pacientes manifiestan sus sentimientos, pensamientos y reconocimiento de sus actos positivos y negativos. Al igual que en el momento de la autoevaluación al finalizar la sesión del grupo de apoyo en donde los participantes tienen la oportunidad de manifestar situaciones positivas o negativas que se presentaron durante el día.

La pertenencia a estos grupos proporciona nuevos lazos y nuevas relaciones a sus miembros.

⁹⁰ *Ibíd.*

10.CONCLUSIONES

1. Se infiere que el tiempo de permanencia en el grupo de apoyo del Centro de Salud Mental del Municipio de Envigado, es fundamental para el sostenimiento de las habilidades sociales, en los pacientes.
2. El inicio de la esquizofrenia según los datos analizados coincide con la teoría, debido a que la edad inicio de la enfermedad se encuentra en la adultez temprana.
3. Los pacientes con enfermedades psiquiátricas deteriorantes, encuentran en los grupos de apoyo un soporte para el sostenimiento de las habilidades sociales básicas, en cuanto a las habilidades sociales avanzadas se encuentra que en algunos pacientes se evidencia un desarrollo de la habilidad que va de la mano con el aumento en sus capacidades para relacionarse e interactuar en el medio, permitiéndoles incluso ingresar a actividades laborales creando un nuevo vínculo con la sociedad.
4. Con respecto a las adicciones (cafeína, cigarrillo, sustancias psicoactivas, etc.), se encontró que estas no se hacen presentes en los pacientes del grupo de apoyo del CSM, debido a que una de las condiciones básicas para la permanencia e ingreso de los pacientes a dicho grupo es disminuir el consumo o terminar con éste.
5. Dentro de las habilidades sociales básicas, la habilidad de sostener una conversación, presenta un porcentaje inferior en su desarrollo según la percepción de los pacientes, sin embargo, al analizar las respuestas de los

cuidadores se vislumbra que estos reconocen en sus pacientes un desarrollo adecuado en todas las habilidades básicas.

6. Dentro del grupo de las habilidades sociales avanzadas los pacientes y los cuidadores coinciden en el porcentaje de respuesta en los resultados, cuando se trata de: pedir ayuda, participar, seguir instrucciones y disculparse; ya que consideran que estas habilidades se encuentran desarrolladas y aumentan la capacidad y el aprendizaje en las mismas, sin embargo en las habilidades para dar instrucciones y convencer a los demás, presentan una incongruencia en los resultados, debido a que los cuidadores reconocen dichas habilidades en los pacientes y estos no.
7. Con respecto a las habilidades relacionadas con los sentimientos se presume que tanto los pacientes como los cuidadores reconocen el adecuado desarrollo de las habilidades que tienen relación con el reconocimiento de los propios sentimientos, así como de su expresión, comprender los sentimientos del otro, expresar afecto y auto-recompensarse. Presentándose una diferencia en lo que respecta a enfrentarse con el enfado del otro y resolver el miedo, debido a que los pacientes aceptan poseer la habilidad pero en forma deficiente o no satisfactoria y un alto porcentaje de los cuidadores afirma que esta habilidad está desarrollada adecuadamente.
8. Cuando se analizan las habilidades sociales alternativas a la agresión existe la una tendencia a afirmar que los pacientes tienen habilidad en cuanto a: pedir permiso, compartir, ayudar a los demás, evitar problemas y no entrar en peleas. Sin embargo, se presenta una marcada diferencia entre la percepción y el reconocimiento de las habilidades tales como: Negociar, emplear el autocontrol y responder a las bromas, lo que se evidencia en los resultados obtenidos en dicha pregunta, donde los cuidadores afirman que estas

habilidades se encuentran desarrolladas y los pacientes perciben no poseerlas o que son deficientes.

9. Al analizar las habilidades sociales para hacer frente al stress los resultados entre pacientes y cuidadores sólo coinciden en las habilidades relacionadas con responder una queja y demostrar deportividad después del juego, pero, en lo referente a formular una queja, resolver la vergüenza, arreglársela cuando lo dejan de lado, defender a un amigo, responder a la persuasión, responder al fracaso y enfrentarse a los mensajes contradictorios, los pacientes reconocen tener la habilidad, pero de forma deficiente o escasa, contrario a lo que responden los cuidadores quienes afirman que la habilidad la poseen en forma adecuada. Con respecto, a responder a una acusación y para prepararse para una conversación difícil, los pacientes plantean que la habilidad no existe, o es deficiente, mientras que, los cuidadores, los perciben en forma contraria, debido a que estos afirman que los pacientes poseen esta habilidad en forma adecuada.
10. Con respecto a las habilidades para la planeación los pacientes y los cuidadores coinciden en sus respuestas sobre habilidades desarrolladas adecuadamente en los siguientes casos: recoger información, resolver los problemas según su importancia, tomar una decisión y concentrarse en una tarea. No así, en las habilidades referentes a: tomar iniciativas, discernir sobre las causas de los problemas y establecer un objetivo, en donde las respuestas de los cuidadores presumen el desarrollo de estas habilidades y los pacientes se perciben como poseedores de estas pero en forma deficiente.
11. Después de analizar las respuestas de los diferentes grupos de habilidades sociales los cuidadores perciben y reconocen en sus pacientes desarrollo y sostenimiento adecuado de las habilidades sociales, contrario a lo evidenciado

en los pacientes quienes no reconocen la habilidad o afirman poseerla en forma deficiente.

12. Finalmente, se hipotetiza que los grupos de apoyo son una herramienta para el desarrollo y fortalecimiento de las habilidades sociales en pacientes con enfermedades psiquiátricas y neuropsiquiátricas deteriorantes, lo que se evidencia luego del proceso de recolección y análisis de la información, con respecto a sus propias habilidades y las de sus familias, ya que estas últimas se convierten en un factor determinante a la hora de que los pacientes potencialicen todas sus capacidades.

11. RECOMENDACIONES

Se recomienda al Centro de Salud Mental en cuanto al Grupo de Apoyo de Pacientes con enfermedad Psiquiátrica deteriorante:

El grupo debe contar con la coordinación de un médico psiquiatra, acompañado por un psicólogo (quien dirige actualmente el grupo) y un terapeuta, debido a que en algunas oportunidades se presentan crisis que no están dentro de los alcances de la psicología. Adicionalmente, esto permitiría un mejor y mayor control sobre la medicación y los efectos que ésta tiene sobre los pacientes.

Además, debe haber un incremento en las actividades manuales, lúdicas y recreativas, ya que les proporcionan no sólo espacios de diversión, sino que contribuyen al aprendizaje de un arte y la creación de vínculos entre ellos, aportando así a sus relaciones interpersonales.

Con respecto a las habilidades sociales, se sugiere que se continúen realizando actividades que incrementen o sean soporte a las habilidades sociales que actualmente poseen como aquellas que les permiten reflejar sus hábitos, la interacción con el medio social, el reconocimiento de su cuerpo, la expresión de emociones, entre otras (obras de teatro, pintura, manualidades, dinámicas de refuerzo de la memoria y la atención).

Así mismo se recomienda dar continuidad al grupo de apoyo de cuidadores, debido a que son estos el soporte de los pacientes y este espacio contribuiría al entendimiento no sólo de la enfermedad sino del diario vivir de sus familiares enfermos, permitiendo desarrollar habilidades y competencias en ellos a todo nivel.

Se recomienda a los Centros de Salud e IPS en general la implementación de Grupos de Apoyo para todo tipo de pacientes (no sólo con enfermedades mentales), ya que este tipo de grupos contribuyen al desarrollo y sostenimiento de las habilidades sociales.

Se recomienda a la Institución Universitaria de Envigado que el desarrollo de los trabajos de grado, sea de forma individual o máximo grupos de dos personas, para evitar futuros inconvenientes como los evidenciados en el presente trabajo.

12.BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta edición revisada Barcelona: Masson, 2002
- ATECEA, Asociación De Traumatismo Encéfalo Craneal Y Daño Cerebral De Aragón. Psicosocial & Emergencias, Publicación digital semestral sobre trabajo psicosocial en emergencias y catástrofes. *Conociendo recursos. Información sobre iniciativas y proyectos*. Nº 4. Mayo de 2008 - Octubre de 2008.
- BECK, A. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper & Row, 1967
- BECK, A. Cognitive models of depression, Journal of cognitive psychotherapy, An International Quarterly, (1): 5-37., 1987
- BELLOCH, A. Manual de Psicopatología. Barcelona: McGraw-Hill, 1995
- BETANCUR, María Isabel. Esquizofrenia: Rehabilitación otro Camino. Bogotá, Colombia, Servigráficos, 1994. 275p. ISBN 9589263208
- BUTCHER, James N; MINEKA, Susan; HOOLEY, Jill M. Psicología clínica. Madrid. Pearson, 2007.
- CABRERA, Javier. "Tratamiento Combinado de la Esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario" Psicothema 2004. Vol. 16, nº 3, pp. 436-441 ISSN 0214 – 9915. www.psicothema.com Universidad de Córdoba (España).

- CANGAS DÍAZ, Adolfo J; GIL ROALES - NIETO, Jesús; PERALTA MARTÍN, Víctor. Esquizofrenia: Nuevas Perspectivas en la Investigación. Bogotá D.C. Colombia. PSICOM Editores, 2006.
- CAQUEO URIZAR, Alejandra y LEMOS GIRÁLDEZ, Serafín. “Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con Esquizofrenia en una comunidad Latinoamericana”. *Psicothema* 2008. Vol. 20, nº 4, pp. 577-582 ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG. www.psicothema.com – Universidad de Tarapacá (Chile) – Universidad de Oviedo (España).
- CAQUEO URIZAR, Alejandra y LEMOS GIRÁLDEZ, Serafín. “Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con Esquizofrenia en una comunidad Latinoamericana”. *Psicothema* 2008. Vol. 20, nº 4, pp. 577-582 ISSN 0214 – 9915 CODEN PSOTEG. www.psicothema.com – Universidad de Tarapacá (Chile) – Universidad de Oviedo (España).
- CARDONA GOMEZ, Erika Yulieth y SERNA VELASQUEZ, Biviana María. Diferencias de inteligencia emocional entre estudiantes de secundaria con capacidad auditiva y estudiantes con discapacidad auditiva de la Institución Educativa Francisco Luis Hernández Betancur. Institución Universitaria de Envigado. Envigado, 2008
- CHINCHILLA MORENO, Alfonso. *Las Esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*, Elsevier España. 2007.616p. ISBN 9788445817247
- CHUAQUI, Jorge. El estigma en la esquizofrenia: *Ciencias Sociales Online*, Marzo 2005, Vol. II, No. 1. Universidad de Viña del Mar – Chile.

- CHUAQUI, Jorge. Esquizofrenia, Género, Deberes Sociales y Participación en la Familia. Ciencias Sociales Online, julio 2006, Vol. III, No. 2 (58 - 70). Universidad de Viña del Mar-Chile.
- COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 1222 de 2007.
- CULLARI, Salvatore. Fundamentos de Psicología Clínica, México. Pearson, 2001. 468p.
- CURTIS, Michael J; CLIVE P, Page; SUTTER, Morley; WALKER, Michael; HOFFMAN, Brian. Farmacología Integrada, Elsevier España. 1998. 616p. ISBN 9788481743401
- DSMIV-TR. Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, 2002
- FLORENZANO, R., CARVAJAL, C. y WEIL, K. Psiquiatría. Santiago. Mediterráneo, 1999
- FLORES ALARCÓN, Luís. Psicología Social de la Salud: Promoción y prevención, Bogotá D.C. Manual Moderno, 2007. 192p
- GIRALDO VÁSQUEZ, Fredy y LONDOÑO ARREDONDO, Nora. Estudio de prevalencia de los trastornos mentales. Universidad de San Buenaventura. Medellín, 2008
- GOLEMAN, Daniel. La inteligencia Emocional. New York. Editorial Barataria, 2007

- HERNÁNDEZ, R., FERNANDEZ, C. & BAPTISTA, P. Metodología de la Investigación. 2da ed. México. Editorial Mc Graw – Hill, 1998.
- HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN. Manejo Del Trauma Encefalocraneano (TEC), SUBDIRECCION CIENTIFICA. Versión: 01 (Digital) página: 1 de 8. 1 de noviembre de 2006.
- HOUGH, Margaret. Técnicas de orientación psicológica, Madrid, España, Editorial Narcea, 1990. 232p.
- HWANG, Michael Y.; BERMANZOHN, Paul C y DIGON DÍAZ, Laura. “Esquizofrenia y Patologías Comórbidas.españa. editorial Elsevier España. 2003.
- JIMENEZ GARCÍA - Bóveda, Rosa; VASQUEZ MOREJÓN, Antonio. Habilidades Sociales y Apoyo Social en Esquizofrenia. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2007, Vol. 7, Nº 1, pp. 61-71. Centro de Salud Mental Oriente - Centro de Salud Mental Guadalquivir, Sevilla, España
- KOLB, Bryan. Q. Whishaw. Fundamentos de Neuropsicología Humana. Barcelona- España. Editorial LABOR, S.A. 1986. 235p.
- LEY NÚMERO 1122 DE 2007 (Enero 9) - CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
- MARINO LÓPEZ, Lucio. Una Introducción a la Psicopatología. Cali- Colombia, Agentes Editoriales de Ciencias Sociales y Afines, 1995. 506p.

- MERRIAM, Shara B. *Case Study research in education A Qualitative Approach*. San Francisco: Jossey - Bass, 1988
- MERRIAM, Shara B. *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco. Jossey-Bass, 1998. 376p.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. República de Colombia. *Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia: Informe preliminar. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003*. Santa Fe de Bogotá. Dirección General de Promoción y Prevención. Min. De Protección Social y Salud, 2003
- MORIANO Elvira, Juan Antonio, ALARCON PULIDO, Eva y HERRUZO CABRERA, Javier. "Tratamiento Combinado de la Esquizofrenia aplicado en el ámbito domiciliario". *Psicothema* 2004. Vol. 16, nº 3, pp. 436-441. www.psicothema.com. Universidad Córdoba – España
- MORIANO Elvira, Juan Antonio, ALARCON PULIDO, Eva y HERRUZO
- MUELA, José A. y GODOY, Juan F. "Programas actuales de intervención familiar en Esquizofrenia". *Psicothema* 2001. Vol. 13, nº1, pp. 1 – 6. www.psicothema.com. Universidad de Jaén y Universidad de Granada (España).
- MUESER, K. *Cognitive-Behavioral treatment of schizophrenia*. Psicología Conductual, 1995
- PÉREZ, Isabel Paula. *Habilidades Sociales: Educar hacia la autorregulación – Conceptualización, evaluación e intervención*. Barcelona, España, Horsori Editorial S.I, 2000. 198p.

- PIEDROLA GIL, Gonzalo; DOMINGUEZ ROJAS, Rafael y Otros. Medicina Preventiva y Salud Pública. Elsevier España, 2001. 1264p.
- RISO, W. Depresión: avances recientes en cognición y procesamiento de la información. Medellín. Ediciones Gráficas, 1992
- ROBLES GARCÍA, Rebeca. MEDINA DÁVALOS, Rafael. FLORES REYNOS, Samantha y PÁEZ AGRAZ, Francisco. Evaluación de Habilidades Sociales para el trabajo en pacientes con Esquizofrenia: Validez y Confiabilidad del auto reporte y la técnica de Juego de Roles. Revista Salud Mental, Vol. 30, No. 5, Septiembre-octubre 2007. Universidad de Guadalajara – México.
- STAKE, R. E. Investigación con estudio de casos. Madrid: Morata, 1995.
- STAKE, R.E. "Case study Methodology: An Epistemological Advocacy." A W.W. Welsh (ed.) Case study Methodology in Educational Evaluation. Proceedings of the 1981 Minnesot Evaluation Conference. Menneapolis: Minnesota Research and Evaluation Center, 1981.
- TOURIÑO GONZÁLEZ, Rafael; INGLOTT DOMÍNGUEZ, Rafael; BAENA RUIZ, Ernesto y FERNANDEZ FERNÁNDEZ, Jaime. "Guía de Intervención familiar en la Esquizofrenia". México, Editorial Glosa, S.L. 2006.
- UPTON. Thomas D; PREMUDA. Paola; BRORDIERI. James. Revista Neurológica argentina: INVESTIGACION: Desarrollo y provisión inicial de entrenamiento intensivo en las habilidades sociales y preparación para el trabajo en adultos con traumatismo encéfalo-craneal: posibilidades de replicación en el Rió de la Plata. Volumen 27- Nº 4, 2002. 246p.

- VALLEJO RUILOBA, J., Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría, Tercera edición. Barcelona, Salvat, 1991.
- VAZQUÉZ BAQUERO, Luís José. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid-España, Grupo Aula Médica S.A, 1998.
- VIDAL, G., Y ALARCÓN, R., Psiquiatría, Buenos Aires, Editorial Panamericana, 1986.
- WALKER, R. "La realización de estudios de casos en educación. Ética, teoría y procedimientos". A: W. Dockrell i D. Hamilton (Eds.) Nuevas reflexiones sobre la investigación educativa. Madrid: Narcea, 1983.
- WISCARZ STUART, Gail y LARAIA, Michele T. Enfermería Psiquiátrica: Principios y Práctica. Elsevier España, 2006. 928 p.
- YIN, Robert K. Applications of Case Study Research. London, SAGE, 1993.
- YIN, Robert K. Case Study Research. Design and Methods. London, SAGE, 1994.
- ZABALA, Aránzazu y IRAURGI, Ioseba. Entrenamiento en Habilidades Sociales en el Tratamiento de la Esquizofrenia: Una revisión. Revista GOZE. Volumen III. N°8 Febrero 2000 – Universidad de Bilbao – Portugal.

13.CIBERGRAFÍA

Extraído de la página web: www.escuela.med.puc.cl. TRAUMATISMO ENCÉFALO-CRANEANO: TEC. Ubicado en: <http://escuela.med.puc.cl/Deptos/Neurocx/pdf/TraumatismoEncefaloCraneano.pdf>.
Fecha: 28/11/2009. Hora: 5:30 p.m.

Extraído de la página web: www.disaster-info.net. Ubicado en: www.disaster-info.net/desplazados/informes/pah2/.../saludmental.ppt
Fecha: 05/02/2010. Hora: 8:56 p.m.