

**II JORNADAS INTERNACIONALES DE
INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN Y SALUD:
"EXPERIENCIAS EN EDUCACIÓN Y SALUD
TRANSCULTURAL"**

***ADOLESCENCIA CON ESQUIZOFRENIA.
ESTUDIO CUALITATIVO.***

Jesús Mateo Segura*

Dionisia Casquet Román**

Maria del Mar Acosta Amorós**

**Enfermero Hospital Torrecárdenas (Almería),*

***Enfermera.*

Email de Contacto: jmateo84@hotmail.com

ADOLESCENCIA CON ESQUIZOFRENIA. ESTUDIO CUALITATIVO.

INTRODUCCIÓN.

Responder a qué es la esquizofrenia no es fácil. La gran mayoría de la población respondería de forma más o menos adecuada: una enfermedad mental. Si profundizamos un poco más y pidiésemos un poco más de información acerca de esta enfermedad, las respuestas generales serían: son personas extrañas, que tienen una vida diferente, viven aisladas del mundo, en ocasiones agresivos y con comportamientos violentos, haciendo llegar a peligrar la vida de los que están a su alrededor.

El término esquizofrenia viene de dos términos griegos, cuyo significado literal es: esquizo, del griego σχίζειν *schizein* (*schizo*) (“dividir”, “escindir”) y frenia, del griego φρήν (*phren*) (“mente, razón”). En pocas palabras, viene a significar “mente escindida”, es decir, una mente partida en dos: una porción que se relaciona con la realidad y otra que interactúa, en mayor o menor grado, con un mundo imaginario. (1)

A largo del tiempo, el término esquizofrenia ha sufrido diversos cambios. Son muchas formas las que existen para hacer referencia a esta enfermedad en la historia. En épocas antiguas se tenía el conocimiento que las enfermedades mentales eran castigos divinos, posesiones demoniacas y otras alteraciones que tenían que ver con entes divinos. Con el fin de no extender la contextualización, destacar que las dos figuras claves en la historia de la esquizofrenia fueron, Eugene Bleuler, eminente psiquiatra suizo (1857 - 1939) que acuñó el término "esquizofrenia" y delimitó su concepto tras revisar la patología psíquica que Kraepelin denominaba "demencia precoz". Con lo cual, llamó a la enfermedad "esquizofrenia" o mente escindida, puesto que, consideró que lo más característico de la esquizofrenia no es la enajenación o locura, como pensó Kraepelin, sino la escisión de la conciencia.(2).

ADOLESCENCIA CON ESQUIZOFRENIA. ESTUDIO CUALITATIVO.

La esquizofrenia, definida por algunos autores como una grave alteración en el funcionamiento del sistema de comunicación entre las distintas células cerebrales, es la enfermedad mental más devastadora de las enfermedades psiquiátricas. Según los datos de la O.M.S., la esquizofrenia, enfermedad mental grave y crónica, afecta a 52 millones de personas en todo el mundo. Se estima que afecta al 1% de la población mundial y que cada año se diagnostican entre 15 y 30 nuevos casos por cada 100.000 habitantes, apareciendo principalmente a una edad temprana (entre 15 y 30 años de edad). (3).

La esquizofrenia infantojuvenil tiene que ser considerada como un trastorno serio, episódico, crónico y progresivo y que requiere de una supervisión continuada por parte del equipo de salud mental. Con el paso de los años, puede darse una mejora lenta y limitada cuando el trastorno se vuelve latente.

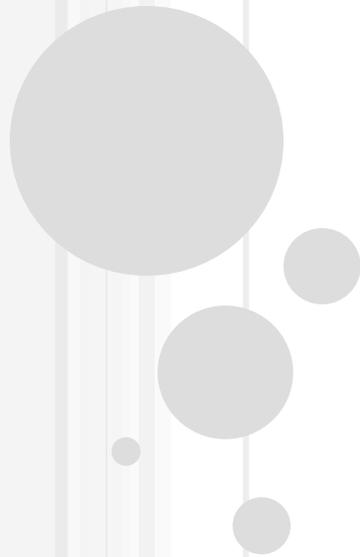
Cuando la esquizofrenia se inicia antes de los 17-18 años, se denomina esquizofrenia de comienzo prematuro (early-onset schizophrenia) o esquizofrenia juvenil, y cuando si inicio tiene lugar antes de los 13 años, se califica de comienzo muy precoz (very-early-onset schizophrenia) o esquizofrenia infantil. A pesar de que los síntomas de la esquizofrenia en niños y adolescentes son parecidos a los de los adultos, existen variaciones a nivel de desarrollo, como pueden ser, fenómenos de pasividad, pobreza en el pensamiento e incoherencia.

Antes de enfermar, son niños normales que hacen una vida normal, pero el trastorno puede aparecer de forma aguda o de manera insidiosa durante meses e incluso años. (4)

ADOLESCENCIA CON ESQUIZOFRENIA. ESTUDIO CUALITATIVO.

Los criterios para diagnosticar esquizofrenia son los mismos en niños y adolescentes que en adultos, aunque en los niños más pequeños no se pueden dar todos los síntomas psicopatológicos por la inmadurez cognitiva que presentan.

El diagnóstico de la enfermedad en la actualidad sigue unos criterios consensuados por expertos, que se agrupan en dos grandes clasificaciones, el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que en estos momentos corresponden a las versiones DSM-IV-TR y CIE-10. (5)(6)



ADOLESCENCIA CON ESQUIZOFRENIA. ESTUDIO CUALITATIVO.

OBJETIVO

Conocer la experiencia vivida, pensamientos, elementos o situaciones que puedan provocar un estado alucinógeno, agitación o malestar general de una joven estudiante de 16 años de edad diagnosticada de esquizofrenia a través de sus propias palabras.

MATERIAL Y METODO.

Para abordar el objetivo de dicho estudio se decide realizar un estudio cualitativo de un solo caso, en concreto, un relato biográfico. El informante es una joven estudiante de 16 años diagnosticado de esquizofrenia, residente en un pueblo de Almería, captado con ayuda de su centro de salud de referencia. Dicho proceso se llevó a cabo durante los meses de enero a abril del 2.015.

La obtención de datos se realiza bajo consentimiento informado por parte de los padres, debido a la minoría de edad de la joven y por mantener la privacidad se han utilizado nombres ficticios de la persona.

La recogida de datos empleada se realizó mediante terapias de escucha activa con una sesión de 2 horas a la semana, en la sala de reuniones del centro de salud en el turno de la mañana, además le proporcionamos un bloc/diario para que la paciente se lo llevara a casa con el objetivo de escribir sus pensamientos, actividades realizadas, o cualquier situación que nos quiera relatar sobre ella misma o sobre su entorno.

Los datos así recogidos fueron transcritos literalmente y analizados siguiendo los pasos descritos por Amezcua y Hueso Montoro. Como resultado del análisis cualitativo de datos emergen las siguientes categorías temáticas: vida, enfermedad, asistencia hospitalaria, situación familiar, social y económica, dibujo. (7)

ADOLESCENCIA CON ESQUIZOFRENIA. ESTUDIO CUALITATIVO.

RESULTADOS.

Toda esta información ha sido extraída de la entrevista y del bloc que le ofrecimos para que ella escribiera en casa los sentimientos, pensamientos que le fueran surgiendo.

VIDA.

Al inicio de la entrevista, la informante se mostró un poco nerviosa, comenzó a hablar poco pero con el paso del tiempo se fue mostrando más relajada. Le resultó duro y difícil contar su experiencia.

“No sé cómo empezar....estoy algo nerviosa, la verdad es que me cuesta hablar de este tema...”

El sujeto relata perfectamente los integrantes de su núcleo familiar y deja muy claro mediante un tono elevado de voz que su padre está siempre fuera trabajando y que su madre se dedica sólo y exclusivamente al cuidado de sus hermanos. Deja claro la falta de cariño y cuidado por parte de sus padres, insistiendo que la relación padres e hija no existe. Su rendimiento escolar no es bueno, pero aún así resalta el interés por ciertas materias.

“mi padre está siempre trabajando, es camionero, no recuerdo celebrar ningún cumpleaños con él....mi madre está al cuidado de mis hermanos pequeños...yo para ella no existo”.

“estoy en 2º de la E.S.O, no soy buena estudiante, he repetido curso dos veces. Pero me encanta la física y las matemáticas, soy una genio en esas asignaturas”.

ADOLESCENCIA CON ESQUIZOFRENIA. ESTUDIO CUALITATIVO.

ENFERMEDAD.

En la entrevista se intentó extraer esta información a través de preguntas, a las cuales la joven se negó a contestar.

“ de eso yo no quiero hablar...porque nadie me cree lo que digo”...y si digo algo termino ingresada en el hospital...no quiero hablar...”

Le ofertamos la opción de que este aspecto podía ser tratado de otra manera, mediante el bloc que le dimos en un principio. Le propusimos que ella escribiera en casa toda su experiencia acerca de la enfermedad. Después de un largo tiempo de espera, la joven accedió.

De su bloc se extrajo dicha información. Fue ingresada por primera vez cuando tenía 12 años, por alteraciones de la conducta, dificultades para auto-controlarse y signos de violencia. Una situación que ella reconoce como algo normal.

“ dicen que me volví agresiva, en ocasiones pegué a mi madre, pero no es así. Si he hecho eso es porque mi madre me fuerza hacer cosas que yo no quiero”.

A continuación, describe su situación actual, en la cual se detecta diferentes síntomas de la enfermedad: delirios, alucinaciones auditivas, ausencia de enfermedad. Por la forma en la que escribe, su comportamiento en la entrevista, no parece estar atemorizada con esta situación, no siente miedo.

“llevo todo el día encerrada en mi cuarto, es lo que más me gusta, sentarme en mi escritorio y pensar, dibujar,...tengo una gran labor y todo depende de mi esfuerzo. Ellos me dicen que soy la elegida y lo tengo que conseguir. Nadie los escucha, pero vienen de fuera... y yo tengo la solución. Y no puedo dar más información, llegará el día en que todos lo veáis y entonces pensareis que no estaba loca”.

ADOLESCENCIA CON ESQUIZOFRENIA. ESTUDIO CUALITATIVO.

ASISTENCIA HOSPITALARIA.

Ha estado ingresada en varias ocasiones, su experiencia ante este hecho la califica como desagradable. Debido a su ausencia de enfermedad no estima oportuno sus ingresos en el hospital. En cuanto a la adherencia en el tratamiento es uno de los problemas más importantes, debido también a su creencia de ausencia de enfermedad tiende a saltarse el tratamiento. Al mismo tiempo refiere estar enferma, pero por contagio de un tío materno que también es diagnosticado de esquizofrenia. No reconoce la gravedad del problema. Se observa gran interés por el móvil.

“no quiero volver al hospital, no necesito esos ingresos, es que nadie me entiende. No estoy enferma, esto es un contagio por mi tío materno, pero no es una enfermedad”

“el tratamiento...es un castigo...en el hospital lo tomo porque no tengo otro remedio...aún así, en ocasiones intento engañar. El tratamiento me produce sueño y ahora más que nunca necesito estar despejada las 24 horas del día.”

“...y que me quiten el móvil...eso yo no lo tolero y entonces es cuando empiezo a ponerme nerviosa...empiezo a sudar...y mi reacción es enfadarme hasta ponerme agresiva”.

SITUACION FAMILIAR, SOCIAL Y ECONOMICA.

La preocupación que presenta es mucho más importante de lo normal. Ese pensamiento se repite a menudo hasta el punto de interferir en la motivación, en la comunicación y planificación. Esto hace que la persona se aíse, presenta intolerancia a estar entre multitudes, reuniones o incluso a estar con una sola persona. Se observa una disminución del interés por las relaciones sociales con tendencia a las actividades solitarias.

ADOLESCENCIA CON ESQUIZOFRENIA. ESTUDIO CUALITATIVO.

“tengo que estar concentrada, en mi trabajo no puedo despistarme, y cuando hablo un poco de lo que a mi realmente me preocupa, mis amigos me miran como asombrados, no me entienden. Mis actividades las hago yo en mi casa, sola.”

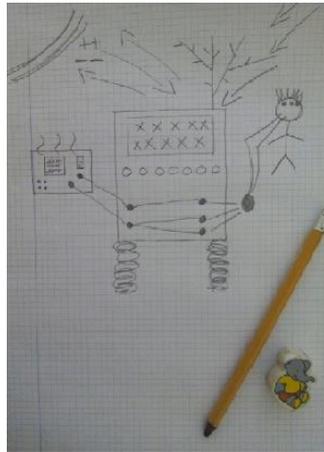
En cuanto a la situación familiar y económica es algo desbordante. La joven presenta consumo de cocaína debido a la esta situación que está viviendo. Está en tratamiento para rehabilitarse.

“consumo cocaína, pero de forma espontanea, sólo en esos momentos que me encuentro aturdida y la cocaína me ayuda a salir de ese mundo, me despierta y vuelvo a trabajar en lo mío...no tengo dinero...pero reconozco que en ocasiones he robado dinero a mi madre. Entonces ahí es cuando me relaciono con gente que todos afirman que son mala influencia. Estoy en tratamiento para ello, me estoy rehabilitando porque es perjudicial para mi salud y mi supuesta enfermedad”.

ADOLESCENCIA CON ESQUIZOFRENIA. ESTUDIO CUALITATIVO.

DIBUJO

Le pedimos a la joven que realizara un dibujo en su bloc, sus pensamientos, ideas, sentimientos, cualquier cosa con la cual se sintiera reflejada. Este fue el resultado.



Le pedimos que explicara un poco la interpretación del dibujo y se mostró algo indecisa, no queriendo dar muchos detalles. Podemos observar la figura de un móvil y una persona. La repetitiva de símbolos, flechas...explica mediante una serie de procedimientos la construcción de un móvil nuevo con el que mantendrá conexión con el exterior.

“no soy buena dibujando, pero todo lo tengo en mi cabeza. Todo se construye gracias a procedimientos matemáticos. Esta creación sólo la puedo hacer yo según me han dicho ellos. No es nada sencilla, sólo necesito tiempo. No causará ningún daño porque el control lo tengo yo, las ondas electromagnéticas serán producidas....lo siento, no puedo decir más...”

ADOLESCENCIA CON ESQUIZOFRENIA. ESTUDIO CUALITATIVO.

CONCLUSIONES.

La esquizofrenia afecta tanto a los individuos que la padecen como a sus familiares, los cuales se ven envueltos en una situación de angustia y de miedo, la cual desconocen totalmente, a la que deben enfrentarse y vivir con una serie de cambios inquietantes.

En cuanto a la sociedad ante estas enfermedades mentales tienden a la estigmatización del enfermo, incluso a veces, hasta de la familia que los rodea. Se discrimina al enfermo, dejando de referirse a él en su dimensión de persona y pensando en él como enfermo irrecuperable.

Generalmente las personas esquizofrénicas no son violentas. Ciertos síntomas asociados a la enfermedad, como los delirios, son los que contribuyen a la conducta violenta. También el consumo de drogas hace que influya a esta conducta agresiva. Normalmente, si una persona con esquizofrenia se vuelve violenta, la violencia generalmente va dirigida hacia miembros de la familia y tiende a ocurrir en el hogar.

Actualmente existen opciones terapéuticas eficaces que pueden controlar bien los síntomas de la enfermedad, produciendo menos efectos secundarios que puedan interferir en la vida de la persona gracias a que la ciencia va evolucionando a lo largo del tiempo. Hoy en día, estos pacientes pueden llevar una vida relativamente normal siempre y cuando cumplan con el régimen terapéutico y unos hábitos de vida saludables evitando el consumo de tóxicos, asistiendo a terapias rehabilitadoras, realizando una actividad social y familiar diaria para convivir con la enfermedad. Todo esto en su conjunto garantizará el poder conseguir la estabilidad y el buen pronóstico de la enfermedad.

ADOLESCENCIA CON ESQUIZOFRENIA. ESTUDIO CUALITATIVO.

BIBLIOGRAFIA.

1. **Nicolson R, Lenane M, Hamburger SD, Fernandez T, Bedwell J, Rapoport JL. Lessons from childhood-onset schizophrenia. *Brain Research Review*. 2000;31(2-3):147-156.**
2. **Andreasen, N. The evolving concept of schizophrenia from Kraepelin to present and future. *Schizophrenia Research*; 1997. 28, 105-109.**
3. **Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>. Consultado el 21 de Diciembre 2014.**
4. **Hollis C. Diagnóstico y diagnóstico diferencial. Esquizofrenia en niños y adolescentes. Remschmidt H (ed). Barcelona: Ariel Editorial, 2003.**
5. **Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión De La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Capítulo V(F). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: 1990.**
6. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition-Text Revision. (DSM-IV_TR) Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2000.**
7. **Amezcu M, Hueso Montoro C. Cómo analizar un relato biográfico. Archivos de la Memoria. 2009. Disponible en: <http://www.indexf.com/memoria/6/mc30863.php>. Consultado el 22 de diciembre 2014.**