

**FACTORES ASOCIADOS AL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN EL
VALLE DE ABURRÁ**

Luis Valentín Vásquez Martínez

Asesor

Robinson Ortiz Sanchez

PSICOLOGÍA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

2016

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
2. JUSTIFICACIÓN	10
3. OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo General	12
3.2 Objetivos específicos.....	12
4. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	13
5. MARCO TEÓRICO.....	22
5.1 Aspectos históricos del diagnóstico de la esquizofrenia	22
5.2 Diagnóstico de la esquizofrenia según DSM- V	26
5.3 Diagnóstico de la esquizofrenia según CIE- 10	31
5.4 Marco legal de los riesgos psicosociales en Colombia	35
6. METODOLOGIA	40
6.1 Tipo de investigación	40
6.2 Diseño de investigación	41
6.3 Población y muestra	41
6.4 Criterios de inclusión y exclusión	42
6.5 Unidades de análisis.....	42
6.6 Instrumentos de recolección de información.....	44
6.7 Procedimiento de recolección de la información	45
6.8 Plan de análisis.....	46
6.9 Consideraciones éticas	47

7. RESULTADOS.....	50
7.1 Puntajes totales por unidades de análisis.....	52
7.1.1 Puntajes por unidad de análisis Factores físicos.....	54
7.1.2 Puntajes por unidad de análisis Factores fisiológicos	55
7.1.3 Puntajes por unidad de análisis Factores intralaborales	56
7.1.4 Puntajes por unidad de análisis Factores extralaborales.....	56
8. DISCUSION	59
9. CONCLUSIONES	63
10. BIBLIOGRAFIA.....	66
ANEXOS.....	71
Anexo 1. Lista de chequeo factores asociados al diagnóstico de esquizofrenia.....	71

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Criterios de Schneider	25
Ilustración 2. Concepción de la esquizofrenia en el DSM-IV y el DSM-V	27
Ilustración 3. Clasificación de la esquizofrenia según CIE- 10.....	32
Ilustración 4. Formas de evolución de la esquizofrenia	34
Ilustración 5. Instituciones del valle de aburra implicadas en el diagnóstico de esquizofrenia ..	50
Ilustración 6. Profesionales que se encuentran implicados en el diagnóstico de esquizofrenia. .	51
Ilustración 7. Puntajes totales por unidades de análisis.....	52
Ilustración 8. Factores físicos.....	54
Ilustración 9. Factores fisiológicos.....	55
Ilustración 10. Factores intralaborales.....	56
Ilustración 11. Factores extralaborales.....	56
Ilustración 12. Factores relacionales	57

RESUMEN

La esquizofrenia se ha convertido en un reto de los diferentes sistemas de salud a nivel mundial debido a su complejidad y similitud con otros trastornos, este proyecto buscó identificar algunos factores que pudieran estar asociados al diagnóstico de esquizofrenia en el Valle de Aburrá. Esto se realizó a partir de una lista de chequeo que permitía evaluar los factores físicos relacionados al lugar donde se lleva a cabo el diagnóstico y la actividad laboral; factores fisiológicos, los cuales hacen referencia a la salud física del profesional; factores intralaborales, que tratan las características de la institución donde labora el profesional; factores extralaborales, los cuales involucran el entorno familiar, social y económico del profesional; y los factores relacionales que son de tipo comunicativo y relacional del profesional frente a sus compañeros trabajo, pacientes, familia e institución.

Esta lista de chequeo, aplicada a profesionales de la salud mental con dos o más años de experiencia y que estuvieran involucrados directamente en el diagnóstico de esquizofrenia, permitió identificar desde la perspectiva del profesional cuales de estos factores posiblemente están asociados al diagnóstico que realiza. La lista de chequeo fue aplicada finalmente a seis médicos psiquiatras y un psicólogo que aceptaron su participación en la investigación y que están directamente relacionados con el diagnóstico de esquizofrenia. Finalmente se encontró que los profesionales participantes identifican los aspectos intralaborales, los factores relacionales y los factores fisiológicos como relacionados con su actividad laboral y por consiguiente con el diagnóstico de esquizofrenia. En cuanto a las demás unidades de análisis, los profesionales no identifican estas como significativamente relacionadas con la actividad de diagnóstico que realizan. Sin embargo, esto no implica que cada factor de las unidades de análisis no deba ser tenidos en cuenta en la interpretación de los resultados encontrados.

Palabras clave: Esquizofrenia, diagnóstico, psiquiatría, psicología, Valle de aburrá

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La esquizofrenia a nivel mundial se ha convertido en un reto para los sistemas de salud debido a la complejidad que implica su diagnóstico, lo costoso del tratamiento y lo complicado que puede ser la comprensión de sus mecanismos y dinámicas de funcionamiento. Los síntomas que componen este trastorno y la manera en que los pacientes se relacionan con el mundo que los rodea, cómo perciben su propia enfermedad han generado interés para los investigadores desde que John Haslam describiera el primer caso que presentaba los síntomas típicos de la esquizofrenia, (Giner, Ibáñez, Cervera, Sanmartín y Caballero, 2001) y toda la percepción social que rodea al trastorno (Ochoa, Martínez, Ribas, García-Franco, López, Villellas, Arenas, Álvarez, Cunyat, Vilamala, Autonell, Lobo, y Haro, 2011).

Hoy en día la esquizofrenia presenta una alta tasa de prevalencia que la convierte en un trastorno tan común como la epilepsia. Según datos de la OMS publicados en el reporte Nations for Mental Health, schizophrenia and public health, a nivel mundial, este padecimiento presenta una prevalencia de 0.5% a 1.5% y afecta de manera indiscriminada tanto a hombres como mujeres, además en adultos existe una prevalencia entre 1 y 17 por cada 1000 habitantes. En el lapso de un año se presenta una tasa de desarrollo del trastorno entre 1 y 7.5 por cada 1000 habitantes y una prevalencia total entre 1 y 18 por cada 1000 habitantes (Thornicroft, Harnois, Barbato, Ladrado-Ignacio y Jenkins, 1998). Esto implica que, existe un riesgo de desarrollar la enfermedad de alrededor del uno por ciento, es decir que de cada cien personas que nazcan hoy al menos una desarrollará el trastorno.

La aparición de los manuales estadísticos de enfermedades mentales, han hecho del diagnóstico de la esquizofrenia y en general de los trastornos mentales una tarea menos

compleja y que busca un diagnóstico libre de las influencias de las diferentes corrientes teóricas como ocurre en la psicología en las cual los diferentes enfoques difieren en su manera de realizar el diagnóstico y posterior tratamiento. Estos manuales trajeron consigo la necesidad de un diagnóstico acertado y eficaz, un diagnóstico que sirviera para encaminar un proceso de tratamiento para el trastorno que fuera centrado en la necesidad del paciente y que estuviera más allá de los requerimientos burocráticos e institucionales. En el reporte de la OMS: Nations for Mental Health, schizophrenia and public health se plantea que un buen diagnóstico como ante la ausencia de un indicador biológico evaluable con efectividad el diagnóstico debe estar apoyado en una entrevista clínica, la observación del comportamiento del paciente y la utilización de los manuales diagnósticos avalados por la OMS como son el CIE 10 y DSM IV (Thronicroft, Harnois, Barbato, Ladrado-Ignacio y Jenkins, 1998). Además establece que para que un diagnóstico sea acertado y eficaz debe tener en cuenta los siguientes parámetros:

- Tener en cuenta que los criterios diagnósticos son herramientas provisionales que organiza los conocimientos científicos disponibles sobre el trastorno a efectos prácticos, pero deja la puerta abierta a futuros desarrollos.
- Dado que los límites entre la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos puede ser difícil, especialmente durante las primeras etapas, el diagnóstico requiere de un conjunto de síntomas que se reconocen durante un periodo de tiempo ya que no existe un signo o síntoma específico propio de la esquizofrenia que lo diferencia de otros trastornos. Por tanto se requiere de una cuidadosa evaluación diagnóstica estandarizada.
- Los criterios diagnósticos de la esquizofrenia no llevan suficiente información para la planificación del tratamiento. Los síntomas sugestivos de la esquizofrenia se pueden encontrar en una serie de trastornos neurológicos y

psiquiátricos. Por lo tanto, el diagnóstico diferencial debe considerar las siguientes condiciones: epilepsia, neoplasmas del sistema nervioso central, traumas en el sistema nervioso central, infecciones en el sistema nervioso central (en particular malaria y otras enfermedades parasitarias, neurosífilis y encefalitis herpética), ACV, desórdenes afectivos, trastorno delirante, psicosis transitoria, otras enfermedades del sistema nervioso central (leucodistrofia, enfermedad de Huntington, enfermedad de Wilson y lupus).

A pesar de estas recomendaciones los diferentes centros de atención y profesionales que tratan y estudian este trastorno han ido desarrollando diferentes sistemas y protocolos de intervención y diagnóstico que aplican a los pacientes que tratan. Esto implica que, existe la necesidad de la utilización de herramientas adicionales a los criterios diagnósticos para lograr un diagnóstico que las instituciones consideren acertado (Baldomero, Baca, Cercós y Leal, 2006), por tanto estas diferentes maneras de proceder arrojarían diagnósticos diferentes debido a las maneras particulares en que los profesionales realizan el diagnóstico y afectar la efectividad de los diagnósticos, el tratamiento y de los servicios de salud. A nivel nacional y local no se han establecido guías clínicas para la esquizofrenia que sean establecidas por las entidades reguladoras de salud como el ministerio de salud y la seccional de salud de Antioquia, por lo tanto las instituciones de salud mental crean sus propios protocolos y guías de diagnóstico. Por lo cual, a pesar de ser públicos sus modelos de trabajo con el trastorno, no se conocen como se hacen los diagnósticos, ni que factores pueden verse involucrados en estos tanto de manera positiva como negativa.

2. JUSTIFICACIÓN

Una falla en el proceso de diagnóstico es un obstáculo en el proceso terapéutico, de modo que se hace necesario conocer cómo se hacen los diagnósticos en las instituciones de salud mental en el valle de Aburrá y que factores pueden estar asociados a estos positiva y negativamente, para entender si afecta o no la calidad y pertinencia del diagnóstico de esquizofrenia. Estos factores asociados al diagnóstico en el contexto de la salud colombiana son específicos debido a las características del sistema de salud en el cual se opera. La identificación de estos y la posible descripción de la relación entre estos y el diagnóstico y como este a su vez influye directamente en el tratamiento de pacientes y su relación con los servicios de salud, profesionales e instituciones, evitará secuelas irreversibles, gastos innecesarios de tipo económico, social y familiar y aumentará la efectividad de los tratamientos. Además una intervención para lograr una mejoría de estos factores, traería un aumento en la calidad de vida para los pacientes y aumento en la efectividad de los tratamientos administrados a estos.

La OMS plantea como consecuencias directas de la esquizofrenia: la mortalidad, discapacidad social, estigma social, impacto en los cuidadores y costos sociales. Sobre la mortalidad, la OMS plantea que a pesar de no ser una enfermedad mortal, la tasa de mortalidad de la esquizofrenia es de treinta mil muertes al año a nivel mundial. La discapacidad social se refiere a la pérdida de autocuidado, desempeño laboral, relaciones familiares y sociales. El estigma social se refiere a las actitudes negativas y creencias hacia quienes padecen del trastorno. Cuando se habla de impacto sobre los cuidadores se hace referencia a los costos económicos relacionados a cuidar un paciente con esquizofrenia, la reacción emocional hacia el trastorno del paciente y el estrés generado por el comportamiento de este. Por último, los costos sociales muestran la

cuantificación de la carga social global del trastorno teniendo en cuenta el grado de discapacidad (Thronicroft, Harnois, Barbato, Ladrido-Ignacio y Jenkins, R. 1998).

Estas consecuencias que plantea la OMS, pueden ser atenuadas mediante el mejoramiento de las condiciones diagnósticas y la estandarización y control de los procedimientos que intervienen en el diagnóstico, tratamiento y manejo del trastorno como se plantea Baldomero, Cercós y Leal (2006). Este mejoramiento de las condiciones diagnósticas implicaría además una reducción de los costos que giran alrededor del manejo de la esquizofrenia y aumentaría el cubrimiento de los servicios de salud para los pacientes y mejoraría la relación costo-efectividad de las intervenciones, lo cual implica un aumento significativa de la calidad de vida percibida por los pacientes y un mejoramiento de sus condiciones de vida (Cabello, Díaz y Arredondo, 2011; Giner, Ibáñez, Cervera, Sanmartín y Caballero, 2001)

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Identificar algunos factores asociados a la realización del diagnóstico de esquizofrenia en el Valle de Aburrá.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar qué factores asociados al diagnóstico de esquizofrenia son recurrentes.
- Categorizar los factores identificados como asociados al diagnóstico.
- Caracterizar los factores en el diagnóstico de esquizofrenia.

4. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

La esquizofrenia ha mostrado con el transcurso de los años un alto componente biológico, lo que ha aumentado la complejidad de su comprensión, diagnóstico y tratamiento. La aparición de los manuales diagnósticos y con ellos una gran variedad de trastornos de sintomatología similar a la esquizofrenia ha llevado a que se produzcan diagnósticos errados debido a que pueden confundir sus síntomas y la evaluación de los criterios diagnósticos queda en manos del psiquiatra o psicólogo de turno el cual se vale de su subjetividad para diferenciar un trastorno de otro.

Los criterios diagnósticos para la esquizofrenia que se en el DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y en el CIE 10 (Clasificación internacional de enfermedades) tienen como base para realizar el diagnóstico la aparición de síntomas psicóticos y de síntomas negativos, los cuales evaluados por el profesional mediante la observación y entrevista con el paciente para luego ser diagnosticado y comenzar el tratamiento. Para lograr un diagnóstico acertado se requiere de suficientes sesiones que permitan al profesional despejar sus dudas sobre la sintomatología del paciente y que le permita trabajar sobre las diferentes hipótesis diagnósticas que pueda tener como se plantea en el reporte de la OMS: Nations for Mental Health, schizophrenia and public health (Thronicroft, G; Harnois, G; Barbato, A; Ladrado-Ignacio, L & Jenkins, R. 1998).

Particularmente, en el sistema de salud colombiano el requerimiento de masificar los servicios ha dejado a los profesionales con poco tiempo para trabajar sobre el diagnóstico de los pacientes, obligándolos a realizar diagnósticos rápidamente lo cual permite ajustarse a los horarios y poder atender los pacientes asignados en la agenda. Este aspecto presenta repercusiones en la calidad de la atención, particularmente en el

diagnóstico se puede ver permeado por la subjetividad de quien lo realiza y que algunos de los síntomas que no pertenecen a un diagnóstico multiaxial puedan en ocasiones ser asignados erróneamente, propiciando que se hagan diagnósticos errados con diferentes trastornos psicóticos que se asemejan sintomáticamente a la esquizofrenia, sometiendo a los pacientes a tratamientos inadecuados para su trastorno (Iglesias, García, 2001), disminución de los diagnósticos de esquizofrenia en las últimas décadas y el aumento de otros diagnósticos con sintomatología similar.

Estos aspectos presentan la necesidad de que los sistemas de salud estén atentos y puedan corregir los factores que dificultan el diagnóstico y provoca que se realicen diagnósticos errados. En este sentido, el mejoramiento de estos factores trae consigo no solo beneficios para el paciente y para el profesional que realiza los diagnósticos, sino también que las intervenciones y tratamientos oportunos traen consigo beneficios económicos evitando tratamientos y hospitalizaciones innecesarias que representan un ahorro para los servicios de salud. También trae beneficios en la visión que tiene el paciente del sistema de salud de su país y la percepción general que se tiene de las empresas prestadoras de servicios de salud.

La investigación de la esquizofrenia se ha enfocado en años recientes a la búsqueda de las raíces biológicas de la enfermedad con el fin de encontrar una herramienta de diagnóstico temprano presentando dos tipos de resultados. El primero son los mecanismos neurológicos que generan los síntomas cognitivos y psicológicos y el segundo son los factores genéticos implicados en la aparición y posible transmisión del trastorno. En el primer campo se ha destacado las investigaciones de Susan Whitfield-Gabrieli, John D. Gabrieli y Larry J. Seidman (2009) y su equipo de colaboradores del instituto para la investigación del cerebro del MIT en Estados Unidos, quienes a través de resonancia magnética funcional por imágenes en pacientes esquizofrénicos, parientes

en primer grado no psicóticos de estos, descubrieron una sobre conectividad neuronal en las áreas asociadas a la reflexión sobre uno mismo, estas áreas en pacientes sin esquizofrenia se desactivan cuando estas enfocados en tareas que requieren atención fija y concentración. La visión tradicional sobre la esquizofrenia dice que las alteraciones de la percepción y de las emociones características de este trastorno son causadas por desconexiones entre regiones cerebrales que controlan estas funciones específicas. Esta investigación ha ayudado a comprender la aparición de síntomas cognitivos y psicológicos de la esquizofrenia y ha mostrado la necesidad de replantear nuevas maneras de comprender el trastorno y como el paciente lo vive. Respecto al campo genético, Susumu Tonegawa (2003) liderando su equipo investigativo ha logrado identificar que el gen denominado PPP3CC contribuye a la respuesta de desarrollo temprano y forma parte de la ruta de señalización de la enzima calcineurina directamente relacionada con la aparición de pensamientos desorganizados, problemas con la memoria, el lenguaje y déficits de atención.

Las primeras descripciones de lo que formalmente se conoce como esquizofrenia se realizaron por Philippe Pinel (1745-1826) quien dedicó gran parte de su carrera a la investigación de los fenómenos mentales y su clasificación presentada en el libro tratado médico-filosófico de la alienación mental (*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*) en donde se identifican cuatro tipos de trastornos mentales generalizados: la melancolía simple, la manía, la demencia y la idiocia, los cuales aportaron una descripción detallada de un abanico sintomático de lo que más adelante conceptualizaría como demencia precoz. La demencia precoz sería el precursor de la esquizofrenia como entidad nosológica que haría su aparición en 1898 de la mano de Emil Kraepelin quien plantea que la hebefrenia y la catatonia son subtipos de una misma enfermedad la cual aisló de otros trastornos mentales presentes en la época. En 1911 el psicólogo Eugen

Bleuler plantea que el termino demencia precoz era inadecuado para describir el trastorno ya que no conlleva necesariamente a un deterioro de las funciones mentales como lo puede presentar el Alzheimer y que además no solo se presenta en personas jóvenes sino que es un trastorno que no discrimina edad en quienes lo padecen y se caracterizan en síntomas fundamentales como: asociaciones laxas del pasamiento, afectividad aplanada, ambivalencia y autismo; también establece síntomas accesorios: alucinaciones, delirios, alteraciones de lenguaje y escritura y síntomas catatónicos, además plantea agrupar estos síntomas en aquellos que son producidos directamente por la esquizofrenia y aquellos que son producidos por el organismo en un intento de adaptarse a los primeros.

Kurt Schneider (1930) plantea los criterios diagnósticos para la esquizofrenia, los cuales llamo síntomas de primer orden: pensamiento sonoro, escuchar voces que discuten entre sí, escuchar voces que comentan las propias acciones, experimentar influencias corporales, robo de pensamiento, divulgación del pensamiento y percepciones delirantes, estos síntomas son criterios que aún se utilizan en la clínica de la esquizofrenia y son conocidos como síntomas schneiderianos. *“Schneider fue el primer autor en proponer una definición operativizada de la esquizofrenia; se debía constatar al menos uno de sus ocho síntomas específicos de primera categoría de la esquizofrenia para establecer diagnóstico del trastorno”* (Modestin, Huber, Satirli, Malti y Hell 2004 p.178)

La investigación de la esquizofrenia tuvo dos grandes momentos en su historia que permitieron una mejoría en su comprensión y tratamiento, el primero fue en la década del cuarenta cuando se publicaron los primeros estudios con fármacos neurolépticos, más tarde hacia el año 1948 Henri Laborit hizo los primeros estudios con neurolépticos en pacientes no psicóticos, los resultados de estos estudios llevaron en 1949 al

descubrimiento de las benzodiazepinas por Leo Sternbach, medicamentos que mostraron años más tarde una alta efectividad en el tratamiento de los trastornos psicóticos cuando en el año de 1952 Jean Delay y Pierre Deniker suministraron por primera vez neurolépticos a pacientes psicóticos reduciendo de manera exponencial el número de pacientes sometidos a hospitalización permanente.

El segundo gran momento de la historia de la esquizofrenia ocurre en el mismo año de 1952 cuando aparece la primera edición del DSM (I) en el cual se hace el primer intento de universalizar los criterios diagnósticos de los trastornos mentales. En esta edición la esquizofrenia aparece caracterizada como “reacciones esquizofrénicas” y aparecieron divididas en los tipos: simple, hebefrenica, catatónica, paranoide, aguda indiferenciada, crónica indiferenciada, tipo esquizoafectivo, tipo infantil y tipo residual. A partir de la publicación del DSM-IV el estudio de la esquizofrenia cobro mayor importancia a nivel mundial y se hizo imperativo para las instituciones médicas y universidades comprender su funcionamiento, es así que en 1954 Klaus Conrad publica su estudio “La esquizofrenia incipiente” en el cual hace una descripción detallada de 5 fases de la esquizofrenia y su semiología: apofonía, anástrofe, apocalipsis, consolidación y residuo planteando un modelo dinámico-evolutivo del trastorno y una visión unitaria del deliro. Esta nueva visión del trastorno contribuyo a que en la segunda edición del DSM (II) en 1968 la esquizofrenia fuera ubicada en el apartado de las psicosis no atribuidas a condiciones físicas previas. Este interés por la clasificación y el diagnóstico de la esquizofrenia llevo a que aparecieran detractores de este sistema de diagnosis que consideraban incompetente por su interés de estandarizar los criterios, es así que en 1972 David Rosenhan publicara el artículo “Sobre estar de acuerdo en centros para locos” en el cual hace una crítica al sistema de diagnóstico y puntualiza sus dificultades. Debido al revuelo causado por el artículo de Rosenhan los criterios

diagnósticos son revisados para la tercera edición del DSM (III) publicada en 1974. Durante las décadas de 1980 y 1990 cobran fuerza las hipótesis ambientales y biologicista en el desarrollo del trastorno, de modo que en la cuarta edición del DSM (IV) se introduce la evaluación multiaxial lo que permite tener en cuenta diversos factores en la evaluación aparte del estado mental observable del paciente. Al día de hoy se ha descubierto una alta influencia genética, ambiental y biológica en el curso del trastorno lo cual impulsado una necesidad de redefinir su conceptualización teórica lo que ha generado que diferentes corrientes clínicas entren en debate sobre cómo debe ser tratada y diagnosticada.

Actualmente se presenta un interés por identificar no solo el curso de la esquizofrenia y los aspectos biológicos y psicológicos de esta sino también por aquellos aspectos que giran en torno a esta, regulaciones administrativas, regulaciones políticas, entornos sociales y medidas preventivas a nivel público, lo cual ha permitido identificar en años recientes una disminución en el número de diagnósticos de esquizofrenia a nivel mundial, aunque la prevalencia sobre el total de la población sigue siendo muy alta, esta disminución puede atribuirse, al menos en parte, a medidas preventivas inespecíficas, a la atención a factores como las condiciones culturales y políticas de región, a los diferentes hábitos de diagnóstico de las instituciones, las diferencias en la estructura de los servicios asistenciales y en los sistemas de información. (Iglesias García, 2001 p.111). En este sentido los investigadores cubanos Antonio Núñez, Carmen Frómeta y Dulce Hechavarría (2013) han encontrado una relación entre los factores ambientales y la aparición del trastorno. También los factores familiares, genéticos y acontecimientos estresantes aparecen con una alta relación con el diagnóstico del trastorno. En este sentido los autores plantean que las condiciones psicosociales aunque se relacionan con

la aparición y diagnóstico de la esquizofrenia, estos no se evidencian como causas definitivas (Núñez, Frómeta y Hechavarría 2013, p.34)

La necesidad de comprender los trastornos mentales ha llevado a crear sistemas que nos permitan diagnosticarlos para poder realizar tratamientos que contrarresten sus efectos en los pacientes. En la actualidad el diagnóstico se ve permeado por diferentes factores sociales, institucionales y legislativos que reducen la eficacia del profesional que está en función de atender a quien padece alguna patología. Los factores problemáticos que influyen actualmente en el diagnóstico de la esquizofrenia en el contexto colombiano son específicos debido a las características del sistema de salud en el cual se opera, esto podría generar un diagnóstico errado que perjudica a pacientes con patologías diferentes a la esquizofrenia y que por estar mal diagnosticados podrían pasar por múltiples tratamientos innecesarios que dejen secuelas irreversibles afectando la calidad de vida de estos entendida como *“la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en el que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses”* (Giner, Ibañez, Cervera, Sanmartín y Caballero 2001, p.235)

La esquizofrenia es quizás uno de los trastornos mentales más complejos que hay en la actualidad debido a la conjunción de diferentes factores biológicos, ambientales y psicológicos que afectan su curso y son estos mismos los que atraviesan su tratamiento y diagnóstico. Es tal la complejidad de este trastorno que muchos especialistas la han catalogado como uno de los grandes misterios de la medicina que además es uno de los trastornos más padecidos a nivel mundial, es por esto que la esquizofrenia se ha convertido junto al Alzheimer en uno de los trastornos más investigados y una de las prioridades de organismos como la OMS/WHO (1998). La causa de la esquizofrenia se

convirtió en una obsesión para muchos investigadores, pero lamentablemente sigue siendo esquiva la respuesta, se han planteado varias hipótesis sobre su aparición.

En primer lugar puede identificarse una de tipo cognitivo en la que se plantea que personas determinadas presentan una vulnerabilidad y que algún factor ambiental o estrés facilita la aparición de síntomas típicos de la enfermedad. Otra línea estudiada es de carácter neurológico y plantea que la causa del trastorno se origina en interconexiones neuronales anormales en el cerebro; y el otro campo de investigación que cobra más fuerza plantea el origen de la enfermedad en una falla genética en los genes de desarrollo temprano.

La prevalencia de esta enfermedad a lo largo de la vida se ha reportado entre 0.3% y 1.6% (Jablensky 2000, p.28) y su incidencia de 0.002% a 0.011%. Una tercera parte de los pacientes con esquizofrenia inicia el padecimiento antes de los 18 años (Kumra, Oberstar, Sikich, Findling, McClellan, Vinogradov y Schulz 2008, p.63) y 6% antes de los 16 años (Merry y Werry 2001, p.272). Se ha descrito que en esta población hay un mayor número de casos entre los varones, con relación de 2:1 (Chard, McClellan, y Werry 1991, p.459). El curso de la esquizofrenia incluye remisiones y exacerbaciones, aunque en algunos pacientes persiste un estado psicótico grave. Los factores asociados a un mal pronóstico incluyen al funcionamiento premórbido pobre, mayor duración de la psicosis no tratada, mayor gravedad de la enfermedad y mayor número de recaídas.

El diagnóstico de la esquizofrenia ha sido un proceso largo iniciado a principios del siglo XIX y que en la actualidad se presentan en los criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE-10, que se enfocan a evaluar síntomas de tipo psicótico y síntomas de tipo cognitivo. Los criterios que aparecen en ambos manuales diagnósticos (DSM-IV y CIE-10) ven influenciada su aplicación y su confiabilidad dependiendo del lugar y la legislación de salud vigente donde son utilizados para la realización de los diagnósticos.

Además de la legislación hay varios factores que complejizan y dificultan el diagnóstico de la esquizofrenia tanto en Colombia como a nivel mundial y hacen que en muchos casos los criterios diagnósticos no sean suficientes para un diagnóstico acertado.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Aspectos históricos del diagnóstico de la esquizofrenia

El desarrollo del diagnóstico de esquizofrenia ha ocurrido a la par del desarrollo de la psicopatología y el diagnóstico de las enfermedades mentales. Este se remonta a las escuelas de pensamiento griegas, particularmente a la orientación biológica con el desarrollo de la medicina Hipocrática y su descubrimiento de que las quejas del paciente expresan un desequilibrio, alteración o desorden biológico, tomando las quejas del paciente como la representación de un fenómeno al interior del cuerpo diferente a otros enfoques en que se consideraba como algo causado por fenómenos fuera del organismo (Doménech 1991, p.37).

En este punto del desarrollo histórico de la esquizofrenia Alvares y Colina (2013, p.7) plantean que se trata, de un período de transición en el que los pioneros de la psicopatología elaboran aún sus teorías echando mano de los autores clásicos y de los ideales de la ciencia médica.

Esta posición frente a la enfermedad contribuyó al entendimiento de esta como un fenómeno natural al organismo reemplazando la idea antigua de la enfermedad como causas sobrenaturales que había acompañado la medicina. La enfermedad se entendió a partir de esa época como desorganizaciones de los mecanismos corporales. El diagnóstico se realizó desde entonces partiendo desde una perspectiva semiológica, la cual busca percibir una alteración en el orden funcional adecuado del cuerpo observando desde una mirada técnica las manifestaciones del paciente, para luego ser categorizadas según el saber patológico del médico (Doménech 1991, p.66). Este modo

de llegar al diagnóstico generó un cambio en la perspectiva médica, la cual se había fundamentado en conceptos anatómicos basados en los estudios realizados sobre cadáveres, y propuso los conceptos anatómicos basados en la fisiología del cuerpo vivo. Esto permitió la evolución de los conceptos médicos y patológicos, impulsando también el proceso diagnóstico que evolucionó a la par de los avances en los diferentes campos de la medicina. Esta evolución se dio de forma caótica debido a los diferentes tipos de proceder en los hospitales, clínicas y universidades alrededor del mundo, sumado a esto, las dificultades de la comunicación propias de la época contribuyeron a la falta de un lenguaje común que permitiera a los investigadores llevar un proceso conjunto y ordenado de desarrollo de los conceptos clínicos y diagnósticos (Peralta y Cuesta, 2003, p.143). Esto llevó a que en el siglo XVI Thomas Sydenham se diera a la tarea de clasificar y diagnosticar las patologías encontradas hasta la fecha sobre una base semiológica, es decir desde las manifestaciones clínicas observables por el médico y relatadas por el paciente. Aunque esta idea propuesta por Sydenham no pudo ser llevada a cabo totalmente debido a los diferentes modelos del proceso orgánico (anatomopatológico, fisiopatológico y etiológico) que se desarrollaron a medida que se entendía mejor la realidad del organismo, permitió un primer acercamiento a una posible clasificación ordenada de la patología humana, lo que facilitó para la época, el diagnóstico de enfermedades y puso en un mismo lenguaje la investigación de las patologías humanas (Doménech 1991, p.107).

La esquizofrenia, por su parte, ha sido descrita desde tiempos muy antiguos de manera empírica, pero desde el siglo XVII a la par de los desarrollos en el conocimiento de la patología, se encuentran los primeros desarrollos de los mecanismos del proceso orgánico y los intentos de clasificación patológica.

La esquizofrenia como trastorno se ha ido descifrando por partes desde que en 1852 Bénédict Morel acuñara la denominación *Demencia Precoz*, para referirse a una enfermedad iniciada en la juventud y desencadenaba un cuadro de demencia. Años más tarde, en 1871 Ewald Hecker describe la *Hebefrenía* para referirse a un cuadro clínico que afectaba a individuos jóvenes y que conducía al deterioro mental. Posteriormente en 1874 Karl Ludwig Kahlbaum describió la *Catatonia* como un trastorno caracterizado por trastornos motores y del comportamiento. Para finales del siglo en 1899 Emil Kraepelin, después de varios años de observación, agrupó bajo el nombre *Demencia Precoz*, basado en la evolución de estos y en la incidencia en individuos jóvenes. Además estableció criterios sintomatológicos, describió la evolución del trastorno a la par del deterioro mental de los pacientes y lo diferenció de la psicosis maniaco-depresiva y de la parafrenia.

Hacia el año 1911 Eugen Bleuler presenta la denominación de *Grupo de las esquizofrenias* aludiendo a la existencia de una disociación entre las funciones psíquicas lo cual explicaría las características sintomáticas del trastorno. Bleuler plantea que los síntomas principales del trastorno son el autismo, la afectividad aplanada y la pérdida de asociación de ideas. Esto dejaba como síntomas secundarios los delirios y las alucinaciones, las cuales Bleuler consideraba accesorios ya que podían encontrarse en otros trastornos (Alvarez y Colina 2011 p.12). Esta clasificación sintomática realizada por Bleuler es el primer acercamiento a lo que hoy conocemos con síntomas negativos, que son aquellos que quitan capacidades al individuo (pérdida de afectividad, pérdida de asociación de ideas) y positivos, los cuales adicionan al individuo capacidades o elementos que no son propios de la normalidad del organismo (delirios, alucinaciones). Esto permitió que en 1950 Kurt Schneider publicara en su libro *Psicopatología clínica* una clasificación sintomática de la esquizofrenia dividiéndolos en síntomas de primer

orden, los cuales son causados por el curso particular del proceso de deterioro del trastorno y los de segundo orden que son causados por las reacciones a dicho proceso.

Ilustración 1. *Criterios de Schneider*

<i>Síntomas de primer rango</i>	<i>Síntomas de segundo rango</i>
Sonoridad del pensamiento	Ocurrencia delirante
Voces dialogadas	Perplejidad
Voces comentadoras de la propia identidad	Empobrecimiento afectivo
Vivencias de influencia corporal	Distimias
Intervención del pensamiento, divulgación de éste	Engaños sensoriales
Percepción delirante	
Sentimientos y acciones inferidos o interferidos	

La necesidad de una clasificación para las patologías mentales que fuera empírica y lógica, la utilización de un mismo criterio para diagnosticar y la idea de integrar los conceptos y desarrollos que se habían realizado a lo largo de la historia, permitió el surgimiento de los sistemas internacionales de clasificación de enfermedades mentales (Casarotti 2012, p.51). La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) buscan integrar los diferentes conceptos desarrollados por Kraepelin, Bleuler y Schneider, dando un lugar relevante al diagnóstico de tipo transversal y longitudinal del paciente lo cual permite una identificación adecuada del curso del trastorno.

En la actualidad el proceso de diagnóstico de la esquizofrenia se ha enriquecido con el apoyo de las nuevas tecnologías y los descubrimientos recientes sobre la fisiología y la neuroanatomía del cerebro y su relación con el curso del trastorno. Las técnicas de neuroimagen como la resonancia magnética y la tomografía computarizada por emisión de foto, con las cuales se ha encontrado que en más de la mitad de los pacientes esquizofrénicos se presentan alteraciones cerebrales estructurales o funcionales. EL desarrollo de la anatomía patológica de la esquizofrenia ha permitido encontrar alteraciones en la citoarquitectura del córtex prefrontal y temporolímbico dando la posibilidad de desarrollar un marcador fisiológico para el diagnóstico (Rametti 2008 p.11).

5.2 Diagnóstico de la esquizofrenia según DSM- V

La necesidad de un lenguaje común para facilitar y unificar la clasificación y el diagnóstico alrededor del mundo, la necesidad de recolección de datos estadísticos sobre enfermedades mentales por parte del gobierno de Estados Unidos de América llevo a que en el año 1940 se iniciaran contactos entre la Asociación Americana de Psiquiatría y la Academia de Medicina de Nueva York para desarrollar una nomenclatura clínica para todo el país enfocada en pacientes psiquiátricos y neurológicos. De esta forma en 1952 aparece la primera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales como una sección de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su sexta versión. Este manual basa el diagnóstico de los trastornos en el cumplimiento de criterios clínicos, estos criterios son observados en el paciente por el profesional y decide el diagnóstico según manifestaciones identificables semiológicamente.

El diagnóstico según el DSM se basa en los criterios clínicos observables que son característicos de cada trastorno, además incluye criterios de especificación que se usan

para diferenciar trastornos similares entre sí, e incluye un criterio temporal que sirve para la identificación del curso del trastorno y por último la especificación de la gravedad de los criterios clínicos que observa el profesional (DSM-V 2014).

Actualmente el DSM se encuentra en su quinta versión en la cual la esquizofrenia tiene una clasificación acorde a los descubrimientos recientes tanto psicológicos y psiquiátricos como neurofisiológicos.

La esquizofrenia en la cuarta versión del DSM estaba incluida en el apartado *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*, para la quinta versión la esquizofrenia se encuentra en el apartado *Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. Lo cual implica que la esquizofrenia ahora es entendida no solo como un trastorno psicótico aislado, sino como un trastorno de amplio espectro, el cual está asociado a otros trastornos similares tal como se presenta a continuación.

Ilustración 2. *Concepción de la esquizofrenia en el DSM-IV y el DSM-V*

DSM-IV	DSM-V
<i>Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos</i>	<i>Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Esquizofrenia - Trastorno esquizofreniforme - Trastorno esquizoafectivo - Trastorno delirante - Trastorno psicótico breve - Trastorno psicótico compartido - Trastorno psicótico debido a enfermedad médica/inducido por sustancias 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno esquizotípico de la personalidad - Trastorno delirante - Trastorno psicótico breve - Trastorno esquizofreniforme - Esquizofrenia - Trastorno esquizoafectivo - Trastorno psicótico debido a enfermedad médica/inducido por

<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno psicótico no especificado 	<ul style="list-style-type: none"> sustancias - Catatonía - Otros trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos específicos - Otros trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos no especificados
---	--

El diagnóstico de la esquizofrenia como trastorno realizado con el DSM-V se lleva a cabo mediante la observación por parte del profesional de los signos que presenta el paciente, los cuales son comparados con los criterios del manual y según el cumplimiento o no de estos es posible determinar si el paciente padece o no del trastorno.

Criterios diagnósticos del DSM-V para la esquizofrenia

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3): 1. Delirio, 2. Alucinaciones, 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente), 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico, 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia). B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o

laboral). C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales). D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad. E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica. F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito) (DSM-V 2014, p.54).

Especificar si:

Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un episodio agudo es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: Remisión parcial es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.

Primer episodio, actualmente en remisión total: Remisión total es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.

Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva).

Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial

Episodios múltiples, actualmente en remisión total

Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.

No especificado

Especificar si:

Con catatonía (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental).

Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a esquizofrenia para indicar la presencia de catatonía concurrente.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave

Nota: El diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad (DSM-V 2014, p.54).

5.3 Diagnóstico de la esquizofrenia según CIE- 10

La clasificación internacional de enfermedades CIE aparece por primera vez en el año 1893 realizada por el Instituto Internacional de Estadística. La cual surge, al igual que el DSM, por la necesidad de integrar conceptos que permitieran hablar un lenguaje común en cuanto a la clasificación y diagnóstico de las enfermedades. A partir de 1948 la OMS se hace cargo de la publicación y desarrollo de la CIE, publicando desde la sexta versión, la cual fue la primera en incluir un apartado de patologías mentales, hasta la versión actual, la número diez, publicada en 1992. La OMS presenta cada año actualizaciones menores a los criterios y estadísticas de la CIE y cada tres años actualizaciones mayores, esto con el fin de mantener los criterios diagnósticos vigentes basados en los desarrollos investigativos actuales. La CIE-10 además de los criterios diagnósticos plantea las formas de la evolución del trastorno y diferentes tipos de esquizofrenia identificados según criterios específicos. También incluye una descripción

del curso de la enfermedad con el fin de identificar en qué etapa está el paciente que se diagnostica (Ramos, Vázquez y Herrera, (2002).

La esquizofrenia en la CIE-10 se encuentra en el apartado Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

Ilustración 3. Clasificación de la esquizofrenia según CIE- 10

Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	
Código CIE-10	Nombre
F20.0	Esquizofrenia paranoide.
F20.1	Esquizofrenia hebefrénica.
F20.2	Esquizofrenia catatónica.
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada.
F20.4	Depresión post-esquizofrénica.
F20.5	Esquizofrenia residual.
F20.6	Esquizofrenia simple.
F20.8	Otras esquizofrenias.
F20.9	Esquizofrenia sin especificación.

Criterios diagnósticos del CIE-10 para la esquizofrenia

A. Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo. B. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros, a pensamientos, acciones, sensaciones concretas y percepción delirante. C. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo. D. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son

adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos). E. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente. F. Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos. G. Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor. H. Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica. I. Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Pautas para el diagnóstico

Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecederan claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo (F25.-), aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia. Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicotrópicas o una abstinencia a las mismas. Los trastornos similares que se presentan en el curso de una epilepsia o de otra enfermedad cerebral deberán codificarse de acuerdo con la categoría F06.2 y aquellos inducidos por sustancias psicotrópicas como F1x.5 (CIE-10 2000).

Ilustración 4. *Formas de evolución de la esquizofrenia*

Código CIE-10	Nombre
F20x.0	Continua.
F20x.1	Episódica con defecto progresivo.
F20x.2	Episódica con defecto estable.
F20x.3	Episódica con remisiones completas.
F20x.4	Remisión incompleta.
F20x.5	Remisión completa.
F20x.8	Otra forma de evolución.
F20x.9	Forma de evolución indeterminada, período de observación demasiado breve.

5.4 Marco legal de los riesgos psicosociales en Colombia

La normatividad sobre los riesgos psicosociales en Colombia inicia en 1984 con el decreto 614 del mismo año, el cual en su artículo 2 define el objeto de la salud ocupacional; el cual es proteger a la persona contra los riesgos relacionados con agentes físicos, químicos, biológicos, psicosociales, mecánicos, eléctricos y otros derivados de la actividad laboral y la organización de esta, que puedan afectar la salud individual y colectiva en los espacios de trabajo (Decreto 614, 1984). Luego en 1989 en el numeral 12 del artículo 10 de la resolución 1016 de ese año, se establece que una de las actividades de los subprogramas de medicina preventiva y del trabajo es el diseño y ejecución de programas y estrategias de prevención y control de enfermedades generadas por los riesgos psicosociales (Resolución 1016, Art.10, 1989). Ya en el año 1994 con el Decreto 1832 se adopta la tabla de enfermedades profesionales. En el numeral 42 del artículo 1, este artículo de señala que las enfermedades causadas por estrés en el trabajo comprenden "Trabajos con sobrecarga cuantitativa, demasiado trabajo en relación con el tiempo para ejecutarlo, trabajo repetitivo combinado con sobrecarga de trabajo. Trabajos con técnicas de producción en masa, repetitiva, monótona o combinada con ritmo o control impuesto por la máquina. Trabajos por turnos, nocturno y trabajos con estresantes físicos con efectos psicosociales, que produzcan estados de ansiedad y depresión, infarto del miocardio y otras urgencias cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad ácido péptica severa o colon irritable" (Decreto 1832, 1994, Art. 1, Num 42).

Actualmente la normativa que rige los riesgos psicosociales es la Resolución 2646 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, en la cual "se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y

para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional” (Resolución 002646, 2008). En esta resolución, en su artículo tercero, se definen los conceptos claves para comprender los factores de riesgo psicosocial y todo lo que a este rodea.

Definiciones presentadas en la resolución 002646 de 2008

Trabajo: Toda actividad humana remunerada o no, dedicada a la producción, comercialización, transformación, venta o distribución de bienes o servicios y/o conocimientos, que una persona ejecuta en forma independiente o al servicio de otra persona natural o jurídica.

Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de una enfermedad, lesión o daño en un grupo dado.

Factor de riesgo: Posible causa o condición que puede ser responsable de la enfermedad, lesión o daño.

Factores de riesgo psicosociales: Condiciones psicosociales cuya identificación y evaluación muestra efectos negativos en la salud de los trabajadores o en el trabajo.

Factor protector psicosocial: Condiciones de trabajo que promueven la salud y el bienestar del trabajador.

Condiciones de trabajo: Todos los aspectos intralaborales, extralaborales e individuales que están presentes al realizar una labor encaminada a la producción de bienes, servicios y/o conocimientos.

Estrés: Respuesta de un trabajador tanto a nivel fisiológico, psicológico como conductual, en su intento de adaptarse a las demandas resultantes de la interacción de sus condiciones individuales, intralaborales y extralaborales.

Carga física: Esfuerzo fisiológico que demanda la ocupación, generalmente se da en términos de postura corporal, fuerza, movimiento y traslado de cargas e implica el uso de los componentes del sistema osteomuscular, cardiovascular y metabólico.

Carga mental: Demanda de actividad cognoscitiva que implica la tarea. Algunas de las variables relacionadas con la carga mental son la minuciosidad, la concentración, la variedad de las tareas, el apremio de tiempo, la complejidad, volumen y velocidad de la tarea.

Carga psíquica o emocional: Exigencias psicoafectivas de las tareas o de los procesos propios del rol que desempeña el trabajador en su labor y/o de las condiciones en que debe realizarlo.

Carga de trabajo: Tensiones resultado de la convergencia de las cargas física, mental y emocional.

Acoso laboral: Toda conducta persistente y demostrable, ejercida sobre un empleado, trabajador por parte de un empleador, un jefe o superior jerárquico inmediato o mediato, un compañero de trabajo o un subalterno, encaminada a infundir miedo, intimidación, terror y angustia, a causar perjuicio laboral, generar desmotivación en el trabajo, o inducir la renuncia del mismo, conforme lo establece la Ley 1010 de 2006.

Efectos en la salud: Alteraciones que pueden manifestarse mediante síntomas subjetivos o signos, ya sea en forma aislada o formando parte de un cuadro o diagnóstico clínico.

Efectos en el trabajo: Consecuencias en el medio laboral y en los resultados del trabajo. Estas incluyen el ausentismo, la accidentalidad, la rotación de mano de obra, la desmotivación, el deterioro del rendimiento, el clima laboral negativo, entre otros(Resolución 002646, 2008).

Aparte de las definiciones, la resolución 2646 de 2008, presenta en el capítulo II artículo 6°, los factores psicosociales intralaborales que deben evaluar los empleadores. En el artículo 7°, los factores psicosociales extralaborales que deben evaluar los empleadores y en el Artículo 9°, la evaluación de los efectos de los factores psicosociales en la cual se establece que para efectos de la evaluación la información de los empleados debe ser actualizada con frecuencia (Condiciones de salud, tomando en cuenta cada uno de los sistemas corporales: osteomuscular, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, mental, sistema nervioso central y periférico, dermatológico, endocrino, genitourinario e inmunológico, accidentes de trabajo y enfermedad profesional, estadísticas de morbilidad y mortalidad por accidente de trabajo, enfermedad profesional y enfermedad común, discriminadas por diagnóstico, días de incapacidad médica, ocupación y género, ausentismo, rotación de personal y rendimiento laboral. En el capítulo III de esta resolución se establecen los criterios que los empleadores deben tener en cuenta al momento de realizar una intervención, frente a este tema se establece:

1. Toda intervención de los factores psicosociales en el trabajo implica el compromiso de la gerencia o de la dirección de la empresa y el de los trabajadores.
2. La intervención de los factores de riesgo psicosociales se debe establecer con la participación de los directamente interesados o afectados.
3. Para priorizar la intervención de los factores de riesgo psicosocial, se debe tener en cuenta lo siguiente:
 - 3.1 Su asociación estadística con efectos negativos sobre el trabajo o los trabajadores, resultado del análisis epidemiológico de la empresa.
 - 3.2 Aquellas condiciones de trabajo propias de la actividad económica de la empresa, cuya intervención es recomendada por la literatura científica.
4. Realización de actividades educativas o formativas con los trabajadores, con el objeto de modificar actitudes o respuestas frente a las situaciones.

Dichas actividades deben formar parte de un programa continuo y realizarse de manera paralela a la modificación de las condiciones de trabajo, aplicando técnicas de educación para adultos. 5. Los procesos de inducción, reinducción, entrenamiento y capacitación facilitarán el conocimiento y la motivación de los trabajadores sobre los factores que afectan su salud y su bienestar. 6. En los métodos de intervención de los factores psicosociales del trabajo debe primar el enfoque interdisciplinario. 7. Los métodos de intervención se deben diseñar y ejecutar de conformidad con la realidad histórica de la empresa, su cultura y clima organizacional, con criterio de factibilidad y teniendo en cuenta que siempre debe haber un método de intervención adecuado para cada empresa y para cada población laboral. 8. Las acciones que se lleven a cabo deben estar integradas a los programas de salud ocupacional, así como a los programas de mejoramiento continuo y de calidad en las empresas. 9. Para eventos agudos, se deben desarrollar programas de intervención en crisis (Resolución 002646, 2008).

6. METODOLOGIA

6.1 Tipo de investigación

Para este proyecto se ha elegido un tipo de investigación mixta (cuantitativa y cualitativa) y tiene un alcance descriptivo. En este sentido, algunos autores proponen que *“la investigación cualitativa es una actividad sistemática orientada a la comprensión profunda de los fenómenos sociales, la transformación de prácticas, a toma de decisiones y hacia el descubrimiento y desarrollo de una cuerpo organizado de conocimiento”* (Sandin, 2003, p. 148). Debido a que el propósito de este estudio es la identificación de algunos factores asociados al diagnóstico de esquizofrenia, y que se realizó a través de una lista de chequeo; implica una descripción de los factores identificados por el profesional como asociados a los diagnósticos de esquizofrenia que realiza en la institución. El hecho de que el profesional brinde su visión de cómo se realiza el diagnóstico implica que el fenómeno se entiende desde la perspectiva de este y se analiza dentro del contexto y el ambiente natural donde ocurre con el fin de encontrar y describir como se realizan, quien está involucrado y que factores pueden estar asociados o no, de manera positiva o negativa en el diagnóstico de esquizofrenia en el Valle de Aburrá; sin llegar hasta el por qué están asociados dichos factores a este; ya que, se dejaría el campo de la descripción y se entraría en el terreno de lo explicativo. Por otra parte, la utilización de una metodología descriptiva permite la recolección de datos sin alterar la percepción que la población de la muestra tiene de aquellos factores asociados al diagnóstico, ya que se realiza en el entorno donde ocurre el fenómeno y las fuentes son los involucrados en este. Además proporciona una descripción detallada de

la situación a través de instrumentos tanto cualitativos como cuantitativos o una combinación de ambos.

6.2 Diseño de investigación

La investigación contempla un diseño transversal no experimental. Debido a que la recolección de información se realiza en un único momento con el fin de identificar los factores que pueden estar asociados a la realización del diagnóstico y relacionarlos con el resultado de este. Este único momento propuesto es la realización de una entrevista semiestructurada con la población escogida para el estudio abriendo la posibilidad de acceder a la visión subjetiva de los participantes de la investigación y a la perspectiva que estos tienen del fenómeno, en este caso, del diagnóstico de la esquizofrenia y los factores asociados a los resultados de este. Hernández Sampieri define la investigación transversal como aquella para la cual “su propósito es describir variables, analizar su incidencia y relación en un momento dado” (Hernández, Fernández y Baptista 1995, p.191).

6.3 Población y muestra

El estudio está dirigido a profesionales de la salud mental del Valle de Aburrá que realicen o hayan realizado diagnósticos de esquizofrenia. Para esta investigación no se requiere una muestra representativa de los profesionales involucrados en la realización de diagnósticos de esquizofrenia, porque no se conoce la cantidad de profesionales que puedan estar involucrados en el diagnóstico de esquizofrenia en el valle de Aburrá, por lo cual no se puede calcular la muestra necesaria; de igual manera tampoco se conoce la disponibilidad de los profesionales para participar del estudio. Finalmente la muestra estuvo compuesta por seis médicos psiquiatras y un psicólogo que se encuentran

directamente relacionados con el diagnóstico de esquizofrenia en diferentes instituciones de la ciudad de Medellín.

6.4 Criterios de inclusión y exclusión

De inclusión

- Profesionales del área de la salud mental, tanto psicólogos como psiquiatras que ejercen su actividad profesional en instituciones privadas o públicas.
- Estar directamente involucrados en la realización de diagnósticos de esquizofrenia.
- Mínimo dos años de experiencia profesional.
- Disponibilidad para la participación en el estudio.

De exclusión

- Menos de dos años de experiencia profesional.
- No tener participación directa en el diagnóstico de esquizofrenia.
- No ser psicólogo o psiquiatra con título profesional.
- No tener disponibilidad para participar en el estudio.

6.5 Unidades de análisis

Factores físicos

Los factores físicos son aquellos relacionados al lugar donde se lleva a cabo el diagnóstico y la actividad laboral de profesional que lo realiza. Estos factores influyen de manera directa en la forma, estilo y método en que se realiza el diagnóstico y en el resultado y futuro curso terapéutico del mismo. Los factores físicos pueden dividirse, en factores físicos del medio ambiente (Ruido, iluminación, temperatura, espacio físico de

trabajo), factores biológicos (Posibilidad de contagio por virus, bacterias y/u hongos) y factores químicos (Gases, polvo, reactivos, ácidos) (Programa de Salud Universidad de Antioquia 2010 p.34)

Factores fisiológicos

Los factores fisiológicos son aquellos que hacen referencia a la salud física del profesional que realiza el diagnóstico, sus posibilidades de atención en salud, esfuerzo que exige la labor y las posibilidades que la labor del profesional brinda para un adecuado desarrollo y mantenimiento de salud del organismo (Programa de Salud Universidad de Antioquia 2010 p.24)

Factores intralaborales

Hace referencias a aquellas características de la institución que afectan positiva o negativamente la labor del profesional durante su jornada laboral. Hace referencia en particular a las costumbres o estilos administrativos y/o políticos de la institución donde se realiza la labor profesional, los cuales afectan positiva o negativamente dicha labor (Programa de Salud Universidad de Antioquia 2010 p.40). También hace referencia al comportamiento de la institución hacia el profesional y del profesional hacia la institución (Ministerio de la Protección Social 2010 p.20).

Factores extralaborales

Son aquellos factores que involucran el entorno familiar, social y económico del profesional y su relación con la labor y la institución donde se realiza el diagnóstico (Programa de Salud Universidad de Antioquia 2010 p.26)

Factores relacionales

Son los factores de tipo comunicativo y relacional del profesional frente a sus compañeros trabajo, pacientes, familia e institución. Esto implica las relaciones emocionales que se construyen con y que son mediadas por la labor que realiza el profesional y como esta influye en los diagnósticos que realiza (Ministerio de la Protección Social 2010 p.25).

6.6 Instrumentos de recolección de información

Para alcanzar los objetivos de esta investigación se realizó una lista de chequeo que permitiera identificar de manera puntual algunos factores asociados al diagnóstico de la esquizofrenia dividida en unidades de análisis que permitan identificar aspectos puntuales de la actividad realizada por los profesionales (Ver anexo 1).

Este instrumento permite puntualizar sobre temas específicos dando una respuesta concreta que permite dar un carácter estadístico a los resultados obtenidos. Para esta investigación se ha creado una lista de chequeo a partir del Manual de salud al trabajo, mapa de riesgos ocupacional de la Universidad de Antioquia (Programa de Salud Universidad de Antioquia 2010) y la Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial del Ministerio de Salud y protección de la república de Colombia (Ministerio de la Protección Social 2010), la cual está compuesta de cuatro cuestionarios; el cuestionario de evaluación del estrés, cuestionario de factores extralaborales, cuestionarios de factores intralaborales forma A y cuestionario de factores intralaborales forma B . Esta lista de chequeo se ha dividido en cinco unidades

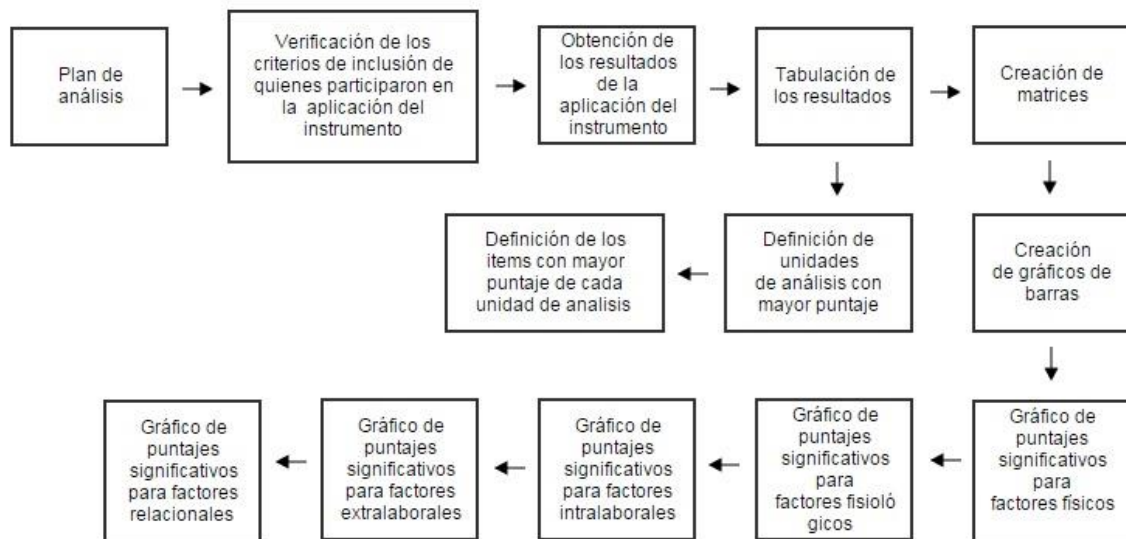
para puntualizar los resultados obtenidos las cuales son factores físicos, factores fisiológicos, factores intralaborales, factores extralaborales y factores relacionales. Estas unidades buscan identificar factores asociados al diagnóstico que puedan ser comunes a las diferentes instituciones y profesionales con el fin de identificar aquellos factores que sean relevantes a nivel del Valle de Aburrá.

6.7 Procedimiento de recolección de la información

El proceso de recolección de información está dividido en dos fases. La primera es la búsqueda de protocolos internacionales, nacionales y locales sobre el diagnóstico de esquizofrenia para luego realizar una comparación entre estos con el fin de encontrar semejanzas, diferencias o cualquier otro factor que pueda ser significativo para el estudio. Estos protocolos son obtenidos de bases de datos, como dialnet, science direct y ebSCO; también de las páginas oficiales de los ministerios de salud de países como España, Canadá, Estados Unidos, México entre otros.

La segunda fase es la aplicación de un instrumento que permita identificar como se hace el diagnóstico en el Valle de Aburrá y que factores están asociados a este. El instrumento es una lista de chequeo que permita identificar de manera precisa factores asociados al diagnóstico de la esquizofrenia desde la perspectiva del profesional que lo realiza.

6.8 Plan de análisis



Con base en los datos obtenidos después de la aplicación del instrumento a los participantes se procede a realizar un análisis multivariado de la información obtenida, buscando establecer que factores se relacionan significativamente con la labor realizada por los profesionales participantes en el estudio y por tanto se asocian al diagnóstico de esquizofrenia.

El primer paso para el análisis de la información es la verificación del cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión de quienes participan en la aplicación del instrumento, obteniendo así los resultados pertinentes para los objetivos del proyecto.

Todos estos datos obtenidos, deben tabularse para este fin deben crearse matrices que permitan su fácil comprensión y análisis, y que además permitan a quien acceda a la información acceder y profundizar en los resultados de manera ágil y amena.

Se debe inicialmente tabular las listas de chequeo en matrices creadas en hojas de cálculo, la primera que debe realizarse es una matriz donde se consigne de forma simple la sumatoria de las respuestas de los participantes.

La siguiente será una matriz que contenga los resultados totales por unidad de análisis. Esto se obtiene calculando el puntaje posible por unidad de análisis, multiplicando el número de preguntas en cada unidad por el número de participantes en el estudio. La matriz debe contener además, el total de la suma de resultados de los participantes para calcular con base en estos el porcentaje correspondiente a opción de la unidad de análisis (De acuerdo, parcialmente de acuerdo, en desacuerdo). Debe crearse otra matriz que consigne todos los puntajes de cada pregunta de las unidades de análisis que los participantes respondan, para obtener los ítems con puntajes más altos y significativos en relación a la actividad laboral de los participantes.

Con estas matrices se crearan gráficos de barras que permitan visualizar de forma clara los puntajes totales de las unidades de análisis, buscando así identificar que unidad de análisis tiene el puntaje más alto. De igual forma se crearan gráficos de barras para identificar los ítems con puntuaciones más altas de cada unidad análisis, con el fin de identificar qué factores son reconocidos por los participantes como significativamente relacionados a su labor en las instituciones. Estos gráficos se realizaran con los ítems que puntúen por encima del 70% de del total de participantes.

6.9 Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas que se tienen en cuenta en la presente investigación, son las correspondientes al Título II del código deontológico y bioético del psicólogo en el que se contempla dentro de las disposiciones generales que: “Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Cuando se generan conflictos de intereses entre los usuarios y las que emplean psicólogos, los mismos psicólogos deben aclarar la naturaleza y la direccionalidad de su lealtad y responsabilidad y deben mantener a todas las partes informadas de sus

compromisos. Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación” (Colegio Colombiano de Psicología 2009, p.24). Al recurrir a profesionales que están vinculados a instituciones y que brinden su ayuda a la investigación mediante la aplicación de la entrevista, se debe procurar mantener la integridad profesional de los individuos brindando información precisa y clara acerca de los objetivos de la investigación y procurando no afectar su papel dentro la institución a la que pertenece.

Así mismo el capítulo VII. De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones. En el Artículo 49 se hace referencia a que “Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización” (Colegio Colombiano de Psicología 2009, p.43). Lo que permite expresar que en la presente investigación se hizo el requerimiento de los respectivos permisos para proceder con la utilización de las pruebas pertinentes en esta. Así como también se hará el respectivo registro de la investigación ante los entes asignado en la universidad a este fin con el fin de la formalización y protección de la información que de este estudio hace parte.

En el artículo 50 se contempla que: “Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes”

(Colegio Colombiano de Psicología 2009, p.43). Respecto a los participantes en la entrevista de acuerdo a las directrices del colegio colombiano de psicólogos la entrevista se realizara respetando la integridad y el bienestar de quien la realice y también llevándola a cabo con respeto y dignidad para los participantes.

Por otra parte, en el artículo 56 se indica que: “Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores” (Colegio Colombiano de Psicología 2009, p.43).

7. RESULTADOS

La presente investigación se propuso originalmente identificar qué factores pueden asociarse al resultado de un diagnóstico de la esquizofrenia realizado en el valle de aburra, esto con el fin de establecer la inferencia que estos tiene en cómo se lleva a cabo un proceso terapéutico para este tipo de trastorno que a nivel nacional afecta al 1% de la población. Para la recolección de información sobre dichos factores se ha creado un instrumento que indaga por factores del entorno físico, profesional, emocional y normativo de los profesionales que realizan el diagnóstico, este instrumento ha sido desarrollado a partir del Manual de Salud al Trabajo, mapa de riesgos ocupacional, de la Universidad de Antioquia y la Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial del Ministerio de Salud y protección de la república de Colombia, lo cual permitió tener un punto de partida adecuado basado en las investigaciones que sustentan las guías previamente mencionadas.

Inicialmente la investigación estaba enfocada a todos los profesionales del Valle de aburra que estuvieran directamente involucrados en el diagnóstico de esquizofrenia, para lo cual se hizo contacto con diferentes clínicas y centro de salud mental en el Valle de Aburra, mediante llamada telefónica y luego a través de una carta formal explicando los objetivos, responsables y dinámica de la investigación, esto con el fin de obtener autorización para entrevistar a los profesionales que hacen parte de estos centros médicos.

Ilustración 5. *Instituciones del valle de aburra implicadas en el diagnóstico de esquizofrenia*

<i>Institución</i>	<i>Ubicación</i>
Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora Del Sagrado Corazón	Medellín
Universidad Pontificia Bolivariana Clínica Universitaria	Medellín

Hogar psiquiátrico Villa Real	Medellín
Clínica de la atención y la memoria CLIAM	Medellín
Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez	Medellín
Centro de Salud Mental	Envigado
Hogar Psiquiátrico Nueva Vida	Medellín
Hogar Psiquiátrico Mi Descanso	Medellín
Centro neuropsicopedagógico y del adulto	Medellín
Centro Especializado La Alborada	Medellín
E.S.E CARISMA Centro de Atención y Rehabilitación Integral en Salud Mental de Antioquia	Medellín
Hospital mental de Antioquia	Bello
Hospital San Vicente de Paul	Medellín
Clínica Diagnostica Especializada VID	Medellín
Instituto Neurológico De Colombia	Medellín
Mente plena	Medellín
CONCIENCIA - Desarrollo e Investigación en Neurociencias	Medellín

De los 17 centros de salud mental contactados, la participación en la investigación solo fue aceptada por la unidad de psiquiatría del Hospital San Vicente de Paul, permitiendo el acceso a los profesionales encargados del diagnóstico de esquizofrenia, de los cuales aceptaron participar siete. De estos todos cumplieron con los criterios de inclusión para participar en la investigación.

Ilustración 6. *Profesionales que se encuentran implicados en el diagnóstico de esquizofrenia.*

<i>Criterios de inclusión de los profesionales participantes en la investigación</i>				
Código	Título	Años de	Directamente	Disponibilidad

		experiencia	involucrado en el diagnostico	para participar
1	Médico- Psiquiatra	14	si	si
2	Psicólogo	14	si	si
3	Médico- Psiquiatra	10	si	si
4	Médico- Psiquiatra	16	si	si
5	Médico- Psiquiatra	20	si	si
6	Médico- Psiquiatra	15	si	si
7	Médico- Psiquiatra	11	si	si

Partiendo desde la concepción en la cual los factores psicosociales son condiciones presentes en el trabajo, de carácter tecnológico, organizacional, social económico o personal con el que se relaciona un individuo y que puede afectar positivamente la salud, el bienestar, el desempeño o desarrollo personal y colectivo, se ha indagado a través del instrumento diseñado para esta investigación sobre aquellos factores psicosociales que los participantes identifican en su entorno y actividad laboral diaria. El instrumento dividido en unidades de análisis, factores físicos, factores fisiológicos, factores intralaborales, factores extralaborales, factores relacionales arrojó los siguientes resultados:

7.1 Puntajes totales por unidades de análisis

Cada unidad de análisis está compuesta por un número diferente de indicadores (preguntas), lo cual da un puntaje total diferente para cada una de estas y que se obtiene de la sumatoria de las posibles respuestas de todos los participantes.

Ilustración 7. Puntajes totales por unidades de análisis.

<i>Puntajes totales por unidades de análisis</i>							
Unidad de análisis	Puntajes						Puntaje posible
	De acuerdo		Parcialmente de acuerdo		En desacuerdo		
	Puntaje	%	Puntaje	%	Puntaje	%	
Factores físicos	40	39	22	21	43	40	105
Factores fisiológicos	16	23	12	17	42	60	70
Factores intralaborales	100	65	28	18	26	17	154
Factores extralaborales	17	40	18	43	7	17	42
Factores relacionales	70	71	10	11	18	18	98

La imagen anterior muestra los puntajes de la sumatoria de cada unidad de análisis y el porcentaje equivalente sobre el puntaje posible. Por tanto, las categorías con mayores puntajes son los factores intralaborales y los factores relacionales en cuanto a estar de acuerdo con los indicadores de la unidad. De igual forma, los factores fisiológicos es la unidad con puntaje más alto en cuanto a no estar de acuerdo con los indicadores de la unidad.

Esto implica que los profesionales participantes identifican los aspectos intralaborales (aquellas características de la institución que afectan positiva o negativamente la labor del profesional durante su jornada laboral, particularmente las costumbres o estilos administrativos y/o políticos de la institución), los factores relacionales (aquellos de tipo comunicativo y relacional del profesional frente a sus compañeros trabajo, pacientes, familia e institución) y los factores fisiológicos los cuales hacen referencia la salud física del profesional, el esfuerzo que exige la labor y los posibles riesgos que pueda traer consigo la práctica diaria de la labor como

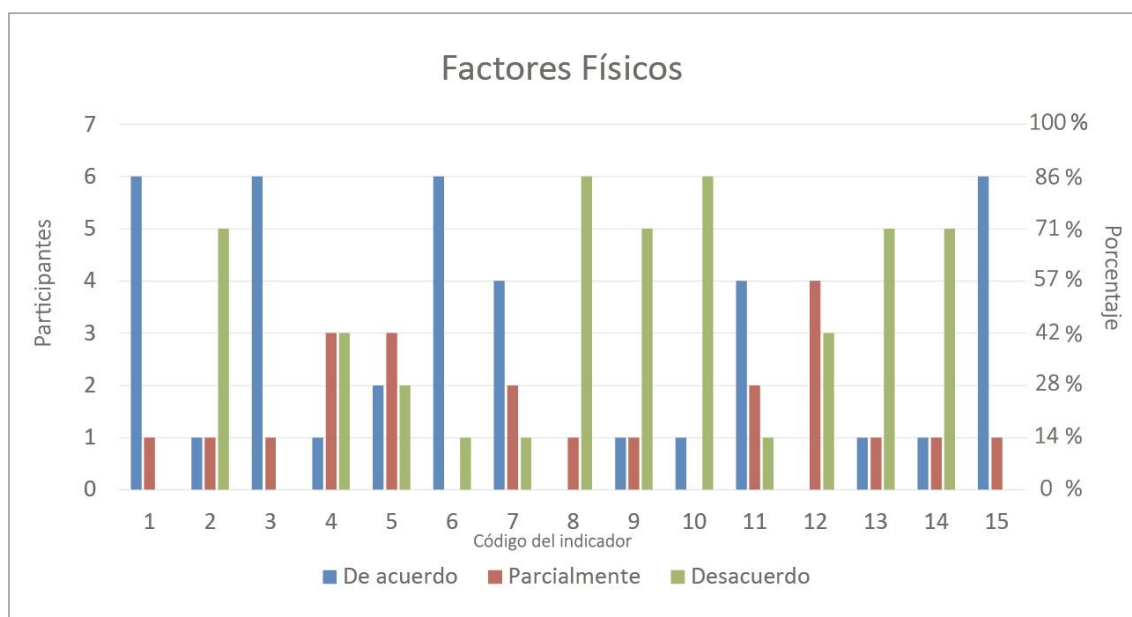
relacionados con su actividad laboral y por consiguiente con el diagnóstico de esquizofrenia.

Los factores extralaborales, que involucran el entorno familiar, social y económico del profesional y su relación con la labor y la institución donde se realiza el diagnóstico, tienen una puntuación similar en cuanto a estar de acuerdo y parcialmente de acuerdo, lo cual indica que, aunque no tiene una puntuación alta están significativamente relacionados con la labor que los profesionales llevan a cabo.

En cuanto a las demás unidades de análisis, los puntajes indican para los profesionales estos factores no están significativamente relacionados con la actividad laboral realizan. En los factores físicos, que son aquellos relacionados al lugar donde se lleva a cabo el diagnóstico y la actividad laboral, los puntajes se mantienen distribuidos de forma uniforme con 39% de acuerdo, 40% en desacuerdo y 21% parcialmente de acuerdo.

7.1.1 Puntajes por unidad de análisis Factores físicos.

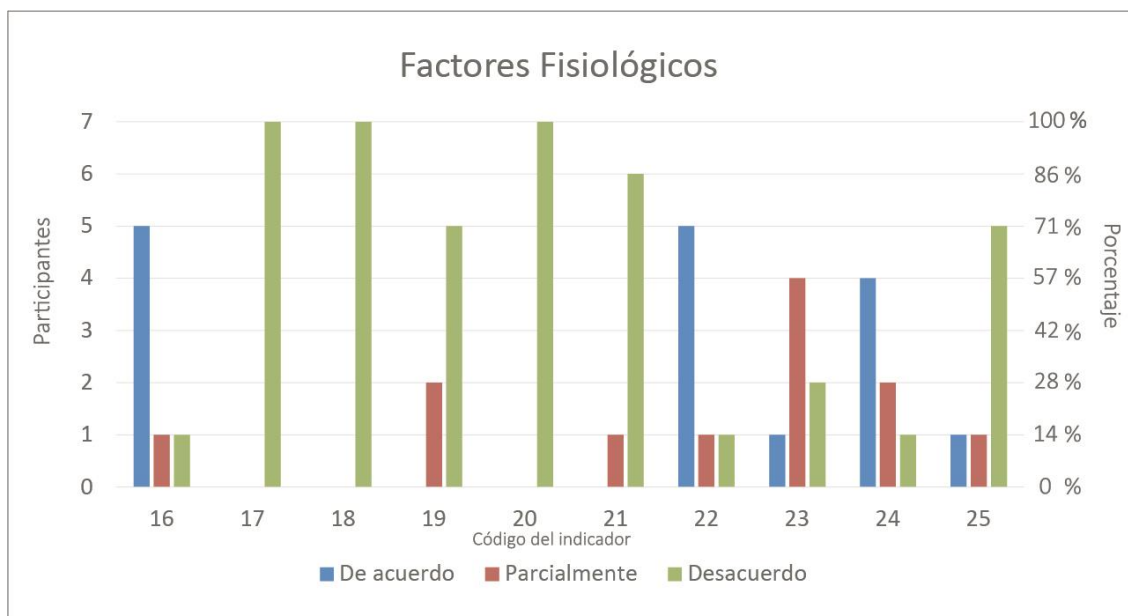
Ilustración 8. Factores físicos.



En los factores físicos, los resultados indican que el espacio utilizado para realizar la labor profesional no representa un riesgo para los profesionales que allí ejercen, los indicadores que tienen un puntaje más alto en cuanto a estar de acuerdo hacen referencia a las condiciones y servicios que la institución ofrece al profesional para llevar a cabo su actividad y que este, de acuerdo a los resultados de la aplicación del instrumento reconoce como adecuados. Dentro de los indicadores presentes en la unidad de análisis de factores físicos el factor “En el lugar de trabajo hace mucho calor” aparece con un puntaje de 6 sobre 7, lo cual representa un 86% de la muestra, lo cual puede constituir un factor de riesgo en la realización de las actividades diarias de los profesionales participantes en el estudio.

7.1.2 Puntajes por unidad de análisis Factores fisiológicos

Ilustración 9. Factores fisiológicos.

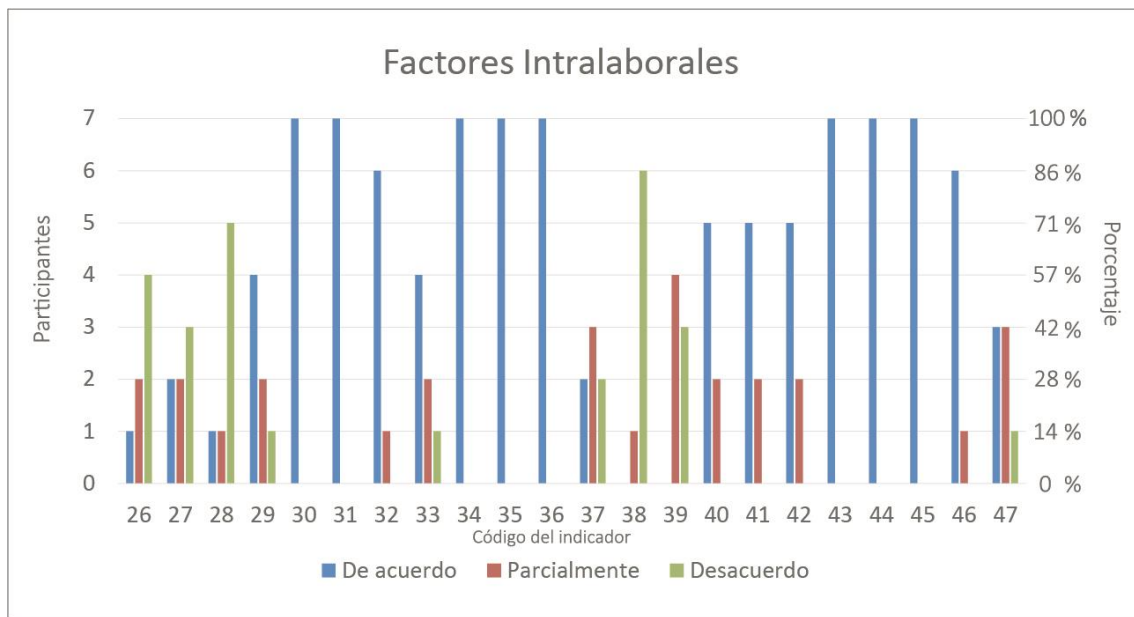


Los factores fisiológicos, aquellos relacionados a la salud física de los profesionales y los posibles riesgos relacionados a la actividad que se realiza, tienen un puntaje significativo en cuanto a no estar de acuerdo en cómo estos se pueden relacionar con la

actividad laboral de los participantes. De acuerdo a los resultados, los profesionales identifican su trabajo y las actividades que este conlleva como seguro, donde su salud no corre riesgos y donde no están expuestos a posibles accidentes.

7.1.3 Puntajes por unidad de análisis Factores intralaborales

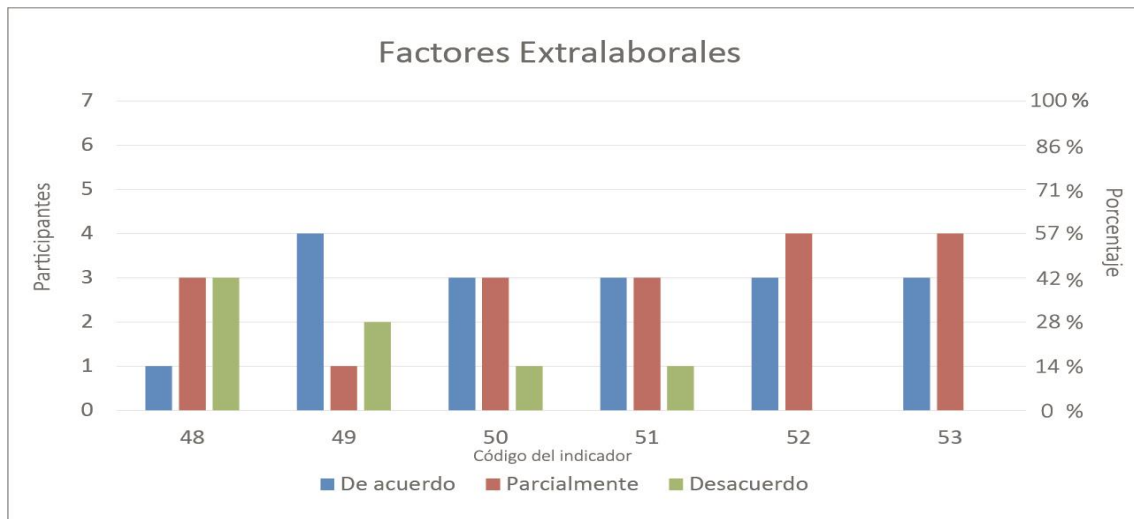
Ilustración 10. *Factores intralaborales.*



Los resultados muestran que los factores intralaborales, que son aquellos relacionados al estilo de trabajo y cultura de la organización, son identificados por los participantes del estudio como significativamente relacionado a la actividad que realizan. Estos identifican que la institución les permite autonomía en la toma de decisiones y en la forma en que llevan a cabo el diagnóstico, en como organizan sus actividades y también como la institución los capacita constantemente para la realización de su trabajo.

7.1.4 Puntajes por unidad de análisis Factores extralaborales

Ilustración 11. *Factores extralaborales*



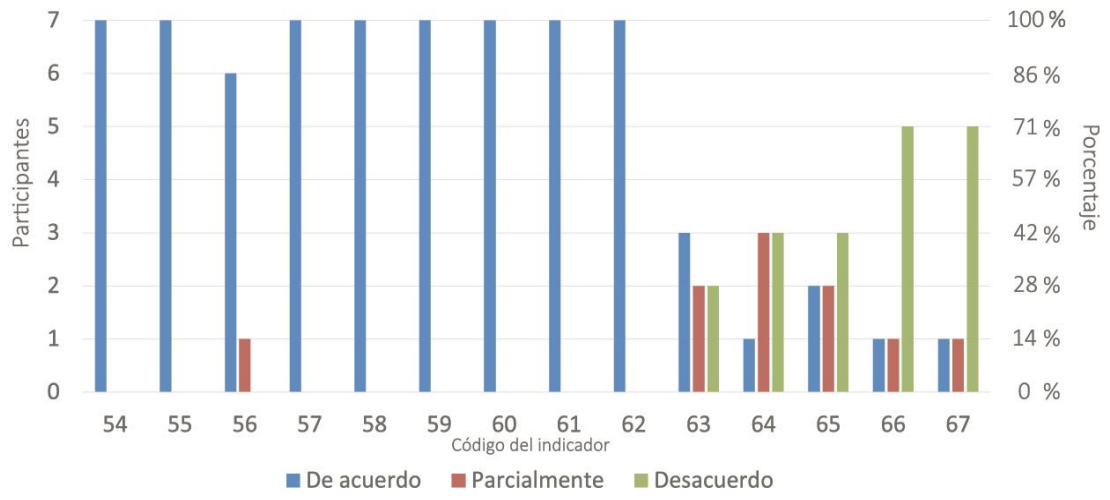
Los factores laborales, los cuales se refieren a todo el entorno socio-economico, tiene puntuaciones similares tanto en estar de acuerdo, parcialmente de acuerdo o en desacuerdo, pero con una tendencia mayor hacia las dos primeras, esto implica que los participantes no reconocen una relación significativa entre estos factores y la actividad que realizan.

7.1.5 Puntajes por unidad de análisis Factores relacionales

Los factores relacionales, aquellos que tratan la comunicación y las relaciones del individuo con los miembros de su entorno, tienen los puntajes más altos en los resultados de la aplicación del instrumento, esto indica una relación significativa entre estos factores y la actividad que los profesionales realizan. Estos identifican que hay una relación cordial tanto con pacientes, compañeros de trabajo y superiores, y de igual forma de estos para con los profesionales participantes, además de una relación de respeto por parte de los superiores como representantes de la organización.

Ilustración 12. Factores relacionales

Factores Relacionales



8. DISCUSION

Los factores psicosociales están presentes en todos los contextos laborales e influyen directamente en el desarrollo de la actividad laboral y en el rendimiento de quienes la llevan a cabo. Este concepto hace referencia a las condiciones que están directamente relacionadas con la organización, el contenido de la labor y como se realiza la tarea, y que se relacionan tanto con el bienestar o a la salud (física y psicológica) del individuo como al desarrollo del trabajo. De modo que, condiciones psicosociales inadecuadas contribuyen al origen de conductas y actitudes perjudiciales para el desarrollo del trabajo, como de consecuencias perjudiciales para la salud y para el bienestar del individuo en la organización.

Las consecuencias perjudiciales sobre la salud o el bienestar de los miembros de la organización que se derivan de situaciones en las que se dan condiciones psicosociales adversas son estrés, insatisfacción laboral, problemas en las relaciones con compañeros, superiores y posibles usuarios de los servicios, desmotivación, etc. Cabe resaltar que ante un factor psicosocial desfavorable no todos los individuos reaccionan igual, la particularidad de cada uno, su personalidad, necesidades, expectativas, condiciones de vulnerabilidad, resiliencia y capacidades de afrontamiento, determinan la reacción frente a las situaciones y por tanto las consecuencias derivadas de estas. Estas reacciones se ven reflejadas tanto en el trabajo como en otros ámbitos de la vida del individuo, lo cual implica que el resultado de su actividad laboral se vea directamente relacionado a la forma en que los factores psicosociales afectan positiva o negativamente al individuo.

Estudios han mostrado como los factores asociados a la actividad laboral afectan directamente el resultado. Se ha encontrado que factores como la relación médico-paciente, la percepción del paciente hacia su terapeuta y el lugar en que se desarrolla la

actividad terapéutica están relacionados al éxito del tratamiento terapéutico. De igual forma este estudio muestra como una falla en el proceso terapéutico implica gastos extras, más esfuerzos en lograr la recuperación del paciente y costos de una nueva atención (Cortés y Rascó 2001). La relación entre los factores y la actividad laboral se viene estudiando desde hace varias décadas. En 1981 Robert Karasek y su equipo plantean el modelo de demanda-control para explicar la relación entre los factores psicosociales y la salud en función de las demandas psicológicas del trabajo (Karasek, Baker, Marxer, Ahlbom y Theorell 1981). Según este modelo, las demandas del trabajo son determinadas por la exigencia psicológica que recibe el trabajador derivada de su actividad laboral. Por otra parte, el concepto de control viene de los recursos que la institución pone a disposición de quien labora en ella para que este desarrolle sus habilidades, pueda actuar con autonomía, administrar su tiempo y tomar decisiones de manera libre (Acosta et al., 2006, p.69).

Para entender los factores psicosociales y como estos se relacionan con la actividad laboral de los individuos, se debe tener en cuenta que los factores psicosociales pueden ser tanto positivos como negativos, dependiendo de cómo se manejen dentro de una organización.

Algunos autores proponen un modelo analítico de factores de riesgo y protectores psicosociales en el trabajo (Toro, Sanín, Londoño y Valencia, 2010), el cual tiene tres conceptos básicos que se deben comprender. *Factores psicosociales*, los cuales son condiciones presentes en el trabajo de carácter tecnológico, organizacional, social, económico o personal, con que se relaciona un individuo y que puede afectar positiva o negativamente la salud, el bienestar, el desempeño o el desarrollo personal o colectivo. *Riesgo psicosocial*, que es aquel factor psicosocial presente en el trabajo de una persona o de una colectividad laboral que puede afectar negativamente su salud, bienestar,

desempeño o su desarrollo personal. *Protector psicosocial* que es aquel factor psicosocial presente en el trabajo de una persona o de una colectividad laboral que minimiza o elimina un riesgo psicosocial y puede además afectar positivamente la salud, bienestar, desempeño y desarrollo.

Según la anterior, es importante prestar atención a los riesgos psicosociales que surgen en las diversas dependencias y diseñar sistemas de trabajo que sean compatibles con una excelente calidad de servicios que favorezcan a los distintos grupos de interés y promuevan el desarrollo de las organizaciones (Abello y Lozano 2013) La identificación de los riesgos y su minimización influyen en el comportamiento manifiesto de los trabajadores como un resultado de sus percepciones y como su apreciación no solo condiciona el interés y la motivación, si ni que constituye un factor importante al analizar los factores de riesgo psicosocial a los que se ve expuesto un trabajador en un contexto organizacional (Castellanos, 2007).

A través de los resultados de este estudio, se pudo identificar qué tipo de factores son considerados como importantes y tienen una relación significativa con la actividad que realizan los participantes en el estudio. Los factores que mostraron tener una relación más significativa fueron los factores intralaborales, que hace referencia a la cultura organizacional, a la autonomía que tiene el profesional para llevar a cabo su trabajo. En estos factores se identifican la autonomía que los profesionales participantes tienen para llevar a cabo el proceso terapéutico, la manera en que son tratados por la organización y la forma en que esta los remunera por su trabajo. En los factores relacionales, los cuales también tienen un puntaje alto lo que implica que para los participantes tiene una relación importante y significativa con su labor, se refieren principalmente a las relaciones comunicativas que estos establecen con sus pacientes, sus compañeros y superiores. Relacionado a esto, Trucco (2004 p.186) plantea la importancia de las

condiciones laborales en el resultado de la actividad laboral en las instituciones y la salud mental de los trabajadores además de su importancia en el desarrollo del potencial humano. Se plantea que la institución que proporciona la actividad laboral debe permitir el sustento de las necesidades básicas, la seguridad física, la adecuada carga laboral, la calidad de las relaciones, el reconocimiento y la posibilidad de crecimiento profesional dentro de la organización para la obtención de resultados óptimos esperados de la actividad que se ejecuta.

Por último, se debe considerar que la atención y el estudio del impacto que los factores psicosociales tienen sobre los miembros de las instituciones es un tema de vital importancia en para el adecuado desempeño y el desarrollo individual y colectivo. Por lo tanto, implica una acción efectiva de las directivas de las organizaciones para mantener aquellos factores protectores y minimizar el impacto de los factores de riesgo que comprometen el adecuado desempeño de los individuos y la misión de la organización.

9. CONCLUSIONES

El presente proyecto de investigación hace un aporte a la comprensión del diagnóstico de esquizofrenia y los factores psicosociales. En concreto, a través de este trabajo, se muestra la relación que los profesionales de la salud mental encuentran entre determinados factores y su actividad laboral, específicamente en el diagnóstico de esquizofrenia que realizan en las instituciones. La identificación de los factores que se asocian a la actividad que realizan los responsables de los diagnósticos tiene una importancia creciente en el ámbito institucional, aunque no siempre se le da reconocimiento de manera pertinente por parte las entidades de control que las rigen.

Considerar estos factores asociados a la labor que realizan las instituciones resulta muy valioso en cuanto permite a los líderes y directivas de cualquier organización minimizar los factores de riesgo y potencializar los factores protectores. Además identificar estos factores brinda una fuente valiosa de información, suficiente para definir planes de acción y mejora con base en la información obtenida de acuerdo a la normatividad nacional en la que se establece las disposiciones y responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo (resolución 2646 del 2008).

De acuerdo a los resultados en la aplicación del instrumento las unidades de análisis que más puntaje obtuvieron fueron los factores intralaborales, los factores relacionales, los factores fisiológicos y en menor medida los factores extralaborales. Esto implica que los participantes en el estudio reconocen una relación significativa entre estos factores y su actividad laboral.

Puntualmente en los indicadores de las unidades de análisis se identifican los factores pertenecientes a las unidades de análisis que se relacionan significativamente con la

actividad laboral de los participantes, específicamente con el diagnóstico de esquizofrenia en la institución de llevan a cabo su actividad. En cuanto a los factores intralaborales, el estilo de administración y cultura institucional tiene un papel importante en los resultados por parte de los profesionales, estos identifican la posibilidad que tienen de planear y organizar sus actividades dentro de la jornada laboral, esto permite que puedan dedicar tiempo suficiente a la realización del diagnóstico y organizar de manera idónea el proceso terapéutico. También consideran que la remuneración es adecuada y la institución les brinda seguridad en cuanto a lo laboral, lo que permite a quienes realizan los diagnósticos destinar toda su atención a un proceso exitoso. Este tipo de factores se convierten en factores protectores de la actividad y de quienes la realizan en la institución, estos aspectos del entorno favorecen el desarrollo integral de los profesionales lo cual permite que la ejecución de sus actividades, en este caso el diagnóstico de esquizofrenia, se lleven a cabo con efectividad y calidad para el paciente. Por otra parte los factores relacionales indican que los diagnósticos y sus actividades laborales diarias se llevan a cabo en un ambiente adecuado de comunicación tanto con compañeros, superiores y pacientes facilitando el trabajo en equipo y el fortalecimiento de la relación médico-paciente.

Finalmente, podría asociarse, de acuerdo a los puntajes obtenidos en la aplicación del instrumento, los factores relacionales y los factores intralaborales como aquellos reconocidos por los profesionales como de mayor influencia en el diagnóstico. Es así que dentro de los factores intralaborales encontrados como principalmente asociados al diagnóstico de esquizofrenia, la seguridad y estabilidad en el puesto de trabajo, la autonomía en el manejo y organización de su actividad laboral, el trato por parte de la institución y de los superiores, la capacitación brindada por la institución, el tiempo dedicado al diagnóstico y la cantidad de pacientes que se atienden durante la jornada

son considerados como aquellos que se encuentran relacionados con el diagnóstico. En cuanto a los factores relacionales, los factores que aparecen como principalmente asociados al diagnóstico son la comunicación con el paciente, la comunicación con superiores y con la institución y la comunicación con compañeros laborales, lo cual genera un ambiente adecuado para el desarrollo de la actividad.

Por tanto, en la presente investigación se evidencia que los factores intralaborales, los factores relacionales, los factores fisiológicos, presentan por sí mismos, un claro efecto benéfico mostrando como resultado un efecto favorecedor del bienestar y la salud del trabajador, lo cual está asociado a la actividad que estos realizan.

10. BIBLIOGRAFIA

- Abello, A., Y Lozano, D. (2013). Importancia de los Factores de Riesgo Psicosocial y Clima Organizacional en el Ámbito Laboral . Bogotá D.C.: Universidad del Rosario.
- Acosta, M., Aldrete, M., ALvarado, C., Aranda, C., Arellano, G., Bermúdez, R., Carrión, M., Franco, S., Franco, S., González, J., González, F., Milano, S., Pando, M., Pérez, J., Preciado, M., Reynaldos, C., Salazar, J. Saraz, S., Torres, T. Y Varillas, W. (2006). *Factores Psicosociales y Salud Mental en el Trabajo*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Alvarez, J., Colina, F. (2013). Las voces y su historia: sobre el nacimiento de la esquizofrenia. *Átopos*, Vol. 6, p.4-12.
- Alvarez, J., Colina, F. (2011). Origen Histórico de la Esquizofrenia e Historia de la Subjetividad . *FRENIA*, Vol. 11, p.7-26.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Quinta Edición*. Arlington : APA.
- Baca, Baldomero, E., Leal, Cercos, C., Varela, C, Y Roca, Bennisar, M. (2006). Diagnóstico y manejo de la esquizofrenia en España: el proyecto ACEE. *Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol. 34 Issue 4, p224-230
- Cabello, H., Díaz, L., y Arredondo, A. (2011). Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México. *Salud Mental*; mar2011, Vol. 34 Issue 2, p95-102.
- Castellanos, C. (2007). Clima organizacional como factor de riesgo ocupacional. Universidad el Bosque. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, Colombia. Vol. 9 Issue 1, p.69-76.

- Casarotti, H. (2012). Evolución del diagnóstico y de la clasificación en patología mental. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Vol. 76 Issue 1, p.49-59.
- Chard, L., McClellan, J. Y Werry, J. (1991). Childhood and adolescence schizophrenia, bipolar and schizoaffective disorders: A clinical and outcome study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*, Vol.30 Issue 3, p.457-465.
- Colegio Colombiano de Psicología (2009). *Deontología y Bioética del Ejercicio de la Psicología en Colombia*. Bogotá DC: Javegraf.
- Cortés, M. Y Rascó, M. (2001). Factores psicosociales relacionados con la rehospitalización de pacientes con psicosis orgánica. *Salud pública de México*, Vol. 43 Issue 6, p. 529-536.
- Decreto 614 de 1984. Bogotá, Colombia, Marzo 14 de 1984.
- Decreto 1832 de 1994. Artículo 1, numeral 42. Bogotá, Colombia, Agosto 3 de 1994.
- Gerber, D., Hall, Diana., Miyakawa, T., Demars, S., Gogos, J., Karayiorgou, M., Y Tonegawa, S. (2003). Evidence for association of schizophrenia with genetic variation in the 8p21.3 gene, PPP3CC, encoding the calcineurin gamma subunit. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Vol. 100 Issue 15, p8993–8998.
- Giner, J., Ibáñez, E., Cervera, S., Sanmartín, A y Caballero, R (2001). Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol. 29 Issue 4, p233-242.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2003). Metodología de la Investigación Pág. 20-45. Mc Graw Hill. México D. F.
- Iglesias, García, C. (2001). Disminución del diagnóstico de esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*; Vol. 29 Issue 2, p109-113.

- Jablensky, A. (2000). Prevalence and incidence of schizophrenia spectrum disorders: implications for prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 34 Issue 2, p26-34.
- Karasek R., Baker D., Marxer F., Ahlbom A., Y Theorell T. (1981). Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health*, Vol. 71, p. 694–705.
- Kumra, S., Oberstar, J., Sikich, L., Findling, R., McClellan, J., Vinogradov, S. Y Schulz. C. (2008). Efficacy and Tolerability of Second-Generation Antipsychotics in Children and Adolescents With Schizophrenia. *Schizophrenic bulletin*, Vol.34 Issue 1, p.60–71.
- Merry, S. y Werry, J. (2001). Course and prognosis, Remschmidt H (ed). *Schizophrenia in Children and Adolescents*. Cambridge : Cambridge University Press. p.268–297
- Ministerio de la Protección Social. (2010). *Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial*. Bogotá D.C: Ministerio de la Protección Social.
- Modestin, J., Huber, A., Satirli, E., Malti, T., Y Hell, D.. (2004). Evolución a largo plazo de la esquizofrenia: revisión del estudio de Bleuler. *The American Journal of Psychiatry (Ed Esp)*, Vol. 7 Issue 3, p177-183.
- Núñez, A., Frómeta C., Y Hechavarria, D. (2013). Factores ambientales y genéticos asociados a la esquizofrenia en un área de salud de Santiago de Cuba. *Revista Cubana de Genética Comunitaria*, Vol.7 Issue 1, p.31-36.
- Ochoa, S; Martínez, F; Ribas, M; García-Franco, M; López, E; Villellas, R; Arenas, O; Álvarez, I; Cunyat, C; Vilamala, S; Autonell, J; Lobo, E yHaro, J (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con

- esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*; Vol. 31 Issue 111, p477-489. 13p.
- Peralta, V., Y Cuesta, M. (2003). The Diagnosis of Schizophrenia: Old Wine in New Bottles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, Vol.3 Issue 2, p.141-152.
- Programa de Salud Universidad de Antioquia. (2010). *Manual de Salud al Trabajo Mapa de riesgos ocupacional*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Rametti, G. (2008). *Anomalías de la estructura y función del hipocampo en la esquizofrenia en relación a los déficits de memoria declarativa*. Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica. Universidad de Barcelona
- Ramos, A., Vázquez, J., Y Herrera, S . (2002). CIE-10: Introducción, historia y estructura general. *Papeles Médicos*, Vol.11 Issue 1, 24-35
- Resolución 002646 de 2008. Bogotá, Colombia, Julio 17 de 2008.
- Resolución 1016 de 1989. Artículo 10. Bogotá, Colombia, marzo 31 de 1989.
- Salguero, L., Y Soraide, J. (2012). Factores asociados para el desarrollo de la Esquizofrenia y su incidencia en pacientes. *Revista Científica Ciencia Médica*, Vol.15 Issue 2, p.31-36.
- Sandín Esteban, M^a Paz (2003). *Investigación cualitativa en Educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid: Mc Graw and Hill Interamericana.
- Toro, F., Sanín, A., Londoño, M., Y Valencia, M. (2010). Modelo Analítico de Factores Psicosociales en Contextos Laborales. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, Vol. 29 Issue 2, p. 95-137.
- Thronicroft, G., Harnois, G., Barbato, A., Ladrado-Ignacio, L. Y Jenkins, R. (1998) Schizophrenia and public health . Nations for Mental Health. World Health Organization.

Trucco, M. (2004). El Estrés y la Salud Mental en el Trabajo: Documento de Trabajo de la Asociación Chilena de Seguridad. *Ciencia & Trabajo*, Año 6, Número 14, p.185-188.

Universidad de Barcelona. (2010). *La Evaluación de Riesgos Psicosociales*. Madrid: Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales UGT-CEC.

World Health Organization. (2001). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem (CDI)*. Washington: WHO.

Whitfield-Gabrieli, S., Thermenos, H., Milanovic, S., Tsuang, M., Faraone, S., McCarley, R., Shenton, M., Green, A., Nieto-Castanon, A., LaViolette, P., Wojcik, J., Gabrieli, J., & Seidman, L. (2009). Hyperactivity and hyperconnectivity of the default network in schizophrenia and in first-degree relatives of persons with schizophrenia. *Proceedings of the national academy of sciences*, Vol. 106 Issue 4, p1279–1284.

ANEXOS

Anexo 1. Lista de chequeo factores asociados al diagnóstico de esquizofrenia

Cuestionario factores asociados al diagnóstico de esquizofrenia

Este cuestionario busca conocer su opinión sobre algunos aspectos de su vida dentro y fuera de su lugar de trabajo

Factores físicos	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo
1. La iluminación es adecuada			
2. En el lugar de trabajo hace mucho frío			
3. En el lugar de trabajo hace mucho calor			
4. El lugar de trabajo es fresco y agradable			
5. El ruido en mi lugar de trabajo me molesta			
6. Su escritorio es adecuado			
7. Su silla cómoda			
8. Tiene que estar mucho tiempo de pie			
9. Debo ejecutar movimientos repetitivos			
10. Debo hablar en tono de voz alto prolongadamente			
11. Tengo suficiente espacio para realizar mi trabajo			
12. Los pisos de mi lugar de trabajo son lisos			
13. Las paredes están deterioradas			
14. Los techos están deteriorados			
15. Mi lugar de trabajo es limpio y ordenado			
16. ¿Qué otros factores físicos considera importantes			

mencionar?	
------------	--

Factores fisiológicos	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo
1. Me ejercito con regularidad			
2. Mi trabajo me exige mucho esfuerzo físico			
3. En mi trabajo estoy expuesto a sustancias químicas que afecten mi salud			
4. En mi trabajo estoy expuesto a golpes con objetos contundentes			
5. En mi trabajo estoy expuesto a golpes por objetos que caen			
6. Mi trabajo no me permite descansar adecuadamente durante la jornada laboral			
7. Me siento físicamente seguro en mi lugar de trabajo			
8. Me siento cansado durante la jornada laboral			
9. Me alimento adecuadamente durante la jornada laboral			
10. Me preocupa mi salud en mi trabajo			
11. ¿Qué otros factores fisiológicos considera importantes mencionar?			

Factores intralaborales	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo
1. Por la cantidad de trabajo debo quedarme tiempo adicional			
2. Debo atender muchos pacientes durante la jornada labora			
3. El tiempo de la jornada laboral es excesivo			
4. Hay estabilidad laboral en mi trabajo			
5. Me siento seguro laboralmente en mi lugar de trabajo			

6. Tengo autonomía para tomar decisiones sobre mi trabajo			
7. Tengo autonomía sobre la organización de mis actividades durante la jornada laboral			
8. Mi trabajo me exige memorizar gran cantidad de información			
9. Mis superiores tiene un trato adecuado conmigo			
10. En mi trabajo reconocen mis logros como profesional			
11. Las funciones de mi trabajo en la institución son claras			
12. Siento que la remuneración es adecuada para la labor que desempeño			
13. Debo laborar en días de descanso			
14. Debo atender asuntos laborales estando en casa			
15. Mi trabajo me permite actualizarme en mi campo de conocimiento			
16. Mi trabajo me facilita herramientas suficientes para realizar el diagnóstico			
17. Tengo tiempo suficiente para atender a cada paciente			
18. Considero adecuado el tiempo que le dedico al diagnóstico			
19. La institución donde trabajo me brinda capacitación adecuada			
20. La institución me da autonomía sobre como realizo el diagnóstico			
21. Mi trabajo me ofrece cobertura en salud			
22. Mi trabajo me ofrece cobertura en salud para mi familia			
11. ¿Qué otros factores Intralaborales considera importantes mencionar?			

Factores extralaborales	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo
1. Me es fácil llegar a mi lugar de trabajo			

2. Me toma mucho tiempo llegar a mi lugar de trabajo			
3. Me siento agotado al llegar a mi casa			
4. Tengo tiempo para compartir con mi familia			
5. Tengo tiempo para atender mis asuntos personales			
6. Tengo tiempo para actividades de recreación			
7. ¿Qué otros factores extralaborales considera importantes mencionar?			

Factores relacionales	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo
1. Tengo buena comunicación con mis compañeros de trabajo			
2. Tengo buena comunicación con mis superiores			
3. Hay buena comunicación entre las directivas de la institución y el público			
4. Tengo buena comunicación con mis pacientes			
5. Mi trato con los pacientes es cordial			
6. Mis pacientes son cordiales y amables conmigo			
7. Soy cordial con mis superiores			
8. Mis superiores me tratan de manera respetuosa			
9. Tengo buena comunicación con mi familia			
10. Mis asuntos personales influyen mi trabajo			
11. Mis asuntos personales me quitan la energía que necesito para trabajar			
12. Mis asuntos personales afectan mis relaciones en mi trabajo			
13. Mis relaciones con mis compañeros de trabajo afectan mi desempeño en la institución			

14. Mis relaciones con mi familia afectan mi desempeño en la institución			
15. ¿Qué otros factores relacionales considera importantes mencionar?			