

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



INSERCIÓN SOCIAL DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE, 2017

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR:
Bach. ALVARO RAUL SOTO PEÑA

TACNA – PERÚ
2019

DEDICATORIA:

Con todo mi ser:

A mis queridos padres y
hermanas que son mi vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios; por guiarme e iluminar mi camino, concederme oportunidades y herramientas para superar momentos difíciles y permitir acabar mis estudios universitarios.

Mis padres; quienes me apoyaron incondicionalmente brindándome los medios para poder estudiar y salir adelante.

Mis maestros; quienes me incentivaron para seguir adelante y transmitieron sus conocimientos y experiencias.

INDICE

DEDICATORIA:	3
AGRADECIMIENTO.....	4
INDICE	5
RESUMEN.....	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.2.1. Problema General	12
1.2.2. Problemas Específicos.....	12
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.3.1 Objetivo General.....	12
1.3.2 Objetivos Específicos:	13
1.4 JUSTIFICACIÓN	13
1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	14
CAPÍTULO II:REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	16
2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	16
2.2. MARCO TEÓRICO	20
2.2.1. ESQUIZOFRENIA	20
2.2.1.1. Definición	20
2.2.1.2. Desarrollo epidemiológico.....	20
2.2.1.3. Factores de riesgo asociados a esquizofrenia	21
2.2.1.4. Descripción Clínica	22
2.2.1.5. Diagnóstico	24
2.2.1.6. Componente Social.....	26
2.2.2. INSERCIÓN SOCIAL.....	27
2.2.2.1. Definición	27

2.2.2.2. Características.....	27
2.2.2.3. Componentes	29
2.2.2.4. Inserción social llevada a la medicina	31
2.2.2.5. Intervenciones psicosociales en la esquizofrenia	33
CAPÍTULO III: VARIABLES DE ESTUDIO	36
3.1. VARIABLES	36
3.1.1 ESQUIZOFRENIA	36
3.1.1.1 Definición conceptual.....	36
3.1.1.2 Definición operacional.....	36
3.1.2 INSERCIÓN SOCIAL.....	37
3.1.2.1 Definición conceptual.....	37
3.1.2.2 Definición operacional.....	37
3.2 Operacionalización de variables	38
CAPÍTULO IV:METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	40
4.1 DISEÑO.....	40
4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO	40
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	40
4.3.1 Criterios de inclusión.....	41
4.3.2 Criterios de exclusión	41
4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	44
RESULTADOS.....	45
DISCUSIÓN	63
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXOS.....	81

RESUMEN

Objetivo: Identificar la relación que tiene un paciente con diagnóstico de Esquizofrenia con su entorno social atendido en el servicio de Psiquiatría del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

Material y métodos: Se realizó una investigación básica observacional de diseño correlacional, prospectivo y de corte transversal. Se tomó un muestreo no probabilístico de tipo por conveniencia de 150 pacientes, atendidos en el servicio de psiquiatría - Hipólito Unanue de Tacna, hecho en el año 2017, que cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó el instrumento de recolección de datos y una Encuesta SFS (Escala de Funcionamiento Social) modificada.

Resultados: Del grupo de estudio, sólo un 32,7 % se encuentra en un nivel superior de funcionamiento social global, 32 % en un nivel medio y 35,3 % en un nivel inferior. Se observa que de los aspectos que integran la inserción social, el aislamiento/ integración social tuvo un promedio de 11,07 puntos del total general con una desviación estándar de 1,6, siendo la de menor promedio. Del grupo el 42 % de los pacientes entrevistados que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue se encuentra entre 20 a 29 años, siendo el 52,7 % mujeres y un 47,3 % varones. Ante el cuestionamiento de cómo se siente, el “sentirse mejor”, refleja un 95,2 % de nivel de inserción social superior. Entonces las mejores condiciones de inserción social se dan en pacientes que mantienen una ocupación y se encuentra con responsabilidades menores.

Conclusiones: Al determinar la relación de la inserción social del paciente con esquizofrenia atendido en el área de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017 en su entorno concluimos que: Solo un 32,7 % se encuentra en un nivel superior de funcionamiento social global, por lo que valoramos que se han logrado insertar en la sociedad, y motiva a seguir trabajando con el grupo restante, encontrando más variables de estudio y complementando su rehabilitación para su correcta inserción social.

ABSTRACT

Objective: To identify the relationship that a patient with a diagnosis of Schizophrenia has with their social environment attended in the Psychiatry service of Hipólito Unanue Hospital in Tacna, 2017.

Material and methods: A basic observational research of correlational, prospective and cross-sectional design was carried out. A non-probabilistic type sampling was taken for the convenience of 150 patients, seen in the Psychiatry Service - Hipólito Unanue de Tacna, done in 2017, who met the inclusion criteria. The data collection instrument and a modified SFS Survey (Social Functioning Scale) were used.

Results: Of the study group, only 32,7% are in a higher level of global social functioning, 32% in a medium level and 35,3% in a lower level. It is observed that of the aspects that integrate social integration, social isolation / integration had an average of 11,07 points of the general total with a standard deviation of 1.6, being the lowest average. Of the group, 42 % of the patients interviewed who come to the psychiatric service of the Hipólito Unuane Hospital are between 20 and 29 years old, 52,7 % are women and 47.3% are men. When asked how he feels, "feeling better" reflects a 95,2 % level of superior social insertion. Then the best conditions of social insertion are found in patients who maintain an occupation and find themselves with minor responsibilities.

Conclusions: When determining the relation of the social insertion of the patient with schizophrenia treated in the area of Psychiatry of the Hospital Hipólito Unanue de Tacna, in 2017 we concluded that: Only 32,7 % are in a higher level of global social functioning, for what we value that they have been inserted into society, and motivates to continue working with the remaining group, finding more study variables and complementing their rehabilitation for their correct social insertion.

INTRODUCCIÓN

Se ha descrito que antiguamente, la humanidad denominaba a la esquizofrenia como demencia o posesión demoniaca, por lo que aquellas personas eran mal vistas en la sociedad e incluso muchas veces condenadas, por consiguiente, tenían una pésima forma de vida.

Al relacionarlo con la actualidad, el último informe de la Organización Mundial de Salud (OMS, 2016) indica que “la esquizofrenia es un trastorno mental que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo”, siendo la mayoría de ellos estereotipados por la sociedad. Por ello, es preciso de investigaciones que pretendan destacar la importancia que tiene el aspecto social, por ejemplo el saber cómo es que el paciente logrará integrarse en su sociedad, e identificar cuál es su influencia en su proceso de rehabilitación, para así analizar si este tipo de intervención mejora o dificulta la calidad de vida de estos pacientes.

Es así que la discapacidad en la inserción social, dificulta el correcto desempeño social global de toda persona. Y así que relacionado al trastorno de esquizofrenia que se caracteriza por comenzar a una temprana edad y de traducirse en múltiples síntomas que involucran el pensamiento, la percepción, el lenguaje y la conducta, requiere de mayor comprensión y requiere ser objeto de estudio. Entonces la esquizofrenia probablemente es “el trastorno mental más desafiante para la comprensión humana y la explicación científica; incluso la propia palabra esquizofrenia ya impresiona”¹, por lo que, al ser crónica e incapacitante, imposibilita que el paciente logre controlar sus emociones, incluso distinguir entre lo que es real o no, sobre todo razonar con criterio y comunicarse con claridad².

En la presente investigación se relaciona al paciente con Esquizofrenia con su inserción social logrando describir sus principales esferas sociales que influyen directamente en el sujeto. Es por ello, que dada la importancia de estos aspectos para la rehabilitación de los pacientes esquizofrénicos se debe determinar el proceso de inserción de los mismos en su sociedad.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El término esquizofrenia fue dado tras un nuevo enfoque en la experiencia psicopatológica en base a su nosológica y al considerar como síntoma principal la disgregación del pensamiento en 1911, para luego en 1920, Adolf Meyer la considere más que una entidad nosológica, una modalidad de reacción de tipos de personalidades³. En Norte América 1 de cada 100 personas desarrollará este trastorno, empezando antes de los 25 años de edad, y persiste durante toda la vida afectando a personas de todas las clases sociales⁴ Según la OMS la esquizofrenia es asociada a una discapacidad considerable que puede afectar el desempeño tanto educativo y laboral.

Además, la esquizofrenia como se menciona en el trabajo de Lozano⁵ es un “proceso patológico que ocurre en una relativa normalidad pre mórbida, y que conlleva al deterioro de las habilidades cognitivas y de desarrollo social que sólo se da con posterioridad a los primeros episodios psicóticos”⁵. En la esquizofrenia se conserva relativamente la orientación, la memoria y la percepción, pero otras funciones se deterioran, dentro de ellas la eficiencia mental, la función cerebral como la reducción de las emociones, lenguaje y motivación que disminuye su función cognitiva, cambios en tono muscular y actividad, como ocurre en el síndrome catatónico⁶.

La esquizofrenia tiene relación con el stress, ambiente, edad, vulnerabilidad biológica y psicológica, falta de comprensión de la sociedad o tabúes, que afecta su adaptabilidad o inserción a la comunidad.

Entonces se sostiene que las alteraciones a nivel social, son influenciados por cambios neuronales, y esquemas únicos relacionados a tres áreas: auto

concepto, afrontamiento y aprendizaje; y que además el déficit en atención, lenguaje y memoria son la base del déficit social, esto significa que para que se dé la integración social será necesario “atender” al paciente, comprenderlo, utilizar información que corresponde al contexto de su desenvolvimiento y a hechos que haya vivido, etc.⁷.

Las personas con trastorno mental pertenecen a los grupos más estigmatizados de una sociedad, especialmente si padecen esquizofrenia, tratados como agresivos, raros, impredecibles en su conducta, débiles, poco responsables e improductivos, con quien no se puede razonar, crónico y culpable de su enfermedad⁸. Además de la tendencia a mostrar historias negativas sobre los pacientes con esquizofrenia y con vínculo de actos delictivos, minimizando en contraposición el papel de víctimas de delitos que suelen experimentar estos pacientes⁹. Sin embargo, existe comorbilidad entre esquizofrenia y el consumo de drogas asociado a mala inserción social, se concluye que actos violentos raramente ocurren cuando no existe consumo de drogas y para evitar ello es importante el apoyo familiar¹⁰. En el estudio de Caqueo et al¹¹ menciona que el hecho de disponer de una red de apoyo social en la que interactúan la familia y los amigos cercanos, mejora significativamente la calidad de vida subjetiva mediante una buena inserción social de los pacientes; pero cabe decir que estudios similares no se han realizado en nuestra región.

Tras un trabajo en Suecia, demostró que el paciente esquizofrénico es capaz de sentir y de comunicar su propio déficit social y que por ello otro trabajo en 1983, afirmó que los pacientes esquizofrénicos son competentes para dar información sobre sus actividades y por ende deben considerarse fiables¹².

El paciente con esquizofrenia es capaz de trabajar, estudiar, mantener vidas independientes, o tener relaciones familiares, pero debido a la frecuente asociación con disfunción familiar y social global se estanca por lo que se considera como parte importante para el seguimiento de este tipo de paciente y debe ser investigado.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema general

¿Qué relación tiene el paciente con Esquizofrenia en su entorno social, atendido en el servicio de Psiquiatría del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017?

1.2.2 Problemas específicos

- a) ¿Cuál es el modo de inserción social del paciente con diagnóstico de Esquizofrenia atendido en el servicio de Psiquiatría del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017?
- b) ¿Cuáles son las principales esferas sociales del paciente con Esquizofrenia atendidos en el servicio de Psiquiatría del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017?
- c) ¿Cuál es la esfera social de más comprometida que tiene el paciente con Esquizofrenia para insertarse en su sociedad, atendido en el servicio de Psiquiatría del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Identificar la relación que tiene un paciente con Esquizofrenia en su entorno social atendido en el servicio de Psiquiatría del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

1.3.2 Objetivos específicos:

- a) Analizar cómo se inserta socialmente el paciente con Esquizofrenia atendido en el servicio de Psiquiatría del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.
- b) Describir las principales esferas sociales del paciente con Esquizofrenia atendidos en el servicio de Psiquiatría del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.
- c) Hallar cuál es la esfera social más comprometida que tiene el paciente con Esquizofrenia para insertarse en su sociedad en el servicio Psiquiatría del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Según la OMS las personas con diagnóstico de esquizofrenia suelen ser discriminados hasta estigmatizados, con respecto a sus derechos humanos. Para una correcta calidad de vida este trastorno debe ser tratado mediante el consumo de fármacos específicos y requiriendo la ayuda psicológica y de la sociedad necesaria para ello. Por lo que basándonos en el aspecto social se considera que el seguimiento e identificación de sus principales características sociales son esenciales para su tratamiento.

Entonces para que la persona que padece de esquizofrenia logre su adecuada inserción social, necesita salvar de ciertas influencias como es superar su trastorno donde se ve afectado su cognición, percepción y otros aspectos del comportamiento, por ejemplo: siendo personas que sufren delirios, generalmente suele ver cosas que no existen o creen que otros leen sus pensamientos o controlan su mente, por lo que se les dificulta manifestar sus emociones o comprender a los demás.¹³

Es decir que para el paciente que padece esquizofrenia, el entender su funcionamiento social es importante, enfocándonos en su familia ya que tendrán que asumir la responsabilidad de brindar apoyo a la persona limitada, y necesitará de cuidados. Sin embargo, cabe decir que estas personas por lo general suelen ser bastante huraños, lo que complica la paciencia que pueda prestarle su familia.¹⁴

Entonces hace que la compleja característica de presentación de esta enfermedad, no suela ser comprendido por la familia, y hay quienes rechazan el diagnóstico de su familiar enfermo. Por lo que se amerita que la familia sea orientada correctamente para que logre tomar conciencia de cómo es que puede ser un agente de ayuda para el paciente y logre convivir en armonía con la esquizofrenia controlada.¹⁵

Es así que se debe establecer estrategias para el proceso de inserción socio-laboral de estos pacientes en cuanto a la enfermedad, encontrando así las principales causas del rechazo del paciente con esquizofrenia por parte de la sociedad.¹⁶ Para ello se identificará el grado de relación que tiene el paciente esquizofrénico con su entorno social reconociendo sus principales caracteres sociales y así ampliar el conocimiento de su ámbito familiar y laboral, y así tener un mayor conocimiento sobre el seguimiento del paciente atendido en el servicio de Psiquiatría del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Esquizofrenia: Según Royal College of Psychiatrists¹⁷ es un trastorno mental severo que afecta al pensamiento, las emociones y el comportamiento. Afectando a una persona de cada 100, y se manifiesta generalmente entre los 15 y los 35 años. Siendo un trastorno crónico y de constante tratamiento médico y psicológico.

Inserción social: Se entiende como el proceso de vinculación con el entorno, tras un periodo de crisis y de exclusión, donde se busca poner

énfasis en el proceso de reconstitución del vínculo social de personas que se encuentran en una situación de exclusión muchas veces asociado al a trastornos mentales y al consumo de sustancias psicoactivas como el consumo de tabaco, marihuana, etc.¹⁷

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

Huerta Lozada, realizó un trabajo en el centro de salud mental Moisés Heresi Arequipa – Perú en el año 2016, que tiene como objeto el medir las habilidades sociales de los pacientes con trastorno psiquiátricos hospitalizados en este Centro de salud mental, donde propone hallar los aspectos de las habilidades sociales de mayor presentación, siguiendo un estudio de nivel descriptivo y a través de un cuestionario (Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero), que fue dirigida a 27 pacientes psiquiátricos hospitalizados considerados estables o compensados. Se concluye que el nivel de habilidades sociales en estos pacientes es de nivel promedio, en segundo lugar, está en nivel bajo, y una tercera parte viene mejorando el desarrollo social. En cuanto a la patología que mostró un mejor manejo de habilidades sociales son aquellas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Así este estudio hace las recomendaciones para el Centro en el que se debe incidir en organizar programas sobre rehabilitación y habilidades sociales con los padres de los pacientes y coordinar reuniones para incentivar el entrenamiento de habilidades sociales en los pacientes controlado, o estables.¹⁸

Torres, et al este trabajo se realizó en el Hospital Regional de Punchana - Loreto MINSA, en el año 2014, de tipo observacional con enfoque cuantitativo, con el objeto de identificar los factores personales y familiares que estén asociados a la esquizofrenia. Para lo que se revisó 88 historias clínicas, para luego realizar visitas domiciliarias para completar la recopilación de la información, se obtuvo como resultado que un 42,2% contaba con 20 a 35 años, el 59,1% varones, el 67,0% de ellos en estado civil

solteros, el 59,1% no tenía antecedente de consumo de droga, en el grupo de estudio el 77,3% con funcionalidad familiar inadecuada, el 69,3% no tenían antecedente familiar de esquizofrenia y el 54,5% había sufrido la pérdida significativa de un familiar. Se contrastó las variables de estudio y afirma que se halló asociación entre: edad y esquizofrenia ($p=0,000$), sexo y esquizofrenia ($p=0,044$), funcionalidad familiar y esquizofrenia ($p=0,0393$), antecedentes de esquizofrenia ($p=0,037$) y pérdida familiar y esquizofrenia ($p=0,016$).¹⁹

Porras V, En el 2013 se realizó un estudio de inserción laboral y salud mental en la Fundación Universitaria Los Libertadores Bogotá – Colombia, con el objeto de contribuir, a la reflexión y la posibilidad de una real inserción al mundo laboral de personas que se encuentran con el diagnóstico de un trastorno psicótico. Para lo que se hace una recopilación analítica histórica-crítica de los cambios en los escenarios laborales desde una perspectiva psicológica. Resaltando particularmente, el impacto que significa ello de acuerdo a las exigencias del mercado laboral. Describir como es comúnmente el comportamiento de personas con empleo y sin empleo y como son las relaciones laborales en el contexto de precariedad laboral y poder tener un punto de comparación. Finalmente se describen las exigencias actuales para la inserción al mercado laboral y los criterios de salud mental establecidos para el caso de las psicosis. Y llega a los siguientes resultados: que la relación entre la inserción laboral y salud mental se muestra precaria, haciendo que los pacientes psicóticos sean más vulnerables y marginados ante la sociedad industrial y posindustrial.²⁰

Hernández J, et al en este trabajo realizado el año 2010 en México, se tuvo como tarea probar un Programa de Rehabilitación Laboral dirigido a un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, y ser insertado al mundo laboral. En este trabajo cuasi-experimental se contó con un total de 24

pacientes entre 21 a 55 años de edad, que reunían los criterios de inclusión y exclusión propuestos por los investigadores que laboraban en el Instituto Nacional de Psiquiatría y el Instituto Nacional de Rehabilitación y para lo cual se obtuvo en primer lugar el consentimiento informado. Se decide realizar el trabajo contando con el apoyo de la familia de los pacientes, antes de involucrarlo al mundo laboral recibieron la correspondiente capacitación, de acuerdo al perfil de cada participante bajo la estrategia VALPAR. Para lograrlo buscaron ayuda de la sociedad para que estos pacientes cuenten con un lugar o espacio de trabajo previa capacitación específica para cada puesto laboral. Se evaluó primero pronóstico laboral obteniendo un resultado positivo o satisfactorio en un total de 16 pacientes y en 8 participantes el pronóstico fue insatisfactorio; fueron distribuidos de la siguiente manera cinco que ingresaron a capacitación, seis con un empleo regular y cuatro a manera de autoempleo. El trabajo concluye que: el pronóstico laboral de la persona con esquizofrenia está en relación directa con: la valoración psiquiátrica, la estabilidad sintomatológica, si es continuador de la terapia y del apoyo de los familiares.²¹

Fernández, Saeki, este estudio realizado en Sao Paulo – Brasil en el año 2009 tuvo como objetivo describir la vida social de personas con diagnóstico de esquizofrenia, además de identificar como se efectúa el proceso terapéutico, ofrecido por el centro de atención psiquiátrica. Para el estudio se tomó en cuenta un grupo de pacientes esquizofrénicos entre 18 y 40 años de edad, asistentes al Centro de Uberaba. Esta es una investigación cualitativa. El instrumento usado tenía tres partes que consiste en indagar acerca de la vida antes y después que el paciente se enferme, las características del comportamiento cotidiano fuera del Centro y sobre su asistencia al centro con el fin de evaluar el control terapéutico. Y halló que la terapéutica empleada colabora para la adhesión al tratamiento y reduce las veces de internamiento psiquiátrico, sin embargo, la vida social de esas personas ocurre en el contexto

familiar y en el ambiente de tratamiento. Se observa finalmente que existe una necesidad de trabajar con apoyo estratégico de los profesionales y de la familia, así como de la comunidad en general.²²

Leibe, Kallert se realiza un estudio en Chile en el año 2001 sobre la calidad de vida de pacientes esquizofrénicos. En este estudio se decide trabajar con cinco grupos de pacientes con psicosis esquizofrénicas crónicas siendo en total 245 pacientes procedentes de diferentes instituciones psiquiátricas donde se caracterizó a la población de acuerdo a sus datos sociodemográficos, manifestaciones psicopatológicas y la discapacidad social, siendo estas recolectadas en el ámbito familiar, recreativo o de independencia en general. Sus resultados muestran que para los dos grupos que viven en establecimientos con asistencia comunitaria protegida, los contactos sociales están casi limitados a la situación residencial, y por lo demás, la situación social de estas personas es más o menos de aislamiento, este resultado se debe al hecho de haber permanecido hospitalizado o internado por tiempo muy prolongado, por tanto, la mediación compensatoria de que dispondrá de relaciones con el ambiente social no basta. Por lo que recomienda en otras formas de implementación de sistemas complementarios.²³

Álvarez J, et al este estudio fue realizado en Centros de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria – España en el año 2013 tuvo como objetivo presentar, comparar y evaluar las habilidades cognitivas y sociales de pacientes con esquizofrenia que asisten a estos centros. Para ello se conformaron grupos de trabajo, uno de 23 pacientes que cuentan con un empleo normal pero que recurren al Centro de apoyo al empleo (PAE), versus otro grupo, de 45 personas, que acuden al Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS). La variable cognición social fue evaluada mediante una escala Wais – III. Se encontró que existen diferencias significativas entre los pacientes de ambos centros. Esas diferencias significativas se mantienen

también a favor de la muestra del PAE en cognición social global controlando esa variable. Donde Álvarez afirma que la “Cognición Social en las personas con esquizofrenia se relaciona con distintas áreas del funcionamiento social, y esta influye en el hecho de que una persona con esquizofrenia desempeñe un trabajo remunerado”.²⁴

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. ESQUIZOFRENIA

2.2.1.1 Definición

Se define a la esquizofrenia como un trastorno mental del neurodesarrollo²⁵ que se manifiesta en sus formas clínicas en la etapa de adolescencia y juventud, que se caracteriza al presentar falta de atención, problemas cognitivos, alteración de la realidad, etc. llegando como resultado a ser un trastorno altamente incapacitante.²⁶

En un sentido neurobiológico, la esquizofrenia se da por un aumento de la actividad del circuito dopaminérgico mesolímbico, y alteración en la función de los receptores de N-metil-D-aspartato, más un estado pro-inflamatorio que contribuye a una alteración de los factores tróficos cerebrales.²⁷ Debido a ello se traduce que la Esquizofrenia da características de disfunción cognitiva a largo plazo y pérdida progresiva de células del cerebro.

2.2.1.2. Desarrollo epidemiológico

En Latinoamérica de acuerdo a la publicación de Stahl SM es la esquizofrenia la 19ava. causa de discapacidad y en todo el mundo la 17ava.²⁸ La prevalencia de la esquizofrenia

se encuentra cerca al 1% en la población, ese porcentaje varía ligeramente en otros países, aunque se ha demostrado que su prevalencia varía dentro de los países y a nivel local y rural, y no hay ninguna distinción por clima, edad, sexo, clase social, ya que la población con diagnóstico de esquizofrenia muestra características homogéneas²⁹, además de que no existe diferencias de acuerdo al género, pero que relativamente las mujeres presentarían un mejor pronóstico respecto a los varones; y esto se debería “probablemente por el efecto antidopaminérgico del estrógeno³⁰ y por la mayor oportunidad que muestran al realizar diversas ocupaciones sociales. De acuerdo a la Organización mundial de la salud, se encuentra relación de los pacientes con su entorno social: donde los países en desarrollo tienen un mejor pronóstico que de los que proceden de países en vías de desarrollo³¹, probablemente por el mayor apoyo socio-económico y el interés por la salud mental.

2.2.1.3. Factores de riesgo asociados a esquizofrenia

Entre los principales factores asociados a la esquizofrenia se cuenta con aquellos que tienen que ver con la genética en primer lugar y de esa combinación con los factores ambientales lo cual resulta un reto para la medicina.³²

Entre los factores de riesgo el gen 22q11.2DS se relaciona a una alta frecuencia de trastornos psiquiátricos, particularmente la esquizofrenia³³, la relación entre la gestación y desnutrición³⁴, la exposición prenatal a infecciones como toxoplasmosis, rubeola, polio, varicela o influenza. También situaciones de estrés materno, incompatibilidad Rh. El consumo de drogas como marihuana durante la adolescencia³⁵.

En el trabajo de Hollister et al³⁶ hace mención a nuevos factores de riesgo como son el bajo coeficiente intelectual, y de acuerdo con Ruizel,³⁷ el consumir tabaco debido a la modulación de mecanismos genéticos, además de una relación aceptada por haber presentado un trauma craneoencefálico.³⁸

Para los esquizofrénicos existen también otros factores como son la vulnerabilidad. Pero que principalmente son condiciones que otorga los rasgos bio y neuro psicológicos y que condicionan el desarrollo de la enfermedad.³⁹ En el caso de la esquizofrenia se han descrito varios: déficits neurocognitivos como alteraciones en la atención o la memoria, disminución de los movimientos oculares, déficit de la identificación olfatoria³⁹. Esto nos lleva a que el uso de estos factores será indicado para una mejor evaluación.

2.2.1.4. Descripción clínica

Aquella persona con esquizofrenia posee clínica variada, en unos casos se relaciona a que el paciente presenta ideas delirantes y alucinaciones auditivas, en otros casos con alteración del lenguaje o evidencias de un comportamiento catatónico donde la actuación del paciente suele ser imperceptible. Pero indudablemente en la mayoría de casos en relación con el pensamiento está asociados a ideas delirantes de persecución, y/o amenaza, pero también a otra temática que suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente, donde se le incluye síntomas positivos asociados a ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. Por lo que la esquizofrenia suele presentarse de manera variada siendo cada paciente un caso único que requerirá tratamiento individualizado. También varía en la edad de presentación por ejemplo: en la esquizofrenia

tipo paranoide el inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo.⁴⁰

Parte de la clínica se refiere a alteración del juicio, de la realidad, alteraciones del pensamiento, la conciencia del yo y la percepción sensorial, influye a precipitar actos agresivos siendo tales actos violentos dados principalmente durante la fase inicial de la enfermedad, que normalmente se da en el ambiente familiar o personas próximas, siendo lo que motiva la sensación de que están siendo sistemáticamente perseguidos y por ello tienen la convicción de que están actuando en «legítima defensa», además estudios indican que el subtipo de esquizofrenia más común en peritajes criminalísticos es el paranoide.⁴¹

Entre otra de las características más relevantes esta la despersonalización, que es cuando la persona se percibe ajeno y distante y esto sucede cuando presenta una fase aguda de su enfermedad, donde él es un mero espectador que no es consciente de lo que sucede con su organismo, siendo entonces un síntoma básico de la esquizofrenia, y que en todo caso precedería a la psicosis.⁴²

Parte importante de la esquizofrenia es su relación a los trastornos de ansiedad que en sí mismo es un fuerte predictor de la calidad de vida subjetiva, y además que se asocia con una peor función de papel en las personas con esquizofrenia, esta ansiedad se asocia con una mala calidad de vida incluso teniendo un impacto mayor que la reflejada por los síntomas depresivos.⁴³

2.2.1.5. Diagnóstico

Para el diagnóstico de Esquizofrenia se deberá tener en cuenta algunos elementos, en primer lugar, el cuadro clínico, seguido de los antecedentes respecto a la historia del paciente y cuáles podrían haber sido los factores determinantes o desencadenantes, y del listado o elementos hacer descartes de factores de riesgo.

Sin embargo, existe una clasificación de los síntomas para el diagnóstico de la esquizofrenia como aquellos que pudieran ser provocados por consumo de drogas o por fuertes lesiones o antecedentes de enfermedad. Hay que recordar que en todas las clasificaciones para el diagnóstico de la esquizofrenia se enfatiza que los síntomas no deben ser causados por consumo de sustancias, lesiones cerebrales o enfermedades médicas. Es importante conocer y realizar el diagnóstico diferencial.⁴⁰

El CIE-10, presenta la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría clasificando en dos sistemas la enfermedad.

Los síntomas que caracterizan este trastorno mental son síntomas positivos y síntomas negativos.⁴⁰

Síntomas positivos:

- Alucinaciones: Pueden ser: visuales, auditivas, olfatorias, táctiles, cenestésicas; que la mente genera y la persona cree que es realidad. Pero este estímulo es solo percibido por el paciente.
- Ideas delirantes: se define como creencias propias del

paciente, y que de ninguna manera es compartida por las demás personas. Donde lo más frecuente es la idea de ser perseguidos.

- Pensamiento desorganizado, es cuando el paciente no es capaz de ordenar sus ideas y mucho menos de aceptar ayuda de los demás. es una característica muy peculiar del paciente esquizofrénico,
- Conductas desorganizadas o inusuales: son característica poco lógica del comportamiento del paciente esquizofrénico sin sentido común, el paciente realiza movimientos repetitivos e insistentes como una anomalía motora.

Síntomas negativos

- Embotamiento o aplanamiento afectivo. Viene a ser la dificultad para expresar emociones.
- Abulia: vendría a ser la desmotivación la apatía o falta de voluntad para realizar las cosas.
- Anhedonia: desinterés o incapacidad para experimentar placer.
- Alogia: es la falta de espontaneidad por lo que no puede expresarse y mucho menos comprender a los demás.

Otros síntomas

Quejas somáticas, preocupaciones excesivas por síntomas específicos, dismorfofobias, interés súbito en temas abstractos —filosóficos, religiosos u ocultos—, ansiedad, deterioro cognitivo y síntomas motores.

2.2.1.6 Componente social

En cuanto al componente social se enfatiza en la discapacidad social asociada a cualquier restricción o falta de habilidad para desarrollar una actividad de manera normal en su propio medio socio cultural. Ello se puede reflejar, al presentar dificultad en su autocuidado (higiene, vestuario y alimentación), en la dificultad de rendimiento ocupacional, el mal funcionamiento en roles familiares y roles sociales (dificultad en la participación con otros miembros de la comunidad en actividades de esparcimiento y de otro tipo).⁴⁰

Sin embargo, según descripción de la DSM – 5, nos indica que los pacientes con esquizofrenia presentan alteración tanto cognitiva como social de forma individualizada y de acuerdo al control de la enfermedad y entorno social, por lo que si se cumple con su tratamiento adecuadamente su pronóstico ha de ser mejor.⁴⁰

Pero para establecer su importancia se sabe que también es uno de los trastornos mentales más frecuentes que generan estigma social, aislamiento, descuido familiar y limitación al acceso de salud, factores que constituyen a un trabajo constante para mantener una buena inserción social y así evitar complicaciones graves como el suicidio, que es 12 veces mayor que en la población general.⁴⁴

2.2.2 INSERCIÓN SOCIAL

2.2.2.1 Definición

El término inserción social implica que la persona logre integrarse a la sociedad o algún grupo de manera exitosa; para lo cual se requiere transitar por un conjunto coherente de experiencias laborales y educacionales, para así poder obtener un espacio laboral; y poder continuar con su educación (en la universidad o en institutos técnicos) y de responsabilizarse de una familia y del cuidado de esta.⁴⁵

2.2.2.2 Características

a) Entorno social

En el contexto social, el entorno en el cual nos desenvolvemos es impuesto por la sociedad e implica acciones como el quehacer laboral. La sociedad manifiesta un rechazo por la persona que no trabaja, que no aporta a la sociedad sea cual fuere la posición social que este ocupe por lo que una persona provechosa garantizará el orden social, en una sociedad consumista como la nuestra la persona será capaz de satisfacer o no las demandas sociales de consumo, habitación, alimentación, relaciones sociales, que se desarrollan de acuerdo a un determinado estilo de vida y que son legitimados por la estructura del entorno social.⁴⁶

En el caso de los jóvenes que son aquellos en el que la inserción socio-laboral les cuesta más, debido a que empiezan afrontar la vida, la sociedad le muestra como un camino a seguir, son estos muchas veces maltratados ya que también es la misma sociedad la que ofrece muy pocas alternativas para vivir dignamente y lograr que estos

jóvenes desarrollen sus proyectos de vida, y para plantearse una sociedad con un futuro que se le es incierto.⁴⁷ Si esto sucede con personas jóvenes, lucidas y creativas, ¿cómo sería en el caso de los pacientes esquizofrénicos?

b) Entorno inmediato

La influencia de ser de una zona rural asociado al nivel educativo forman parte del estigma social ya que hay zonas que sólo ofrecen la educación básica, la persona que desee mejorar su estilo de vida correrá el riesgo de migrar y seguir preparándose para afrontar más retos, lograr un trabajo que cubra sus expectativas, una vez en el medio urbano son muy pocas las personas que finalmente estudian debido a lo que cuesta mantenerse en un lugar que no era su medio o hábitat natural por lo que alcanzar un oficio supone grandes exigencias y sacrificio, no compensados con los bajos salarios que finalmente reciben al desempeñarlos, haciéndose limitado el acceso social y laboral.⁴⁸

2.2.2.2.3 Características personales

El ser humano no se realiza en solitario, sino en medio de otros individuos de su misma especie, de no hacerlo de tal forma no podría vivir con normalidad en nuestra sociedad.

En cuanto a las características personales, también se puede observar algunos obstáculos como el que la persona no se encuentra bien preparada tanto en el aspecto cultural como hemos visto y en el aspecto emocional, y que para su inserción social uno de los mayores retos es superar la exclusión, la discriminación y el aislamiento; el desconocimiento o falta de uso de las redes sociales generará en la persona frustración, estrés, auto estigmatización, una variedad de

conflictos internos y externos en la que sólo el mejor preparado podrá sobrellevar.

El formar una familia es importante ya que en muchos casos es la pareja quien dará la fortaleza para seguir enfrentando los retos de la inserción social en un nuevo entorno social.⁴⁹

Investigaciones además sugieren que, con la población femenina, se enfatiza la dificultad que supone lograr una adecuada reinserción por parte de ellas debido a la mayor estigmatización que recae sobre las mujeres, complicando su incorporación al mercado laboral y al medio familiar.⁴⁹

2.2.2.3 Componentes

a) Espacio laboral

Para Zamarchi que trabajó en un instituto de investigación en drogodependencias basándose en su inserción social, manifiesta que el trabajar es uno de los factores protectores frente a la recaída de cualquier trastorno psiquiátrico en especial de los pacientes esquizofrénicos, debido a que el tener un trabajo es precisamente la valoración que la persona necesita, ya que el espacio laboral se define por la sociedad como un espacio social reconocido, el respeto de la sociedad, el alcance de autonomía económica, una mayor autoafirmación, es por ello que la familia cumple un papel importante para que el paciente esquizofrénico logre conservar ese espacio laboral, porque significará que ha sido insertado en la sociedad.⁵⁰

Además, aquellos que presentan dificultad para una buena inserción socio-laboral, se suelen identificar como personas que no poseen propiedades o inmuebles, foráneos, drogadictos y ex drogadictos,

reclusos y ex-reclusos, minorías étnicas, mujeres con cargas familiares, personas sin trabajo, ociosos, jóvenes sin cualificación, por lo que estos factores se le añaden en lo que si representa ya una persona con trastornos psiquiátricos.⁵¹

b) Educación

Si se toma en cuenta a la educación como determinante de inclusión social, podríamos pensar que las personas que han logrado estudios universitarios se encontraría en condiciones más ventajosas en relación con aquellos jóvenes que no cuentan con este tipo de formación, sin embargo el análisis social, nos confirmaría que esto es tan así, ya que para el joven egresado de un centro universitario significa además competir con la demanda de empleo por tantos otros jóvenes profesionales haciendo que su inserción social le sea costosa en términos de preparación. Pues entra a competir con la experiencia de profesionales mayores.⁵²

c) Entorno familiar

Hoy en día se piensa que es la familia la que juega un rol prioritario en la recuperación del paciente esquizofrénico, muy contrario a lo que se pensaba antes, donde lo social y psicológico eran dificultades insostenibles. Ahora se redescubre el rol familiar, y las condiciones económicas de esta, ya que es en la familia donde los recursos, costumbres y creencias se convertirán en la primera fuente socializadora para el paciente. Se rescata entonces la definición de Guibert, como: "un grupo humano de dos o más personas emparentadas por afinidad, consanguinidad, adopción o parentesco, que tienen comunicación cara a cara durante un tiempo prolongado y relaciones de poder entre ellos para el cumplimiento de funciones biológicas, económicas, afectivas y educativas, y que están

condicionadas por los valores socioculturales en los cuales se desarrollan".⁵³

La permanencia en el hogar paterno se traduce en una práctica estratégica, en jóvenes con contextos familiares precarios, el residir o continuar residiendo en la casa familiar es importante, ya que el ingreso familiar y el rol de cada uno de los miembros de la familia serán las condiciones para que el paciente logre un proceso de inserción social. Mientras que, en jóvenes con buena calidad de vida, ha significado una gran ventaja para que el paciente pueda mejorar ya que las condiciones de contar con un espacio, la ayuda para tomar decisiones y las condiciones materiales de privilegio, así como el contar con un fondo de ahorro serán la ayuda necesaria en su inserción social.⁵²⁻⁵³

Se concluye que aquellos padres con alto nivel de educación y estrato social es menos probable que sus hijos sean desempleados o reprimidos socialmente, así sea la familia considerada como una influencia débil en cuanto a la reinserción social.⁵⁴

2.2.2.4 Inserción social llevada a la medicina

El camino para que el paciente esquizofrénico logre su rehabilitación no estará completo hasta que por lo menos las metas de entrenamiento, educacionales y económicas estén cumplidas, porque para alcanzar una la reinserción del paciente a la vida social, se tendrá que lograr en primer lugar su independización económica es entonces que la inserción laboral es parte primordial de la rehabilitación de todo paciente adulto.⁵⁵

En el ámbito médico los pacientes diagnosticados con problemas neurológicos y psiquiátricos son los más estigmatizados en la

población por lo que su inserción social se ve limitada.⁵⁶ En el orden psicosocial, los pacientes con trastornos neurológicos como sufrir de epilepsia suelen ser equivocadamente estigmatizados en los diferentes grupos sociales como la familia, los amigos, los compañeros de trabajo y en general todos los que son parte del entorno⁵⁷.

Por ende, las dificultades para que la persona pueda interactuar no corresponde solo al paciente sino también a aquellas personas que lo rechazan y que es percibido por el paciente esquizofrénico, haciendo la situación de empatía sea insostenible, esta situación tampoco le permitiría concretar aspectos de su vida personal, tales como el matrimonio y los hijos, las realizaciones personales entre otros. Esta situación genera en estos individuos ansiedad y depresión, lo que en mayor o menor medida los afecta más que la condición misma.⁵⁷

En cuanto a los pacientes psiquiátricos como el sufrir esquizofrenia en el ámbito socio-laboral, es tomado como alguien que representa el peligro, ya que podría iniciarse una agresión, no se sabe qué esperar de esa persona, ya que todas sus expresiones puede ser cambiantes en cualquier momento ya que la enfermedad se manifiesta con etapas de crisis, y que de lo que se trata es que la persona se encuentre estable en un 70% para que pueda realizar tareas de socialización y acudir o realizar algún trabajo.⁵⁸

Además, en el trabajo de Rodríguez y Herrera se menciona que para que el paciente esquizofrénico logre insertarse en las relaciones sociales, es necesario que participe de los medios de redes sociales y que este sería un fundamento primordial para su inserción social y laboral, puesto que una característica de los usuarios de redes sociales son la introspección, lo cual podría promover o limitar el proceso de inserción social o laboral del individuo.⁵⁹

2.2.2.5 Intervenciones psicosociales en la esquizofrenia

Debido a la cronicidad de la esquizofrenia, se debe considerar que su tratamiento es entonces a largo plazo y que este debe ser integral, empleo de las estrategias de rehabilitación que incluye tanto las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales que toman gran importancia en la recuperación y pronóstico del paciente, entonces para poder desarrollar una buena estrategia como tal debemos basarnos en los siguientes puntos: esta rehabilitación debe disminuir el grado de stress, la clínica psicótica, el grado de discapacidad, riesgo suicida, la carga sobre los cuidadores y familia, mejorar la calidad de vida, comunicación, la adherencia al tratamiento farmacológico y para el trabajo desarrollado en esta tesis resalto la importancia de la adaptación e inserción social el cuál también está incluido en este proceso⁶⁰.

Asociado a las estrategias de rehabilitación también se debe tener en cuenta los costos económicos para la familia, sociedad y sistema de salud, el combatir el estigma social y el stress familiar o de aquellos que se encuentran a cargo del paciente. Todo esto puede evaluarse entonces en trabajos de investigación sobre la eficacia de estas terapias⁶⁰.

a) Equipo de apoyo social comunitario

Lo podemos observar descrito en una investigación en Madrid - España a cargo de Ballesteros F, sobre los equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) el cual está compuesto por psicólogos, trabajadores sociales y educadores, donde intervienen en el entorno y domicilio de afectados por un trastorno mental grave que no pueden ser tratados por medidas tradicionales con el fin de mejorar su calidad de vida, fomentando su autonomía doméstica e

integración comunitaria, es así que concluye que la creación de este equipo con el trabajo conjunto de centros de apoyo: como los centros de Día, centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, dándose a conocer los buenos resultados obtenidos y evidencia de mejora en la estabilidad clínica y la mejor adaptación social, así como en la reducción de los ingresos hospitalarios y su participación en la asistencia de controles, entonces nos da indicio de que es una excelente medida de apoyo para el paciente esquizofrénico en el ámbito psicosocial – socio-comunitario y que estima un ahorro considerable del gasto hospitalario. Además demuestra ser no solamente positivos a corto plazo, sino que se mantienen consistentes a largo plazo (24 y 36 meses), siendo esto de especial relevancia en problemáticas donde los procesos son lentos y no lineales⁶¹.

b) Equipo de tratamiento asertivo comunitario

Equipo propuesto también de importante trascendencia se diferencia del EASC debido a que cuenta con apoyo sanitario dado por un psiquiatra y apoyo de enfermería pero con misiones y metodología de trabajo similar, dando un apoyo más socio-sanitario⁶². Debido a ser un equipo más completo requiere mayor asociación de profesionales lo que dificulta la disponibilidad del trabajo en conjunto para atender a cada paciente comunitariamente, pero si se logra la integración los resultados serán muy satisfactorios⁶².

c) Participación comunitaria - Intervención Familiar

El trabajo con la comunidad y familiar debe ser parte de cualquier programa de manejo de pacientes con esquizofrenia. Debe ayudar al conocimiento de las manifestaciones conductuales de la esquizofrenia, evitando así significativamente el riesgo de recaídas.

Elementos como la familia, la espiritualidad y la fuerza de voluntad, requieren de mayor atención al momento de intervenir a la persona que vive con esquizofrenia. Esto se debe a que fomentan una sensación de bienestar que puede ayudar a la persona a visualizar una posible recuperación, más no de una manera homogénea para todos los casos, sino que se tengan en cuenta particularidades de cada paciente o de grupos de pacientes⁶³.

CAPÍTULO III

VARIABLES DE ESTUDIO

3.1. VARIABLES

3.1.1 ESQUIZOFRENIA

3.1.1.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Trastorno de características comúnmente asociadas a que se realice una inadecuada inserción social, siendo altamente probable de presentar fallos en la rehabilitación de este tipo de pacientes por lo que es fundamental conocer sus limitaciones mediante un buen seguimiento.

3.1.1.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

El estudio de esta variable consistirá en la aplicación de una ficha de recolección de datos que serán destinados a reunir información básica del manejo del paciente esquizofrénico y su modo de respuesta ante al seguimiento planteado por el servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, dicha información será extraída mediante el análisis de Historia Clínicas. Esta recolección de datos, será de utilidad para complementar el análisis de las variables que se estudiarán para medir la inserción social y cómo es que la familia está involucrada con la recuperación del paciente esquizofrénico.

3.1.2 INSERCIÓN SOCIAL

3.1.2.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Conjunto de características que le permite a todo ser humano obtener una adecuada salud mental, los cuáles se relacionan en conjunto para poder obtener el éxito de la meta propuesta por el propio ser humano, en ello no se debe excluir a aquellos con trastorno mental.

3.1.2.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

Este estudio se basará en la aplicación de una encuesta basada en la Escala de Funcionamiento Social – SFS que fue elaborado exclusivamente para medir el funcionamiento social en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Por tanto, consideramos su uso como muy importante.

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Indicador	Categorías	Escala de Medición
Esquizofrenia	Redes de Apoyo	Si No	Nominal
	Reconoce la enfermedad	Si No	Nominal
	Cumplimiento de citas	Si No	Nominal
	Entrega Completa de medicamentos	Si No	Nominal
	Nº de consultas en el último año	1 2 3 4 o +	Ordinal
	Nº de hospitalizaciones por enfermedad mental.	0 1 a 3 4 a 6 + de 7	Ordinal
	Lo acompañan a consulta	Si No	Nominal
	Inserción Social	Interacción Social	Aislamiento Integración
Comunicación Interpersonal		Se comunica No se comunica	Nominal
Autonomía de Ejecución		Dependiente Independiente	Nominal
Autonomía de Competencia		Dependiente Independiente	Nominal
Actividades de esparcimiento (Ocio)		Realiza No realiza	Nominal
Actividades Pro sociales		Realiza No realiza	Nominal
Empleo / Ocupación		Con Ocupación Sin Ocupación	Nominal
Interacción familiar		Interactúa No interactúa	Nominal
Características Sociodemográficas	Sexo	Masculino Femenino	Nominal

	Edad	18-19 años 20-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años >60 años	Ordinal
	Estado civil	Soltero Casado Conviviente Separado/Divorciado Viudo	Nominal
	Nivel Educativo	Analfabeto Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico Incompleta Técnico Completa Superior incompleta Superior completa	Ordinal
	Consumo de alcohol	Si No	Nominal
	Consumo sustancias psicoactivas	Si No	Nominal
	Familiares con quien vive actualmente	Esposo(a) Hijo Hermanos Tíos Padre, madre y hermanos Esposo e hijos Madre y Hermanos Padre y Madre Esposo y hermanos Padre y Hermanos Esposo, hijos, padre, madre y hermanos Padre, Madre y hermanos Padre, hermanos y abuelo	Nominal
	Familiares con enfermedad mental	Si No	Nominal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO

El tipo de investigación es básica observacional. El diseño de la presente tesis es correlacional, prospectivo y de corte transversal.

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio hecho en el año 2017, se llevó a cabo con pacientes que presentan el diagnóstico de esquizofrenia que se atienden en el Hospital Hipólito Unanue ubicado en la provincia Tacna, distrito Tacna, para lo que se tuvo que acudir al área de Psiquiatría para obtener la información de cada paciente para así poder captarlos y recolectar información relevante para ubicar a los pacientes en sus respectivos domicilios.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

a) Población

Se tomó en cuenta a todo paciente con diagnóstico de Esquizofrenia que estén siendo tratados en el servicio de psiquiatría – del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Se utilizó el libro de ingresos del servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue - Red Tacna. La unidad de análisis, quedó constituida por las historias clínicas de los pacientes en rehabilitación y la toma de una encuesta en aquellos pacientes validada para el estudio de su inserción social.

b) Muestra

Se tomó un muestreo no probabilístico de tipo por conveniencia siendo un total final de 150 pacientes, ya que se aplicó la encuesta a las personas que se encuentren con el diagnóstico de esquizofrenia que hayan sido atendidos en el servicio de psiquiatría en el hospital Hipólito Unanue de Tacna.

4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

La población estuvo conformada por los pacientes que están siendo atendidos en el servicio de psiquiatría Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período de estudio que cumplieron los siguientes criterios:

- Pacientes que son atendidos en el servicio psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue con diagnóstico de esquizofrenia.
- Ambos sexos.
- Edad mayor o igual de 18 años.

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente que hayan sido hospitalizados por complicaciones de la Esquizofrenia en los últimos 3 meses.
- Pacientes diagnosticados con esquizofrenia que no estén siendo tratados en el servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue.

4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para realizar el presente proyecto se coordinó con la Dirección del Hospital de apoyo Hipólito Unanue de Tacna, se realizó el respectivo trámite de autorización de acceso a la información de los pacientes. Se inició con la selección de los pacientes que estuviesen tratándose en el servicio de Psiquiatría, por haber sido previamente diagnosticado con Esquizofrenia.

- a) La forma de recolección de la información necesaria para la investigación, fue del análisis documental de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de psiquiatría y finalmente la aplicación de una encuesta.
- b) La Encuesta SFS (Escala de Funcionamiento Social) (ANEXO 01), que fuera elaborada por Birchwood, Smith y Cols, en 1990 y adaptada para la versión en español por A.J. Vásquez Morejón y R. Jiménez G-Bóveda. Es un instrumento que mide específicamente el funcionamiento social de las personas esquizofrénicas, aunque es posible aplicarlos a otros trastornos psicóticos como mencionan los autores. Recomendado para conocer el aspecto psicosocial en esquizofrénicos. El instrumento consta de siete subescalas:
 - **Aislamiento / Integración social:** para esta subescala se evalúa 5 ítems y la evaluación se da en un rango de 0 a 3. En total esta subescala da una puntuación final entre 0 a 15.
 - **Comunicación Interpersonal:** para esta subescala se evalúa 10 primero se suman los ítems 1 y 2. Si la suma de estos ítems es mayor a 3 su puntuación será 3. El resto de la puntuación va de un rango de puntuación de 0 a 30.

- **Autonomía Ejecución:** En esta subescala se evalúa 13 ítems y la evaluación se da en un rango de 0 (ninguna) a 3. (frecuentemente) esta subescala da una puntuación final entre 0 a 39.
- **Autonomía Competencia:** para esta subescala también se evalúa 13 ítems y la evaluación se da en un rango de 1 a 3. Siendo lo peor incapaz y lo mejor adecuadamente sin problemas. La puntuación final se da entre 13 a 39.
- **Tiempo libre (Ocio)** para esta subescala se evalúa 15 ítems y la evaluación se da en un rango de 0 (ninguna vez) a 3 (frecuentemente). La puntuación final es entre 0 a 45.
- **Actividades Pro sociales:** para esta subescala se evalúa 22 ítems y la evaluación se da en un rango de 0 (ninguna vez) a 3 (frecuentemente). La puntuación final es entre 0 a 66.
- **Empleo / Ocupación:** es posible puntuar hasta 6 puntos, si el/la paciente se siente capaz de realizar algún tipo de trabajo y está haciendo frecuentes intentos de encontrar trabajo. El instrumento fue validado por la sociedad latinoamericana de Salud Mental.
- La recolección de la información estuvo a cargo del investigador y un especialista en toma de encuesta. Finalmente, con toda la información recolectada se registró en una base de datos en una hoja de cálculo virtual, y se dio a conocer mediante tablas los principales resultados de esta investigación.

R Jiménez A.J Vásquez Morejón (64)

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de la información se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en un Software, donde se ordenaron los datos y se clasificaron de acuerdo a los criterios solicitados para la Escala de Funcionamiento Social (SFS) para tener en cuenta la evaluación del funcionamiento social de las personas con esquizofrenia. Posteriormente se pasó la información a una base de datos del Software Estadístico disponible, y se procedió a realizar el análisis de la información utilizando pruebas paramétricas según las variables siendo evaluados mediante tablas que se presentaran junto a las conclusiones respectivas. La estadística descriptiva incluyó medidas de tendencia central y dispersión, medias, frecuencias, absolutas y relativas. Además de poder utilizar una prueba de asociación como Chi cuadrado para relacionar las características sociodemográficas con el funcionamiento social del paciente esquizofrénico, se analizó la asociación de cada variable de estudio con el funcionamiento social del paciente esquizofrénico para los problemas de inserción social que se tomó en cuenta en esta presentación. Para todas estas pruebas estadísticas se dió un índice de confianza del 95% ($p < 0,005$) y un error de $< 5\%$.

RESULTADOS

TABLA 1

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE PRINCIPALES
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE,
2017**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		n	%
Edad	18 - 19 años	2	1,3%
	20 a 29 años	63	42,0%
	30 a 39 años	47	31,3%
	40 a 49 años	21	14,0%
	50 a 59 años	12	8,0%
	60 a más	5	3,3%
	Total	150	100,0%
Sexo	Femenino	79	52,7%
	Masculino	71	47,3%
	Total	150	100,0%
Estado civil	Soltero/a	94	62,7%
	Casado/a	12	8,0%
	Conviviente	16	10,7%
	Separado/divorciado	26	17,3%
	Viudo/a	2	1,3%
	Total	150	100,0%
Ocupación	Sin ocupación	133	88,6%
	Estudiante	17	11,3%
	No estudiante	116	77,3%
	Con Ocupación:	17	11,3%
	Independiente	7	4,7%
	Cargador	3	2,0%
	Limpieza	1	0,7%
	Ama de casa	3	2,0%
	Vigilante	1	0,7%
	Pintor	1	0,7%
	Gasfitero	1	0,7%
	Total	150	100,0%

Fuente: Escala de funcionamiento social.

En la tabla 1 se presentan las principales variables sociodemográficas evidenciadas en el grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en el período de estudio descrito. El 42% de los pacientes entrevistados que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unuane se encuentra entre 20 a 29 años seguido de un 31.3% entre 30 a 39 años, pudiendo deducir que estos rangos de población presentan la mayor asistencia a sus controles. En tercer orden de frecuencia se encuentra el grupo etario de 40 a 49 años con un 14 % de frecuencia proporcional y el resto de edades mayores dado del resultado probable de ya no contar con el apoyo familiar y la cronicidad y deterioro de su enfermedad.

Según sexo, el 52,7% del grupo son mujeres seguido de un 47,3% de varones, lo cual no demuestra significancia. Podemos observar que mayoritariamente el grupo de adulto conforma la población en estudio al ser el de mayor tendencia en frecuencia. Según el estado civil, el 62.7% tenía la condición de soltero seguido de un 17.3% en la condición de separado o divorciado, esto se puede asociar a la propia población joven que ha sido mayoritariamente objeto de estudio y debido a los resultados en este trabajo a la deficiente comunicación interpersonal que poseen ya que sólo un 10.7% tiene la condición de conviviente o 8% en la condición de casado.

Asimismo, se observa que el 88,6% no tiene ocupación, dato en consideración que demuestra la falta de inserción social, por la investigación bibliográfica obtuvimos el dato de que por su condición de enfermedad no suelen ser aceptados en el mundo laboral y a ello se añade los deficientes resultados que se obtuvieron en la evaluación de la escala del funcionamiento social (TABLA 4). El 11,3% se encuentra en la condición de estudiante. Se observa que un 11,3% se encuentra con una ocupación, sin embargo, podemos extraer que estas ocupaciones son mayoritariamente de aspecto físico y que no requieren poner a prueba sus habilidades y capacidades mentales.

TABLA 2

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA CONVIVENCIA DE LOS
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS
EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE, 2017**

CONVIVENCIA		n	%
Con Quién vive actualmente	Esposo/a	5	3,3%
	Hijos	8	5,3%
	Hermanos	10	6,7%
	Tíos	10	6,7%
	Padre madre y hermanos	58	38,7%
	Esposo e hijos	20	13,3%
	Madre y hermanos	8	5,3%
	Padre y madre	17	11,3%
	Esposo y hermanos	2	1,3%
	Padre y hermanos	4	2,7%
	Esposo, hijos, padre, madre y hns.	3	2,0%
	Padre, madre e hijos	2	1,3%
	Padre hermanos y abuelo	3	2,0%
Total	150	100,0%	

Fuente: Escala de funcionamiento social.

La tabla 2 apoya a la identificación de dependencia y apoyo familiar con la que cuenta el paciente esquizofrénico, se observar que el 38,7% de los pacientes estudiados conviven actualmente con padre, madre y hermanos en el mismo núcleo familiar. La convivencia con esposo e hijos se observó en el 13,3% del grupo y la característica de convivir con padre y madre tan solo en el 11,3%. Se observa entonces que el paciente esquizofrénico no se encuentra desamparado es posible contar con un apoyo familiar lugar donde se puede trabajar conjuntamente, sin

embargo, un 11,3% convive solo con sus padres quizá personas mayores que también requieran de asistencia.

TABLA 3

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA PERCEPCIÓN DE SALUD EN
LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE, 2017**

		n	%
Cómo se ha sentido en los tres últimos meses	Mejor	21	14,0%
	Más o menos como siempre	80	53,3%
	Peor de lo habitual	49	32,7%
	Total	150	100,0%

Fuente: Escala de funcionamiento social.

El 53,3 % del grupo objeto de estudio, percibió su estado sanitario como “más o menos como siempre”, sumado a esto el que un 32,7 % que refería sentirse peor de lo habitual. Esto indica la problemática de la situación que al ver que sumando aquellos que se encuentran peor de lo habitual con los que se sienten que están como siempre dan un 86 %, y de nuestros resultados podemos interpretar que al ser mayor la cantidad de pacientes entre los rangos de edad 20-29 años puede que respondan más o menos como siempre o mejor debido a que este trastorno no ha ocasionado un marcado deterioro mental, sin embargo nos lleva a tomar mejores acciones durante el control que recibirán los pacientes a futuro ya que solo el 14 % refiere sentirse mejor.

TABLA 4

**RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE INSERCIÓN SOCIAL
EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE, 2017**

INSERCIÓN SOCIAL	Media	Máximo	Mínimo	Desviación típica
Aislamiento/integración social	11,07	15,00	8,00	1,60
Comunicación interpersonal	21,83	112,00	16,00	7,73
Autonomía/ejecución	18,89	32,00	13,00	5,50
Autonomía/Competencia	18,37	33,00	13,00	5,53
Ocio	24,52	38,00	20,00	4,56
Actividades Pro sociales	22,33	35,00	20,00	3,29
Empleo	28,92	44,00	17,00	5,64

Fuente: Escala de funcionamiento social.

La aplicación del test de inserción social contempla principalmente 7 esferas de observación. Finalizada la medición de cada una de las esferas, los puntajes se integran ponderadamente para obtener el puntaje final que mide el nivel de inserción social de las personas exploradas. El análisis de cada una de las esferas y el contraste entre ellas permite identificar y priorizar las más afectadas, que permitirán en el futuro insertar programas de fortalecimiento para una mejora continua en la inserción social del paciente y mejora de su calidad de vida. Los puntajes son acumulativos y se trabaja con la media proporcional en cada una de las esferas. Así mismo se calcula la desviación estándar que permite saber comparativamente en cuál de las esferas el estado de respuesta evidencia una menor o mayor variabilidad. Conocer la variabilidad permitirá saber cuál de las esferas presenta una tasa de respuesta más homogénea y probablemente nos permita identificar la esfera más comprometida.

Según los puntajes medios obtenidos por cada una de las esferas podemos observar que, a menor promedio será menor la ponderación que ofrece la esfera en el puntaje final de la medición de inserción social. Es así que el aislamiento/ integración social tuvo un promedio de 11,07 puntos del total general con una desviación estándar de 1,6. Esta esfera tiene el menor promedio. Las otras esferas en orden de frecuencia con promedios bajos respecto a las demás es autonomía/ ejecución y autonomía/competencia, con promedios de 18,89 en el primer caso y de 18,37 en el segundo caso.

En la esfera de comunicación interpersonal, con un 21,83 de promedio ponderado, se observa una desviación estándar de 7,73 que permite analizar, que es una de las áreas con mayor variabilidad, pudiendo inferir que se podrán observar pacientes con una buena comunicación interpersonal pero también otros donde esta característica es muy baja. La heterogeneidad de respuesta en esta esfera es marcadamente diferente a las demás esferas.

TABLA 5

ESTADO DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2017

		n	%
Funcionamiento Social Global	INFERIOR	53	35,3%
	MEDIO	48	32,0%
	SUPERIOR	49	32,7%
	Total	150	100,0%

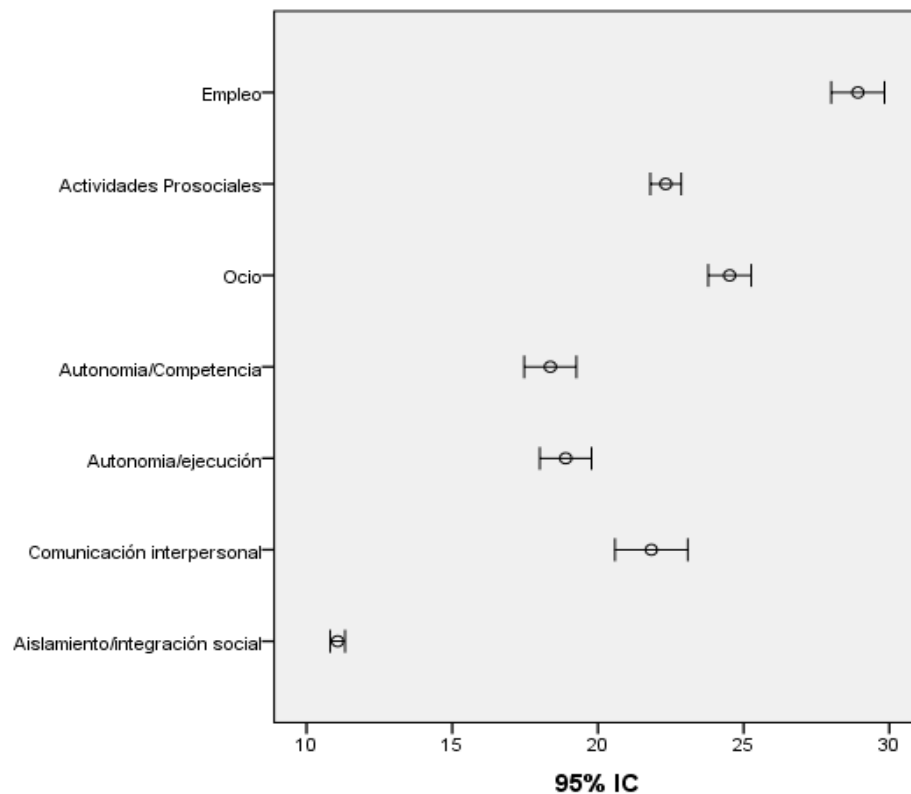
	Media	Máximo	Mínimo	Desviación típica
Funcionamiento Social Global	145,93	267,00	122,00	18,78

Fuente: Escala de funcionamiento social.

La integración de las 7 esferas con sus respectivas ponderaciones permite conocer el **Funcionamiento Social Global** del paciente determinado por el tamizaje de tres categorías, con un intervalo de confianza del 95 %. Podemos observar que el puntaje total alcanzado en promedio es de 145,93 con una desviación estándar de 18,78.

La determinación mediante escala de percentiles permite observar que el 35,3 % del grupo de pacientes se encuentra en un nivel inferior de inserción social seguido de un 32 % en un nivel medio. Sólo un 32,7 % se encuentra en un nivel superior de funcionamiento social global. Los valores encontrados claramente determinan tres grupos muy similares en frecuencia que podría augurar, en estudios posteriores de intervención, validar programas de apoyo o de seguimiento y así los grupos que se encuentran en nivel medio puedan alcanzar niveles de mejora en su inserción

Asimismo se podrá justificar la necesidad de conocer qué variables se encuentran asociadas en aquellos que se encuentran en un nivel inferior de inserción social.



Gráfica 1: Comparación y tendencia de las esferas de Funcionamiento Social

En la Gráfica 1 se representa la comparación y tendencia de las esferas analizadas con un nivel de confianza del 95 %. Esto quiere decir que, si repitiéramos el estudio 100 veces en muestras extraídas de la misma población, los resultados serían similares a los observados en esta gráfica. Asimismo, la gráfica también permite conocer cuál es la esfera más comprometida y determinar la diferencia significativa versus las demás. Permite observar también las que influyen positivamente.

La esfera de aislamiento/ integración social, es la que está más comprometida en comparación de las siete. Mostrando una diferencia altamente significativa frente al resto del grupo de variables estudiadas, con fines de priorización, es esta esfera la que se debe de intervenir primero. La esfera de autonomía marca una diferencia

significativa frente a las esferas de actividades pro sociales y de ocio que se encuentran en mejor condición. Quizás sean las 2 que se puedan priorizar también, después de atender la de aislamiento /integración social. Éstas, las de actividades pro sociales y de ocio, se diferencian principalmente de las de autonomía y de aislamiento/integración social. Al parecer son estas dos esferas las que mejor se integran respecto a las anteriores, pues están fortalecidas en un nivel similar a la esfera de comunicación interpersonal con la cual no hay diferencia significativa. En conclusión, al analizar los niveles de intervención, deben considerarse en orden de priorización primero a la mejora del aislamiento/ integración social, seguido de la de autonomía en sus dos subniveles, y finalmente las de actividades pro sociales y de ocio que deberían ser fortalecidas ya en su avance alcanzado.

TABLA 6

IDENTIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ESFERA MÁS COMPROMETIDA: AISLAMIENTO/ INTEGRACIÓN SOCIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2017.

		Funcionamiento Social Global								p
		INFERIOR		MEDIO		SUPERIOR		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
A qué hora se levanta habitualmente De Lunes a Viernes	Antes de las 9 am	26	25.5%	36	35.3%	40	39.2%	102	100.0%	0.001
	Entre 9 y 11	27	56.3%	12	25.0%	9	18.8%	48	100.0%	
	Total	53	35.3%	48	32.0%	49	32.7%	150	100.0%	
A qué hora se levanta habitualmente Sábado y Domingo	Antes de las 9 am	20	34.5%	15	25.9%	23	39.7%	58	100.0%	0.176
	Entre 9 y 11	31	35.6%	33	37.9%	23	26.4%	87	100.0%	
	Entre 11 y 1 de mediodía	2	40.0%	0	0.0%	3	60.0%	5	100.0%	
	Total	53	35.3%	48	32.0%	49	32.7%	150	100.0%	
Cuántas horas pasa usted solo/a al cabo del día? (por ejemplo solo/a en la habitación, de paseo solo/a, escuchando la radio o viendo la televisión solo/a)	Muy poco tiempo solo/a (0 a 3 horas)	2	7.4%	3	11.1%	22	81.5%	27	100.0%	0.00
	Algún tiempo solo/a (3 a 6 horas)	11	21.6%	16	31.4%	24	47.1%	51	100.0%	
	Bastante tiempo solo/a (6 a 9 horas)(>1)	15	60.0%	7	28.0%	3	12.0%	25	100.0%	
	Mucho tiempo solo/a (9 a 12horas)	9	45.0%	11	55.0%	0	0.0%	20	100.0%	
	Casi todo el tiempo (>12 horas)	16	59.3%	11	40.7%	0	0.0%	27	100.0%	
	Total	53	35.3%	48	32.0%	49	32.7%	150	100.0%	
Con qué frecuencia empieza usted una conversación en casa?	Casi nunca	26	52.0%	24	48.0%	0	0.0%	50	100.0%	0.00
	Pocas veces	21	48.8%	12	27.9%	10	23.3%	43	100.0%	
	Algunas veces	6	13.0%	11	23.9%	29	63.0%	46	100.0%	
	Frecuentemente	0	0.0%	1	9.1%	10	90.9%	11	100.0%	
	Total	53	35.3%	48	32.0%	49	32.7%	150	100.0%	
Con qué frecuencia sale usted de casa (por cualquier motivo)?	Casi nunca	25	59.5%	17	40.5%	0	0.0%	42	100.0%	0.00
	Pocas veces	20	50.0%	15	37.5%	5	12.5%	40	100.0%	
	Algunas veces	8	18.6%	15	34.9%	20	46.5%	43	100.0%	
	Frecuentemente	0	0.0%	1	4.0%	24	96.0%	25	100.0%	
	Total	53	35.3%	48	32.0%	49	32.7%	150	100.0%	
Cómo reacciona usted a la presencia de extraños?	Los evita	21	53.8%	18	46.2%	0	0.0%	39	100.0%	0.00
	Se pone nervioso/a	24	43.6%	18	32.7%	13	23.6%	55	100.0%	
	Los acepta	8	16.7%	9	18.8%	31	64.6%	48	100.0%	
	Le agradan	0	0.0%	3	37.5%	5	62.5%	8	100.0%	
	Total	53	35.3%	48	32.0%	49	32.7%	150	100.0%	

Fuente: Escala de funcionamiento social.

En la tabla 7 presentamos la distribución de frecuencia de los principales reactivos presentes en la esfera de aislamiento/integración social y como éstos pudiesen estar asociados al Funcionamiento Social Global.

Respecto a “qué hora se levanta habitualmente de lunes a viernes” existe una diferencia altamente significativa ($p:0,001$) entre los que lo hacen entre las 9 a 11 de la mañana (56,3%) y aquellos que lo hacen antes de las 9 de la mañana (25,5%). La probabilidad de tener un nivel de inserción inferior se encuentra en el grupo mencionado en primer lugar.

Respecto a las horas de soledad durante el día, el 60% de los pacientes que pasan bastante tiempo solos (6 a 9 horas) son las que manifiestan menor nivel de inserción social. Similarmente en el grupo con mucho tiempo a solas (9 a 12 horas), el 45% se encuentra en un nivel inferior de inserción. En el grupo con casi todo el tiempo a solas, el 59,3%, se encuentra en un nivel de inserción social inferior. Podemos afirmar que las horas en soledad están asociadas a niveles de inserción social bajo, característica que podría ser solucionada eficientemente.

Respecto a la frecuencia con que empieza una conversación en su casa, el 52% manifiestan que “casi nunca lo hace”, seguido de un 48.8% que refiere “pocas veces”. Estos pacientes se encuentran con una inserción social baja. En cambio, aquellos en que la característica está presente “algunas veces” o “frecuentemente”, el 63% en el primer caso y 90,9% en el segundo caso, están en el grupo con un nivel de inserción alta. Esta diferencia es altamente significativa ($p:0.000$)

Según a la frecuencia con que “sale de casa por algún motivo”, el 59.5% del grupo que refiere hacerlo “casi nunca” se encuentra en un nivel de inserción inferior. Asimismo, aquellos que refieren “hacerlo pocas veces”, el 50% de éstos se encuentran también en un nivel de inserción inferior. Esta diferencia es marcadamente significativa respecto de aquellos que dicen hacerlo “frecuentemente” y “algunas veces”, donde el 96% y 46,5% respectivamente, se encuentran en un nivel de inserción óptimo ($p:0,00$).

Respecto a “cómo reacciona ante la presencia de extraños” en el grupo que dice que “los evita”, el 53,8% se encuentra en un nivel de inserción inferior. Asimismo, en el grupo que refiere “ponerse nervioso” el 43,6% también se encuentra en un estado de nivel de inserción inferior. En cambio, los que “aceptan la presencia de extraños” o “les agrada”, 64,6% y 62,5% respectivamente, los niveles de inserción son altos y esta diferencia es altamente significativa. (p:0,00)

TABLA 7

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS PRINCIPALES
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS A
FUNCIONAMIENTO SOCIAL GLOBAL EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL SERVICIO
DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2017**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		Funcionamiento Social Global								p
		INFERIOR		MEDIO		SUPERIOR		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad	Adolescente	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	0.151
	Adulto	49	34.3%	45	31.5%	49	34.3%	143	100.0%	
	Adulto mayor	2	40.0%	3	60.0%	0	0.0%	5	100.0%	
	Total	53	35.3%	48	32.0%	49	32.7%	150	100.0%	
Sexo	Femenino	29	36.7%	23	29.1%	27	34.2%	79	100.0%	0.726
	Masculino	24	33.8%	25	35.2%	22	31.0%	71	100.0%	
	Total	53	35.3%	48	32.0%	49	32.7%	150	100.0%	
Estado civil	Soltero/a	36	38.3%	27	28.7%	31	33.0%	94	100.0%	0.18
	Casado/a	5	41.7%	1	8.3%	6	50.0%	12	100.0%	
	Conviviente	4	25.0%	6	37.5%	6	37.5%	16	100.0%	
	Separado/divorciado	8	30.8%	12	46.2%	6	23.1%	26	100.0%	
	Viudo/a	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	2	100.0%	
	Total	53	35.3%	48	32.0%	49	32.7%	150	100.0%	
Ocupación	Sin ocupación	51	44.0%	43	37.1%	22	19.0%	116	100.0%	0.00
	Estudiante	0	0.0%	2	11.8%	15	88.2%	17	100.0%	
	Independiente	0	0.0%	2	28.6%	5	71.4%	7	100.0%	
	Empleado/a	2	66.7%	0	0.0%	1	33.3%	3	100.0%	
	Limpieza	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
	Ama de casa	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%	3	100.0%	
	Vigilante	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
	Pintor	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Gasfitero	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
Total	53	35.3%	48	32.0%	49	32.7%	150	100.0%		

Fuente: Escala de funcionamiento social.

No existe diferencia significativa según edad, sexo y estado civil y la probabilidad de influencia en el Funcionamiento Social Global ($p < 0,05$).

La variable que se encuentra principalmente asociada es la de ocupación ($p:0,00$). Se puede observar que en el grupo “sin ocupación”, el 44% está en un nivel de inserción inferior. Del mismo modo podemos observar también que en el grupo que se encuentra “empleado” con alguna responsabilidad laboral, el 66,7% se encuentra en un nivel de inserción inferior. Las mejores condiciones se evidencian en el grupo de “estudiantes” (88,6%), independientes (71,4%) y en aquellos con responsabilidades menores

TABLA 8

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN CON QUIÉN VIVE
ACTUALMENTE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2017**

convivencia		Funcionamiento Social Global								p
		INFERIOR		MEDIO		SUPERIOR		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Con quién vive actualmente	Espos/a	0	0.0%	5	100.0%	0	0.0%	5	100.0%	0.001
	Hijos	2	25.0%	4	50.0%	2	25.0%	8	100.0%	
	Hermanos	1	10.0%	6	60.0%	3	30.0%	10	100.0%	
	Tíos	4	40.0%	4	40.0%	2	20.0%	10	100.0%	
	Padre madre y hermanos	20	34.5%	17	29.3%	21	36.2%	58	100.0%	
	Espos e hijos	5	25.0%	1	5.0%	14	70.0%	20	100.0%	
	Madre y hermanos	6	75.0%	2	25.0%	0	0.0%	8	100.0%	
	Padre y madre	6	35.3%	7	41.2%	4	23.5%	17	100.0%	
	Esposo y hermanos	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	
	Padre y hermanos	3	75.0%	1	25.0%	0	0.0%	4	100.0%	
	Esposo, hijos, padre, madre y hnos.	2	66.7%	1	33.3%	0	0.0%	3	100.0%	
	Padre, madre e hijos	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%	
	Padre hermanos y abuelo	2	66.7%	0	0.0%	1	33.3%	3	100.0%	
	Total	53	35.3%	48	32.0%	49	32.7%	150	100.0%	

Fuente: Escala de funcionamiento social.

La presencia de la convivencia con algún familiar o el entorno familiar es sabido que se encuentra muy asociado a la recuperación o mejora de la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. En nuestro grupo podemos observar que algunas características de convivencia se encuentran asociadas a niveles inferiores o superiores de inserción social. Es así que, en aquellos pacientes que “conviven con padre, madre y hermanos” está asociado a niveles superiores de inserción social global. En cambio, aquellos que viven con “madre y hermanos”, “esposo y hermanos” y “padres y hermanos” (familia disociada o incompleta) los niveles de inserción social son inferiores. Respecto a los demás grupos, aquellos con “esposo e hijos” en el núcleo familiar los niveles de inserción social son superiores a los demás puesto que el 70% se encuentra en un nivel superior en la escala de medición de la inserción global social

TABLA 9

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA PERCEPCIÓN DE SALUD DE LOS ÚLTIMOS 3 MESES SEGÚN EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL GLOBAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, 2017

		Funcionamiento Social Global								p
		INFERIOR		MEDIO		SUPERIOR		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
¿Cómo se ha sentido en los tres últimos meses?	Mejor	0	0.0%	1	4.8%	20	95.2%	21	100.0%	0.000
	Más o menos como siempre	25	31.3%	26	32.5%	29	36.3%	80	100.0%	
	Peor de lo habitual	28	57.1%	21	42.9%	0	0.0%	49	100.0%	
	Total	53	35.3%	48	32.0%	49	32.7%	150	100.0%	

Fuente: Escala de funcionamiento social.

Podemos observar que en el grupo que refirió “sentirse mejor”, el 95,2% se encuentra en un nivel de inserción social superior. En el grupo que refiere sentirse “más o menos”, el 36,3% tan sólo se encontraba en un nivel superior, el 31,3% en nivel inferior y 32,5% en nivel medio. En cambio, en el grupo que refiere “estar peor de lo habitual”, el 57,1% se encuentra en un nivel inferior de funcionamiento social global y un 42,9% en nivel medio. Ninguno se encuentra en un nivel de inserción superior. Esta diferencia es altamente significativa

DISCUSIÓN

El estudio de inserción social en pacientes con esquizofrenia está aún en inicios dentro de las estrategias sanitarias de nuestro país. No existen aún programas serios de apoyo para que el paciente logre insertarse adecuadamente en un medio que ya de por sí le resulta adverso. Tenemos que reconocer que tampoco se realizan estudios de base que permitan saber el real estado de estas características. El tratamiento farmacológico es muy importante, pero este debe de estar necesariamente coordinado con las estrategias del manejo del entorno familiar y laboral. En nuestro estudio se seleccionó una muestra que permita saber cómo se encuentra la inserción social de un grupo de pacientes en tratamiento de esquizofrenia. Se evidenció que el 42% se encuentra entre 20 a 29 años seguido de un 31,3% entre 30 a 39 años, teniendo como población atendida a adolescentes tardíos, jóvenes y adultos medios en mayor proporción de la cantidad estudiada, esto se relaciona con la estadística de aparición de la enfermedad y adaptación del sujeto a su entorno, es característico que se presente este trastorno desde los 18 hasta aproximadamente los 35 años de edad, se tiene por consiguiente que los pacientes que suelen ir más al hospital es por chequeos inmediatos a nuevas manifestaciones del trastorno que se dan en los primeros años después de su aparición. Según sexo, el 52.7% del grupo son mujeres seguido de un 47.3% de varones, referente al sexo no se encontró alguna predominancia significativa, por lo que concuerda y reafirma que no existe predominancia por algún sexo con estudios anteriores. Según el estado civil, el 62.7% tenía la condición de soltero seguido de un 17.3% en la condición de separado o divorciado, estos porcentajes indican una alta desestabilidad del compromiso en personas con este trastorno, podremos relacionarlo con el resultado en la (gráfica 1) donde el aislamiento/funcionamiento social se encuentra menos desarrollado. **Torres, et al en Loreto-Perú**, en el año 2014. En su grupo de estudio encontró que el 42,2% contaba con 20 a 35 años semejante a los resultados encontrados en el estudio realizado, el 59,1% varones se puede ver en este estudio que hay una mayor proporción, sin embargo esta no es significativa, el tener un porcentaje mayor en

varones se puede deber al efecto anti-dopaminérgico que presenta la mujer y que mejora el pronóstico del trastorno, el 67,0% de ellos en estado civil solteros, el 77,3% con funcionalidad familiar inadecuada, el resultado de esta investigación se correlaciona con el estudio realizado ya que las personas con este trastorno presentan una dificultad en formar relaciones por su baja habilidad para interrelacionarse o adaptarse a una convivencia.¹⁹

En nuestro trabajo, el 38.7% de los pacientes estudiados conviven actualmente con padre, madre y hermanos en el mismo núcleo familiar. La convivencia con esposo e hijos se observó en el 13.3% del grupo y la característica de convivir con padre y madre tan solo en el 11.3%, esto se puede deber al rango de edad que presentan los pacientes ya que culturalmente no se espera que personas de la edad proporcionada vivan solos. No se cuenta con lugares de confinamiento como estrategia alternativa en nuestra sociedad **Leibe, Kallert** midió la discapacidad social, sea esta en el ámbito familiar, recreativo y de independencia en general. Refiere que para los pacientes que viven en establecimientos bajo confinamiento, los contactos sociales están casi limitados a la situación residencial, y el aislamiento es mayor. Por lo que recomienda otras formas de implementación de sistemas complementarios.²³ Coincidimos con su conclusión, puesto que entendemos que el mejor medio de desarrollo para este tipo de pacientes es el familiar y el entorno cercano social.

Cuando medimos el nivel de inserción global social, el 35.3% del grupo de pacientes se encontraba en un nivel inferior de inserción social seguido de un 32% en un nivel medio. Sólo un 32.7% se encuentra en un nivel superior de funcionamiento social global, aun siendo estos resultados casi equitativos según las divisiones mencionadas se pudo encontrar que las personas que encontraban o tienen trabajo, se caracterizan por tener oficios que necesitan de un mayor esfuerzo físico que cognitivo. **Huerta Lozada**¹⁸, encontró en su estudio que el nivel de inserción social en sus pacientes fue de nivel medio seguido del nivel bajo. No analiza las esferas que estuvieron más comprometidas. En nuestro estudio la esfera de aislamiento/ integración social tuvo un promedio de 11.07 puntos del total general con una desviación estándar de 1.6. Esta esfera tiene el menor promedio.

Las otras esferas en orden de frecuencia con promedios bajos respecto a las demás es autonomía/ ejecución y autonomía/competencia, con promedios de 18.89 en el primer caso y de 18.37 en el segundo caso. Podemos deducir que las nuevas estrategias de intervención comunitaria deben estar dirigidas en corregir primero esas esferas. **Huerta Lozada.**¹⁸ Recomienda que se debe incidir en organizar programas sobre rehabilitación y habilidades sociales con los familiares de los pacientes y coordinar reuniones para incentivar el entrenamiento de habilidades sociales en los pacientes controlado, o estables, a lo que se acota que estos centros de apoyo deben generar destrezas en confección de artículos u oficios ya que se encontró una mejor facilidad de entrada laboral por trabajos físicos que de procesamiento o juicio.

Porras V (2013), refiere que el ámbito laboral y su relación con la inserción laboral hacen más vulnerables y marginados a los pacientes con esquizofrenia.²⁰ **Álvarez J, et al** afirma que la “Cognición Social en las personas con esquizofrenia se relaciona con distintas áreas del funcionamiento social, y esta influye en el hecho de que una persona con esquizofrenia desempeñe un trabajo remunerado”.²⁴ **Fernández, Saeki**, halló que la terapéutica empleada colabora para la adhesión al tratamiento y reduce las veces de internamiento psiquiátrico, sin embargo, la vida social de esas personas ocurre en el contexto familiar. Afirma que existe una necesidad de trabajar con apoyo estratégico de los profesionales y de la familia así como de la comunidad en general²². **Hernández J, et al** ya en el 2010 propuso una estrategia para que estos pacientes cuenten con un lugar o espacio de trabajo previa capacitación específica. Concluyeron que “el pronóstico laboral de la persona con esquizofrenia está en relación directa con: valoración psiquiátrica, la estabilidad sintomatológica”, y seguir o ser continuador de la terapia, y del apoyo de los familiares²¹. En nuestro estudio observamos que el 77.3% no tenía ocupación. El 11.3% se encuentra en la condición de estudiante. Sólo el 4.7% que sí cuenta con una ocupación como independiente. Resultados que contrastan marcadamente con muchas otras realidades. Probablemente esto se deba a que nuestra sociedad ve aun con temor esta enfermedad. La asocia generalmente a estados de violencia o

inestabilidad y es reacia a ser tolerante e insertar a un grupo de personas donde el estado laboral podría beneficiar. No existe legislación vigente que apoye estrategias de inserción laboral en ese sentido y sólo lo exige en personas declaradas incapacitadas, donde no están incluidas las que tienen las características mencionadas en el presente estudio. Las experiencias reportadas por diferentes países mediante entrevistas y encuestas demuestran la utilidad de este enfoque para facilitar la inserción laboral en personas con discapacidad mental. Sin embargo, la sistematización de indicadores laborales a través de estudios experimentales que permitan comparar este abordaje con otras intervenciones continúa siendo una tarea pendiente sobretodo en nuestra sociedad peruana. Además de los beneficios estrictamente laborales, se debería destacar que las empresas sociales fomenten la mejoría en una serie de aspectos clínico-terapéuticos de los usuarios que trabajen en ellas ya que si se ha observado una mayor autonomía, funcionalidad, autoeficacia y empoderamiento en los usuarios. `

En nuestro estudio no existe diferencia significativa según edad, sexo y estado civil y la probabilidad de influencia en el Funcionamiento Social Global ($p < 0.05$). **Torres, et al** halló asociación entre: edad ($p=0,000$), sexo ($p=0,044$) y funcionalidad ($p=0,0393$)¹⁹. En nuestro estudio la variable principalmente asociada fueron ocupación ($p:0.00$). Esto refuerza la idea de que se hace necesario revisar las estrategias sanitarias y normatividad legal respecto a las capacidades y oportunidades que deben tener las personas con esta patología para lograr insertarse en el campo laboral. La convivencia con algún familiar está muy asociada a la recuperación o mejora de la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y esto contribuirá positivamente en la percepción que tiene de sí mismo el paciente.

CONCLUSIONES

1. El 35,3 % del grupo de pacientes se encuentra en un nivel inferior de inserción social seguido de un 32 % en un nivel medio. Sólo un 32,7 % se encuentra en un nivel superior de funcionamiento social global.
2. Respecto a principales características sociales, en el grupo de estudio, el 95,3 % se encuentra en el ciclo adulto seguido de un 3,3 % en el adulto mayor. Sólo un 1,3 % tiene la condición de adolescente. El 52,7 % del grupo son mujeres seguido, el 62,7 % tenía la condición de soltero seguido de un 17,3 % en la condición de separado o divorciado. El 88,6 % no tiene ocupación. El 11,3 % se encuentra en la condición de estudiante. El 38,7 % de los pacientes estudiados conviven actualmente con padre, madre y hermanos en el mismo núcleo familiar.
3. La esfera de aislamiento/ integración social tuvo el menor promedio. Por lo que es la esfera más comprometida y que se diferencia estadísticamente de las demás ($p:0,000$). Asimismo, el grupo “sin ocupación”, el 44 % manifiesta un nivel de inserción inferior.
4. Las mejores condiciones de inserción social se evidencian en el grupo de “estudiantes”, independientes (71,4 %) y en aquellos con responsabilidades menores.

RECOMENDACIONES

1. Realizar trabajos de investigación para diferenciar las principales variables asociadas que pueda estar influyendo en su inserción social y como se ha descrito en esta investigación en la esfera más baja de escala de funcionamiento social es el aislamiento/ integración social. Profundizar en analizar el entorno familiar en cuanto a sus creencias culturales asociadas a las emociones experimentadas, estigmas asociados y rescatar propuestas para mejorar esta área.
2. Proponer estrategias de intervención en el entorno laboral, familiar y social, donde el paciente se sienta y esté convencido que es el "dueño" de sus metas, reforzándolas mediante acciones significativas, e individualizando y haciendo que el proceso de inserción social y rehabilitación sea parte integrante de la vida cotidiana.
3. Incentivar la deshospitalización de los tratamientos de rehabilitación social, acudiendo a los hogares de los pacientes esquizofrénicos mediante la formación de Equipos de apoyo social comunitario y Equipos de tratamientos asertivos, debido a sus buenos resultados en la rehabilitación del paciente en otros Países, que apoyen al Centro de Día del servicio de psiquiatría del HHU – Tacna, a nivel sanitario se fortalece alianzas terapéuticas y de rehabilitación del paciente y familia.
4. Evaluación de la familia como un todo y de cada miembro familiar al menos, durante el curso del primer año de evolución., dando soporte al manejo de la esquizofrenia y así afrontar el entrenamiento y práctica de habilidades efectivas para la solución de problemas. Recalcar que la intervención familiar debe ser breve y específica para cada paciente, y además con la educación respectiva acerca de la sintomatología que puedan predecir las recaídas, pero no solo destinado a largo plazo, sino que sean útiles en

distintos momentos del curso longitudinal de la enfermedad, para el abordaje de situaciones que afectan la estabilidad del paciente. Propongo no sobrecargar de sesiones familiares al paciente esquizofrénico para evitar el stress del paciente, por lo que deben ser espaciadas de acuerdo su condición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez M. Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. Universidad de Oviedo. 2012 (citado 17 de Mayo 2017); 24(1):1-9. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11153962>
2. Avilés G. Caracterización de pacientes con esquizofrenia. MEDISAN. 2014 (Citado 17 de Mayo 2017); 18(5):602. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n5/san02514.pdf>
3. Castellanos A, Alina G. Caracterización de pacientes con esquizofrenia. MEDISAN. 2014 (citado 07 de Mayo de 2017); 18(5):616-619. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445005002>
4. Salguero L, Soraide J. Factores asociados para el desarrollo de la Esquizofrenia y su incidencia en pacientes. Revista Científica Ciencia Médica. 2012 (citado 07 de Mayo de 2017); 15(2):18-21. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426041225005>
5. Lozano L, Acosta R. Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia. Revista Med. 2009 (citado 07 de Mayo de 2017); 17(1):87-94. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01215256200900010003
6. Gejman P, Sanders A. La etiología de la esquizofrenia. Medicina – Buenos Aires. 2012(citado 07 de Mayo de 2017); 72(1):227-234. Disponible en:
<http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/22763160.pdf>

7. Sánchez H. Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 2012 (citado 07 de Mayo de 2017); 2(1):111-129. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475847407005>
8. Ochoa S, Martínez F, Ribas M, García M, López E, Villellas R, et al. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2011 (citado 07 de Mayo de 2017); 31(111):477-489. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000300006
9. Pérez C, Bosqued L, Nebot M, Guilabert M, Pérez J, Quintanilla M. Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa? *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2015 (citado 07 de Mayo de 2017); 35(128):721-730. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265045386002>
10. Fuentes M, Fernández E. La esquizofrenia en el medio penitenciario. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2016 (citado 07 de Mayo de 2017); 36(130):405-420. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265048580007>
11. Caqueo A, Gutiérrez J, Ferrer M, Fernández P. Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia de ascendencia étnica aymara en el norte de Chile. *Revista de psiquiatría y salud mental (Barcelona)*. 2012 [citado 24 Abr 2017]; 5(2):121-126. Disponible en:
https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1888989112000225.pdf?locale=es_ES

12. Vidal M, Salas M, Escobar V, Utreras A, Arriagada A. Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. AQUICHAN. 2011[citado 07 de mayo de 2017]; 11(1):66-76. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74118880006>
13. Nolasco M. Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. HVLH. (Título pre-grado). Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
14. Ribé J. El cuidador principal del paciente con esquizofrenia, calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional. (Tesis doctoral). Barcelona: Universidad Ramón Llull; 2014.
15. Luisa M, Valencia M, Domínguez T, Alcántara H, Casanova L. Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. Salud Ment (México). 2014 (citado 08 de Mayo de 2017); 37(3): 239-246. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000300008
16. Mingote J, Cuadrado P, Huidobro A, Gutiérrez D, Miguel I, Gálvez M. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. 2007 (citado mayo 12 de 2017); 53(208):00-00. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2007000300005
17. Royal College of Psychiatrists. Esquizofrenia Producido por el Consejo Editorial de Educación Pública del Colegio Real de Psiquiatras. Actualización de 2004. Traducción: Dr. Jose Mediavilla, Consultor Psiquiatra Infanto-Juvenil, Agata del Real, Psicologa Infanto-Juvenil. - Junio 2009 Colegio Real de Psiquiatras

<http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/translations/spanish/esquizofrenia.aspx>

18. Lozada H. Nivel de habilidades sociales en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el centro de salud mental Moisés Heresi. Arequipa 2016. (Tesis pregrado). Arequipa, Perú: Universidad Católica Santa María; 2016. Disponible en:
<https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/5465>
19. Torres M, Dávila K. Factores personales/familiares asociados a la esquizofrenia, en personas atendidas los años 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto-MINSA. Punchana, 2014. (Tesis pregrado). Repositorio Institucional de la Universidad Peruana del Oriente; 2014.
<http://repositorio.upouni.edu.pe/handle/UPOUNI/24>
20. Porras N. Inserción laboral y salud mental: una reflexión desde la psicología del trabajo. Tesis Psicológica - Fundación Universitaria Los Libertadores Bogotá, Colombia. 2013 (citado 08 de Mayo de 2017); 8(2):98-117. Disponible:
<http://www.redalyc.org/pdf/1390/139029743008.pdf>
21. Hernández J, Valverde J, Sánchez M, Gallardo L, Cariño C, Flores A, et al. Rehabilitación laboral de las personas con esquizofrenia. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. 2010 (citado 08 de Mayo 2015); 22(4):108-112. Disponible:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2010/mf104b.pdf>
22. Fernández M, Saeki T. La vida social de personas con diagnóstico de esquizofrenia: usuarios de un centro de atención psicosocial. Rev. Latino-

Am. Enfermagem. 2009 (citado 08 de Mayo 2017); 17(6): 995-1000.

Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000600011&script=sci_arttext&tlng=es

23. Leibe M, Kallert T. Integración social y calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos en tipos de asistencia complementaria diferentes. Eur Psychiatry Ed. Esp. 2001(citado 08 de mayo de 2017); 15(8): 93-104.

Disponible en:

http://formaciones.elmedicointeractivo.com/emiold/publicaciones/europea_npsymarzo/93-104.pdf

24. Álvarez J, Touriño R, Abelleira C, Fernández J, Baena E, Giráldez A, et al. Cognición social y esquizofrenia: diferencias entre usuarios de Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial y de un Programa de Empleo con Apoyo. Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria - España. 2013 (citado 09 de Mayo 2017); 10(2):4-9. Disponible en:

<http://www.fearp.org/revista/publicados/10b/49.pdf>

25. Sujey S. Predictores de la no adherencia al tratamiento farmacológico en el primer episodio psicótico en pacientes del hospital nacional psiquiátrico junio - agosto del 2010. [Internet] [Citado 10 de Mayo 2017] Disponible en:

http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=105&Itemid=133

26. Kirkpatrick B, Miller B, Garcia C, Fernández E. Schizophrenia: A Systemic Disorder. Clin Schizophr Relat Psychoses. 2014(citado 26 de Mayo del 2017); 8(2):73-9. Disponible en:

file:///C:/Users/Usuario/Downloads/286v02n03a13141287pdf001%20(1).pdf

27. Gonzales L, GreenHalgh A, García C, Fernandez E, Miller B, Kirkpatrick B. Prolactin concentrations in antipsychotic-naïve patients with schizophrenia and related disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2016 (citado 30 de Mayo del 2017); 174:156–160. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27068570>
28. Stahl SM. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. Cambridge University Press; 2008. 1135 p.
29. Fuentes M, Fernández E. La esquizofrenia en el medio penitenciario. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2016(citado 26 de Mayo 2017; 36(130):405-420. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v36n130/articulos6.pdf>
30. Méndez O, Fallas K. Factores individuales, familiares y profesionales que inciden en la falta de adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. Hospital Nacional Psiquiátrico. (Título para especialidad). Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2008.
31. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2000 (citado 26 de Mayo 2017); 250(6):274–285. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11153962>
32. Morales E. Esquizofrenia y Aberraciones cromosómicas. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana.* 2012 (citado 26 de Mayo del 2017); 9(2). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/Revista%202-2012/hphrev2-12-1.html>

33. Huertas C, Payan C, Forero R. El síndrome 22q11.2D S como un subtipo genético de esquizofrenia. *REV colomb psiquiátrica*. 2015 (citado 26 de Mayo del 2017); 44(1):50–60. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-el-sindrome-22q11-2ds-como-un-S0034745014000845>
34. Murphy KC, Owen MJ. Velo-cardio-facial syndrome: a model for understanding the genetics and pathogenesis of schizophrenia. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2001(citado 27 de Mayo de 2017); 179:397–402. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811959/>
35. Saiz J, De la Vega D, Sánchez P. Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*. 2010 (citado 26 de Mayo 2017); 21(3):235-254. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v21n3/v21n3a04.pdf>
36. Hollister JM, Laing P, Mednick SA. Rhesus incompatibility as a risk factor for schizophrenia in male adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Jan; 53(1):19–24. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8540773>
37. Ruiz A, Méndez M, Prieto B, Romano A, Caynas S, Próspero O. El cerebro, las drogas y los genes. *Salud Mental*. 2010 (citado 26 de Mayo del 2017); 33:535-542. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v33n6/v33n6a8.pdf>
38. Khandaker GM, Barnett JH, White IR, Jones PB. A quantitative meta-analysis of population-based studies of premorbid intelligence and schizophrenia. *Schizophr Res*. 2011 (citado 27 de Mayo 2017); 132(2-3):220–7. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21764562>
39. Quednow B, Brinkmeyer J, Mobascher A, Nothnagel M, Musso F, Gründer G, et al. Schizophrenia risk polymorphisms in the TCF4 gene interact with smoking in the modulation of auditory sensory gating. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2012 (citado 27 de Mayo 2017); 109(16):6271–6276. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3341057/>

40. American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5ªEd. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2014.
41. Rezende J, Martins A. Fratricidio y esquizofrenia. Rev colomb psiquiatría. 2016 (citado 26 de Mayo del 2017); 45(2):133–136. Disponible en:
https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0034745015001389.pdf?locale=es_ES
42. Luque R, Chauca G, Lobato P, Moreno J. Despersonalización y esquizofrenia: estudio comparativo entre primeros y múltiples episodios de esquizofrenia. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2016 (citado 16 de Mayo del 2017); 9(3):143-149. Disponible en:
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/S1888989116000392_S300_es.pdf
43. Kirkpatrick B, et al. Schizophrenia: A Systemic Disorder. Clin Schizophr Relat Psychoses. 2014 (citado 26 de Mayo del 2017); 8(2): 73–79. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4390134/>
44. Bedoya E, Montaña L. Suicidio y Trastorno Mental. CES Psicología. 2016 (citado 30 de Mayo del 2017); 9(2):179-201. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/4235/423548400012.pdf>
45. Herrera D, Lagrou L, Lens W. Inserción social en adolescentes: Un estudio socio psicológico. Rev. Persona. 2002 (citado 27 de Mayo 2017); 5(1): 167-190. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118132007>
46. Alberto C, Castellanos J. Diez años después: Itinerarios escolares y laborales de egresados de un colegio público en Manizales, Colombia. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2014 (citado 26 de Mayo de 2017); 12(1): 277-290. Disponible en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-709060>

47. Cañas J. Ciudadanía juvenil: exclusión-inserción. Última Década. 2003 (citado 26 de Mayo de 2017); 19(1):1-11. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19501905>
48. Carrasco A. Mujeres aymaras e inserción laboral. Revista de Ciencias Sociales. 1998 (citado 27 de mayo 2017); 8(1):83-96. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70800806>
49. Rodríguez K, Solveig E, Córdova A, Alberto J, Fernández M. Estudio comparativo del proceso de inserción social en hombres y mujeres usuarios de drogas en rehabilitación Salud y drogas. 2015 (citado 26 de Mayo del 2017); 15(1):49-54. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83938758005>
50. Zamarchi M, Jester A. La cooperación social y la inserción laboral Salud y drogas. Instituto de Investigación de Drogodependencias España. 2007 (citado 26 de Mayo 2017); 7(1):177-185. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83970112>
51. Del Negro G. Las empresas sociales de inserción frente a la exclusión social. Prisma Social – Madrid. 2012 (citado 26 de Mayo del 2017); 9(1): 285-310. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=353744581011>
52. Zúñiga LA. Entre los estudios y el empleo - Estrategias de inserción social en egresados de la Universidad Nacional Autónoma de México. Universidades – América Latina y el Caribe. 2012 (citado 26 de Mayo 2017); 54(1):29-42. Disponible:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37331243004>
53. Montané S, Díaz Z, Labrador M, María K, Vázquez A. El diagnóstico sobre la inserción social a la comunidad de familias de niños con necesidades educativas especiales. Rev Ciencias Médicas. 2015 (26 de Mayo de 2017); 19(2): 342-355. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000200017

54. Fachelli S, Navarro J. Relación entre origen social e inserción laboral de los graduados universitarios RELIEVE. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa. 2015 (citado 26 de mayo de 2017); 21(2):1-22. Disponible en:
http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91643847002_2
55. Prevalencia de inserción laboral en la adultez de pacientes amputados antes de los 18 años de edad y factores clínico-demográficos asociados - Instituto Teletón Santiago 2012-2013. Rehabil. Integral. 2014 (citado 26 de Mayo de 2017); 9(1):35-43. Disponible en:
http://www.rehabilitacionintegral.cl/wp-content/files_mf/5_prevalencia_alvial.pdf
56. Caballero L. Estudio de los síntomas somáticos asociados a los trastornos depresivos y de ansiedad en una población de atención primaria. (Tesis doctoral). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2013.
57. Segura A. Estado de la información acerca del paciente epiléptico y su inserción social en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2014 (citado 26 de Mayo de 2017); 40(4):324-333. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400008
58. Chuaqui J. Esquizofrenia, estigma e inserción laboral. Rev. Salud Ment. 2002 (citado 26 de Mayo de 2017); 19(1):4-11. Disponible en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-326008>
59. Herrera D, Rodríguez G. Inserción socio-laboral de personas diagnosticadas con esquizofrenia: articulación entre roles sociales y participación en redes como elemento primario en el proceso. 2011 (citado 26 de Mayo de 2017); 28(2): 58-70. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-708114>

60. Rueda L, Angulo V, Cruz G, Lapierre M. Evaluación de integración sensorial en adultos con esquizofrenia. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 2006 (Citado 08 de Diciembre 2017); 6. Disponible en:

http://web.uchile.cl/vignette/terapiaocupacional/CDA/to_complex/0,1372,SCID=21007%26ISID=729,00.html
61. Ballesteros F, Bertina A. Efectividad de la intervención del Equipo de Apoyo Social Comunitario en el funcionamiento psicosocial de personas con trastorno mental grave. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2016 (Citado 10 de Diciembre 2017); 36(130): 299-323. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352016000200002&lang=pt
62. Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Diseño de equipos de apoyo social comunitario (EASC). Madrid, 2005. Disponible:

<http://scielo.isciii.es/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0211-5735201600020000200002&lng=es&pid=S0211-57352016000200002>
63. Zaraza D, Hernández D. El valor de los apoyos para el bienestar subjetivo al vivir con esquizofrenia. 2016 (Citado 08 de diciembre 2017), 25(3), 141-145. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200004&lang=pt
64. Jiménez, Rosa; Vázquez, Antonio J.; Cecilia, Lea Género y funcionamiento social en esquizofrenia *Papeles del Psicólogo*, núm. 75, 2000, pp. 27-33 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77807505>

ANEXOS

ANEXO 01

Nombre:

Edad:

Dirección:

Teléfono:

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL - AUTOINFORMADA

Birchwood, Smith y cols. 1990

(R. Jiménez G^a-Bóveda y A.J. Vázquez Morejón) (60)

Queremos conocer cómo ha estado usted durante estos últimos tres meses. Por favor, responda con honestidad a las preguntas:

Nombre _____

Edad _____

Estado civil Soltero () Conviviente () Casado () Separado ()

Ocupación _____

A. ¿Con quién vive actualmente?

__Esposo(a) __Hijos __Padre __Madre __Hermanos __Abuelos
__Tíos

B. ¿Hasta qué curso estudió usted?

__Analfabeto __Primaria incompleta __Primaria completa __Secundaria incompleta __Secundaria completa __Técnico Incompleta __Técnico Completa __Superior incompleta __Superior completa

C. ¿Ha ingresado/a alguna vez en el hospital por esta enfermedad?

Si () No ()

¿Cuántas veces? _____ El último ingreso fue en el año _____

D. En los tres últimos meses usted se sintió:

__ Mejor de lo habitual __ Más o menos como siempre __ Peor de lo habitual

AIS - AISLAMIENTO/INTEGRACIÓN SOCIAL

1. ¿Usted se levanta habitualmente?

De lunes a viernes: Antes de las 9 ____ Entre 9 y 11 ____ Entre 11 y 1 de mediodía ____
Después de la 1 ____

Sábados y domingos: Antes de las 9 ____ Entre 9 y 11 ____ Entre 11 y 1 de mediodía ____
Después de la 1 ____

2. ¿Cuántas horas pasa usted solo/a al cabo del día? (por ejemplo solo/a en la habitación, de paseo solo/a, escuchando la radio o viendo la televisión solo/a)

De 0 a 3 horas Pasa muy poco tiempo solo/a ____

De 3 a 6 horas	Algún tiempo solo/a	___
De 6 a 9 horas	Bastante tiempo solo/a	___
De 9 a 12 horas	Mucho tiempo solo/a	___
12 o más horas	Prácticamente todo el tiempo	___

3. ¿Con qué frecuencia empieza usted una conversación en casa?

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Frecuentemente ___

4. ¿Con qué frecuencia sale usted de casa (por cualquier motivo)?

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Frecuentemente ___

5. ¿Cómo reacciona usted a la presencia de extraños?

Los evita ___ Se pone nervioso/a ___ Los acepta ___ Le agradan ___

COM - COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

1. ¿Cuántos amigos/as tiene usted en la actualidad? (personas con las que se ve, sale de paseo o con las que realiza algunas actividades)

Número aproximado =

2. ¿Tiene novio/a o pareja estable? Sí ___ No ___

3. ¿Con qué frecuencia necesita tener una conversación?

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Frecuentemente

4. ¿Cuánto dificultad (o facilidad) tiene usted para hablar con la gente en la actualidad?

Mucha facilidad ___ Alguna facilidad ___ Medio ___ Alguna dificultad ___
Mucha dificultad ___

5. ¿Tiene alguna persona con quien le resulte fácil hablar de sus sentimientos y sus dificultades?

Sí ___ No ___

6. ¿Confía usted en esas personas y habla de cosas que a usted le preocupan?

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Frecuentemente ___

7. ¿Los demás le cuentan sus problemas?

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Frecuentemente ___

8. ¿Ha tenido recientemente alguna discusión con amigos, familiares o vecinos?

Ninguna ___ Una o dos menores ___ Bastantes discusiones menores o una fuerte ___ Muchas discusiones fuertes _

9. ¿Se siente incómodo/a cuando se encuentra en un grupo de personas?

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Frecuentemente ___

10. ¿Prefiere pasar el tiempo a solas?

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Frecuentemente ___

Por favor responda indicando con **qué frecuencia** usted **ha realizado** las siguientes actividades en los **últimos tres meses**.

AE - AUTONOMÍA EJECUCIÓN

Autonomía ejecución	Ninguna vez	Pocas Veces	Algunas veces	Frecuentemente
1. Compra cosas en la tienda (sin ayuda de nadie)				
2. Limpia su casa				
3. Se asea o baña				
4. Lava su propia ropa				
5. Busca trabajo (si es desempleado)				
6. Compra sus alimentos				
7. Prepara y cocina su comida				
8. Sale de casa solo/a				
9. Usa autobús, combi, etc.				
10. Maneja dinero				
11. Organiza sus gastos				
12. Elige y compra su propia ropa				
13. Cuida su apariencia personal				

AC - AUTONOMÍA COMPETENCIA

	Adecuadamente , sin problemas	Necesito Ayuda	No puedo
1. Utilizar los transportes públicos			
2. Manejar el dinero (conocer las monedas, los cambios)			
3. Presupuestar y organizar sus gastos			
4. Cocinar su propia comida			
5. Hacer la compra semanal			
6. Buscar un trabajo			
7. Lavar su ropa			
8. Mantener su higiene personal			
9. Fregar, ordenar, limpiar, etc.			
10. Comprar en las tiendas			
11. Salir de casa solo/a			
12. Elegir y comprar la ropa			
13. Cuidar su apariencia personal			

Por favor indicar con **qué frecuencia** usted ha realizado cada una de las siguientes actividades en los **últimos tres meses**.

OCIO	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente
1. Toca instrumentos musicales				
2. Teje				
3. Riega sus plantas				
4. Lee				
5. Ve televisión				
6. Escuchar radio o discos				
7. Cocina				
8. Hace manualidades				
9. Repara cosas (coche, bicicleta, objetos, etc.)				
10. Sale a pasear				

11. Conduce coche/moto o monta en bicicleta (como distracción)				
12. Va a nadar				
13. Colecciona objetos (monedas, figuras, etc.)				
14. Va de compras				
15. Hace dibujos o pinta				

¿Marque que actividad de ocio o distracción de estas realiza?, señale con qué frecuencia.

	Ninguna Vez	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente
1. Facebook				
2. Was app				
3. YouTube				
4. Internet				
5. Otros				

Por favor, indicar con **qué frecuencia** usted **ha participado** en cada una de las siguientes actividades en los **últimos tres meses**.

PRO - PROSOCIAL

PRO	Ninguna Vez	Pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente
1. Va al cine				
2. Va al teatro o a conciertos				
3. Hace deportes de sala (pin-pon, etc.)				
4. Hace deportes al aire libre (fútbol, básquet, etc.)				
5. Va a museos				
6. Va a exposiciones				
7. Visita lugares de interés				
8. Va a conferencias o reuniones				
9. Va a clases (inglés, música, u otras)				

10. Visita a familiares en sus casas				
11. Recibe visitas de familiares				
12. Visitar amigos/as (incluyendo a novio/a)				
13. Va a fiestas				
14. Asiste a bodas, bautizos, u otras reuniones familiares				
15. Va a discotecas				
16. Va algún club social				
17. Participar en alguna organización cultural o política				
18. Va a bares o pubs				
19. Sale a comer o cenar				
20. Actividades de la iglesia (hermandad, catequesis u otras)				

Por favor, haga una marca en cada uno de los apartados indicando **cómo PUEDE usted DESENVOLVERSE** en las siguientes actividades:

RECUERDE QUE EN ESTA PÁGINA LO QUE INTERESA ES SI SABE HACER ESTAS COSAS (NO IMPORTA SI LAS HA HECHO O NO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES).

EMPLEO - OCUPACIÓN

¿Tiene usted un empleo regular? SI ___ NO ___

Si ha contestado SI

¿Qué tipo de trabajo? _____

¿Cuántas horas trabaja usted cada día? _____

¿Cuánto tiempo lleva en este trabajo? _____

Si ha contestado NO

¿Cuándo estuvo empleado/a por última vez? _____

¿Qué tipo de trabajo fue? _____

¿Cuántas horas al día? _____

¿Cree usted que es capaz de realizar algún tipo de trabajo?

Seguro que sí ___ Tendría dificultades ___ Seguro que
no ___

¿Con qué frecuencia intenta usted encontrar algún trabajo? (va al INEM, busca en los periódicos, pregunta, etc.)

Casi nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___
Frecuentemente ___

¿Está usted reconocido/a como incapacitado/a nivel laboral?...SI ___ NO ___

¿Tiene algún reconocimiento oficial de minusvalía?.....SI ___ NO ___

¿Es estudiante?SI ___ NO ___

¿Es ama/o de casa?.....SI ___ NO ___

¿Participa en algún curso de formación laboral o rehabilitación?

SI ___ NO ___

¿Cuál?_____

La medicación que usted tiene indicada

- ___ La toma siempre sin poner problemas
- ___ Pone pegos pero la toma habitualmente
- ___ Algunas veces se niega a tomarla
- ___ Muchas veces no la toma

¿Es necesario recordarle que tome la medicación?

- Nunca ___ Algunas veces ___ Bastantes veces ___ Casi siempre ___

La relación con su familia es

- Muy buena ___ Buena ___ Regular ___ Mala ___ Muy mala ___

¿Con qué frecuencia tiene tensiones con su familia?

- Nunca ___ Algunas veces ___ Bastantes veces ___ Casi siempre ___

¿Se siente criticado/a por algún familiar?

- Nunca ___ Algunas veces ___ Bastantes veces ___ Casi siempre ___

¿Se siente excesivamente protegido/a por su familia?

- Nunca ___ Algunas veces ___ Bastantes veces ___ Casi siempre ___

¿Cómo se llama la enfermedad que tiene usted?

¿A qué cree usted que es debida esta enfermedad? _____

¿Ha recibido usted información sobre la enfermedad?

Nada ____ Muy poca ____ Algo ____ Bastante ____
Mucha____

POR FAVOR ASEGÚRESE DE NO HABER DEJADO NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. EN CASO DE DUDA CONSULTE CON EL PERSONAL DEL CENTRO.