

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2014.

TESIS PRESENTADA POR LAS BACHILLERES:

Ana Lucía Sotelo Arana

Anne Lissette Tapia Arias

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciadas en Enfermería

AREQUIPA – PERÚ

2015

PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

S.D

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que Ud. dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2014**; requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

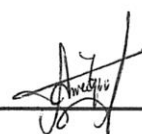
Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Julio del 2015



Ana Lucía Sotelo Arana

Cod. Mat. 2010200882



Anne Lissette Tapia Arias

Cod. Mat. 2010245612

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Jurado Dictaminador
Dra. Teresa Chocano Rosas
Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
Mgter. María del Pilar Borja Vizcarra

ASUNTO: RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN
PACIENTES ESQUIZOFRENICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES
HERESI, AREQUIPA 2014

AUTORAS: Ana Lucia Sotelo Arana
Anne Lissette Tapia Arias


FECHA : 30 de junio del 2015

Reunido el Jurado Dictaminador y realizadas las correcciones, de acuerdo al reglamento de grados y títulos de la Facultad el presente borrador de tesis queda aprobado para pasar a la fase de sustentación.

Atentamente,



Dra. Teresa Chocano Rosas
PRESIDENTE



Mgter. María del Pilar Borja Vizcarra
SECRETARIA



Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
MIEMBRO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería de la UCSM.

De : Dra. Delta Ocola de Martínez
Asesora de Trabajo de Investigación

Asunto : Asesoría de Tesis

**Proyecto de:
Tesis** : “RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL FUNCIONAMIENTO
PSICOSOCIAL EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA,
2014”

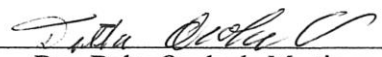
Autoras : Ana Lucía Sotelo Arana
Anne Lissette Tapia Arias

Fecha : 15 de junio 2015

Antecedentes: La Asesoría de trabajo de investigación se llevó a cabo a partir del mes de enero del presente año en diferentes sesiones en las que se realizó el reajuste necesario en el planteamiento teórico, planteamiento operacional así como el tratamiento estadístico para la presentación de resultados.

Apreciación: Personalmente el trabajo de investigación constituye de ser de gran importancia dado que en el perfil epidemiológico la salud mental constituye un eje esencial por lo que será de gran contribución el presente en el cuidado a pacientes con trastornos mentales.

Atentamente,



Dra. Delta Ocola de Martínez
Asesora de Trabajo de Investigación



NUESTRO AGRADECIMIENTO ESPECIAL

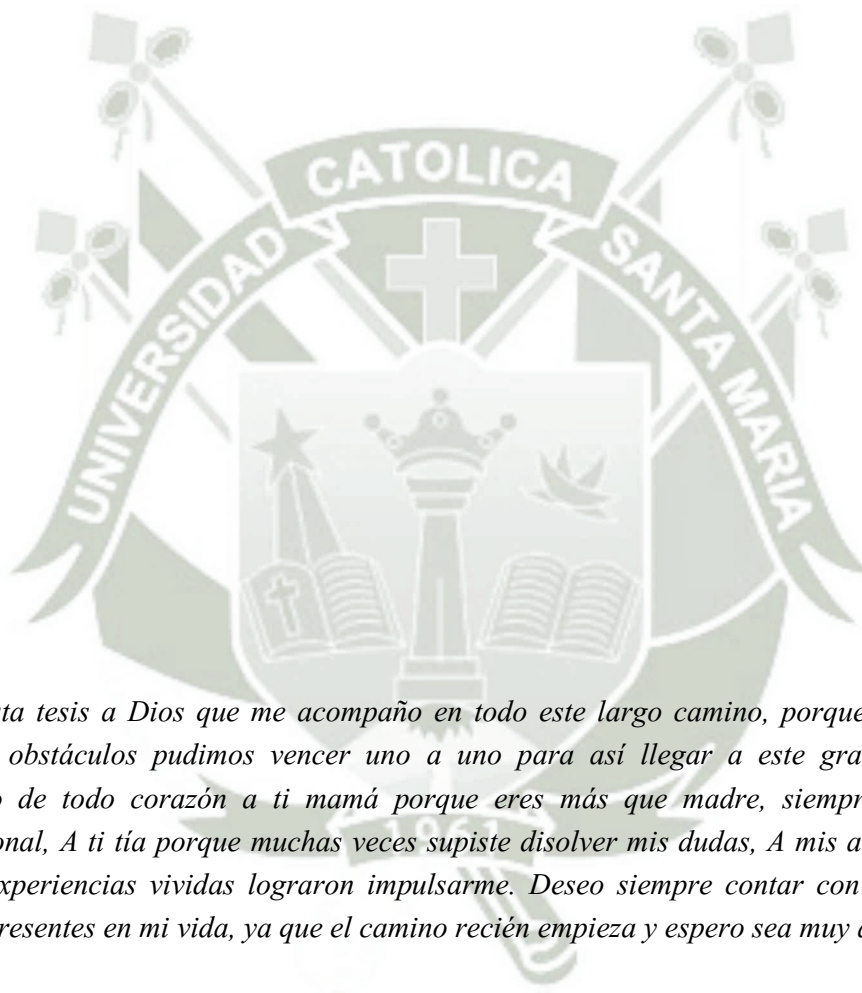
Al Centro de Salud Mental Moisés Heresi y a todas las personas que aportaron en la elaboración de la presente investigación.

A la Universidad Católica de Santa María y a la Facultad de Enfermería por la formación recibida y los conocimientos que impartieron en nosotras.

A nuestras queridas maestras por su ejemplo y preocupación constante para conseguir que logremos ser excelentes profesionales.

Dedicada al que todo lo puede ¡mi Dios! porque sin sus bendiciones no habría sido posible llegar a esta etapa, gracias padre porque te siento presente en cada instante de mi vida.

Con todo mi amor y gratitud para mis adorados padres Hector, Pilar y mi hermana Sheila que son en absoluto lo más valioso que tengo, gracias por darme lo mejor de ustedes, son mi fortaleza y motivación para seguir cumpliendo metas, voy a buscar por siempre llenarlos de orgullo y felicidad.



Ana Lucía

Dedico esta tesis a Dios que me acompañó en todo este largo camino, porque a pesar de todos los obstáculos pudimos vencer uno a uno para así llegar a este gran momento, agradezco de todo corazón a ti mamá porque eres más que madre, siempre un apoyo incondicional, A ti tía porque muchas veces supiste disolver mis dudas, A mis abuelitos que con sus experiencias vividas lograron impulsarme. Deseo siempre contar con su apoyo y tenerlos presentes en mi vida, ya que el camino recién empieza y espero sea muy alentador.

Anne Lissette

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2.1. Campo, Área, Línea	1
1.2.2. Nivel Del Problema	1
1.2.3. Tipo de investigación	1
1.2.4. Variables	2
1.2.5. Interrogantes básicas	3
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	4
2. MARCO TEÓRICO	5
3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	42
4. OBJETIVOS	43
5. HIPÓTESIS	43

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.	TÉCNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.	44
2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN	46
	2.1. Ubicación Espacial	46
	2.2. Ubicación Temporal	46
	2.3. Unidades de Estudio	46
	2.4. Criterios de Selección	46
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47

CAPÍTULO III RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

RESULTADOS	48
A. Datos sociodemográficos de las unidades de estudio	49
b. Funcionamiento psicosocial	55
c. Relación del género y el funcionamiento psicosocial	58
d. Relación del género y las áreas del funcionamiento psicosocial	59
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
REFERENCIAS – INFOGRAFÍA VIRTUAL	69
ANEXOS	72
Anexo 1: Cédula de Entrevista	73
Anexo 2: Escala FAST	74
Anexo 3: Consentimiento Informado	75

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Tabla N°

1. PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN GÉNERO. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.
2. PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN EDAD. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.
3. PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN ESTADO CONYUGAL. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.
4. PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN PROCEDENCIA. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.
5. PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.
6. PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN TIPO DE ESQUIZOFRENIA. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.
7. GRADO DE DIFICULTAD EN EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.
8. GRADO DE DIFICULTAD EN CADA ÁREA DEL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.
9. RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL GRADO DE DIFICULTAD EN EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.

10. RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL GRADO DE DIFICULTAD EN EL ÁREA DE AUTONOMIA EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.
11. RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL GRADO DE DIFICULTAD EN EL ÁREA DE FUNCIONAMIENTO LABORAL EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.
12. RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL GRADO DE DIFICULTAD EN EL ÁREA DE FUNCIONAMIENTO COGNITIVO EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.
13. RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL GRADO DE DIFICULTAD EN EL ÁREA DE FINANZAS EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.
14. RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL GRADO DE DIFICULTAD EN EL ÁREA DE RELACIONES INTERPERSONALES EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.
15. RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL GRADO DE DIFICULTAD EN EL ÁREA DE OCIO EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.

RESUMEN

El presente estudio de investigación “Relación del género y el funcionamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi – Arequipa 2014” tiene como objetivos, precisar cuál es el género de mayor frecuencia en el mencionado centro de salud mental, identificar como es el funcionamiento psicosocial en estos pacientes y establecer la relación del género y funcionamiento psicosocial en los mismos. Es una investigación de campo, nivel descriptivo relacional y de corte transversal.

Se utilizó como metodología la aplicación de la técnica de la entrevista; los instrumentos fueron, para la variable género la cédula de entrevista y para la variable funcionamiento psicosocial la escala FAST; las unidades de estudio están constituidas por el 100% de pacientes que acudieron para atenderse por consultorios externos en la tercera y cuarta semana del mes de Abril que son en número 40 y corresponden al universo. Los datos obtenidos se presentan en tablas estadísticas, datos analizados e interpretados.

Los mayores porcentajes de pacientes encuestados se encuentran en el rango de edades de 25 a 31 años, estado conyugal soltero, procedentes de Arequipa, con educación secundaria y de tipo de Esquizofrenia Paranoide.

Se concluye que, el género de mayor frecuencia es el masculino, más de la cuarta parte de la población presenta un grado de dificultad entre bastante y mucha en el funcionamiento psicosocial con mayor discapacidad en el área de funcionamiento laboral, finalmente se encontró relación entre género y funcionamiento psicosocial siendo el género masculino quien presenta mayor grado de dificultad en su funcionamiento.

PALABRAS CLAVE: género - esquizofrenia - funcionamiento psicosocial

AUTORAS: Ana Lucía Sotelo Arana, Calle 13 de Abril 113 - A.S.A., Telf. 989597701.

Anne Lissette Tapia Arias, Calle Haiti 105 - Hunter, Telf. 992744336.

Para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

ABSTRACT

This research “Gender relation and psychosocial function in schizophrenic patients at Mental Health Center Care Moisés Heresi - Arequipa 2014” has the following objectives: determine which is most prevalent gender in that mental health care center, identify how is the psychosocial function of the patients and establish the relationship of gender with psychosocial function thereof. It is a field research, with a relational descriptive level and cross-cutting line time.

For the variable gender the interview was used and the Psychosocial functioning Variable scale “FAST”; the study units consist of 100% of patients who were attended as outpatient addressed on the third and fourth week of April, the universe is conformed by 40 people. The data obtained is presented in statistical tables, analyzed and interpreted.

The highest percentages from surveyed patients are on the range of 25-31 years old, marital status as single, from Arequipa, with high school education level and with schizophrenia paranoid.

In conclusion, the most prevalent gender is male, also more than a quarter of the population has some or high difficulty degree in the psychosocial function with a greater disability on the area of occupational function. The relation between gender and psychosocial function shows that males present greater difficulties in its operation.

KEYWORDS: gender – schizophrenia - psychosocial functioning.

AUTHORS: Ana Lucía Sotelo Arana, Calle 13 de Abril 113 - A.S.A., Telf. 989597701.

Anne Lissette Tapia Arias, Calle Haiti 105 - Hunter, Telf. 992744336.

To choose the title of Licensed Professional Nursing.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica que pertenece a los trastornos psicóticos y puede presentarse en cualquier persona generalmente entre los promedios de edad de 20 a 35 años. La prevalencia, es de 3 a 5 por 1.000 habitantes, las poblaciones que tienen mayor prevalencia son: poblaciones urbanas, clases socioeconómicas bajas y personas con adicciones a ciertas sustancias como marihuana o alcohol.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) de todas las enfermedades mentales graves la esquizofrenia es una de las diez más discapacitantes.

Esta discapacidad se debe a la sintomatología característica de la enfermedad donde se presenta grave distorsión en el pensamiento, la percepción y las emociones, ocasionando pérdida de contacto con la realidad.

Como consecuencia de estas discapacidades el paciente esquizofrénico presenta problemas en su funcionamiento psicosocial que perturban la vida cotidiana, causando sufrimiento y bajos niveles de calidad de vida.

Tanto en las etapas premórbidas como en el curso de la enfermedad existen ciertas diferencias entre hombres y mujeres, es así que el funcionamiento psicosocial también es distinto en cada género.

Este trabajo de investigación, pretende conocer como es el funcionamiento psicosocial de los hombres y mujeres con esquizofrenia e identificar cuál tiene mayor dificultad, aportando información que permita mejorar las sesiones de los programas de rehabilitación de acuerdo a las necesidades que presenta cada género.

El contenido del presente estudio, está organizado en tres capítulos; el primero de ellos hace referencia al Planteamiento Teórico; el segundo, al Planteamiento Operacional y finalmente el tercero a los Resultados, Conclusiones y Recomendaciones. Seguido por los anexos que contienen los instrumentos utilizados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Relación del género y el funcionamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa 2014.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Campo, Área, Línea

- **CAMPO** : Ciencias de la Salud
- **ÁREA** : Enfermería
- **LÍNEA** : Salud Mental y Psiquiatría

1.2.2. Nivel Del Problema

Problema Descriptivo Relacional – Corte Transversal

1.2.3. Tipo de investigación

De campo

1.2.4. Variables

- **Variable Independiente:** Género
- **Variable Dependiente:** Funcionamiento Psicosocial

- **Características Sociodemográficas**

- ✓ Edad
- ✓ Estado conyugal
- ✓ Lugar de procedencia
- ✓ Grado de instrucción
- ✓ Tipo de esquizofrenia

- **Operacionalización de las variables**

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Independiente: Género	- Masculino - Femenino	
Dependiente: Funcionamiento Psicosocial	- Autonomía	0 a 2 = Ninguna dificultad 3 a 5 = Poca dificultad 6 a 8 = Bastante dificultad 9 a 12 = Mucha dificultad
	- Funcionamiento laboral	0 a 3 = Ninguna dificultad 4 a 7 = Poca dificultad 8 a 11 = Bastante dificultad 12 a 15 = Mucha dificultad
	- Funcionamiento cognitivo	0 a 3 = Ninguna dificultad 4 a 7 = Poca dificultad 8 a 11 = Bastante dificultad 12 a 15 = Mucha dificultad

	- Finanzas	<p>0 = Ninguna dificultad 1 a 2 = Poca dificultad 3 a 4 = Bastante dificultad 5 a 6 = Mucha dificultad</p>
	- Relaciones interpersonales	<p>0 a 4 = Ninguna dificultad 5 a 9 = Poca dificultad 10 a 14 = Bastante dificultad 15 a 18 = Mucha dificultad</p>
	- Ocio	<p>0 = Ninguna dificultad 1 a 2 = Poca dificultad 3 a 4 = Bastante dificultad 5 a 6 = Mucha dificultad</p>
	Puntaje global de la escala FAST	<p>0 a 17 = Ninguna dificultad 18 a 35 = Poca dificultad 36 a 53 = Bastante dificultad 54 a 72 = Mucha dificultad</p>

1.2.5. Interrogantes básicas

- a) ¿Qué género predomina en los pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi?
- b) ¿Cómo es el funcionamiento psicosocial en los pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi?
- c) ¿Cuál es la relación del género y el funcionamiento psicosocial en los pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más discapacitantes presentes en nuestro país que va cada vez más en aumento “El Dr. Humberto Castillo Martell, director general del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), reveló que las atenciones en el Instituto se incrementaron de 16,973 a 29,212 entre los años 2012 y 2014, significando un incremento del 72.10 por ciento en solo 2 años”¹.

Este tema de investigación nos motivó por los constantes cambios que se están dando en cuanto a los roles que cumple cada género, pues si antes se veía que las mujeres cumplían roles generalmente dentro del hogar y los hombres fuera de casa, hoy vemos que tanto hombres como mujeres están interviniendo de la misma manera en varios aspectos sociales.

La presente investigación tiene relevancia científica por que aporta conocimientos nuevos a las ciencias de la salud mental respecto al funcionamiento psicosocial dándole un enfoque preciso de género; al mismo tiempo reúne criterios de relevancia social por que trata aspectos de la persona esquizofrénica como parte integrante de la sociedad, identificando sus limitaciones para reforzar las terapias en las sesiones de rehabilitación y conseguir progresivamente la reinserción del paciente a la sociedad.

Asimismo cuenta con relevancia actual porque los problemas de esquizofrenia están aumentando en nuestro medio y a nivel mundial, es así que en el Perú la esquizofrenia alcanza a “300 mil peruanos y a alrededor del el 1% de la población mundial”²

La investigación es factible por que a nivel local contamos con instituciones que tratan a pacientes con esta enfermedad como es el caso del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, en donde se puedo obtener la información necesaria para el estudio.

¹ .: MINSA .: - Ministerio de Salud del Perú [Internet]. [citado 8 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=15983>

² Solo hay 380 psiquiatras para tratar a 300 mil esquizofrénicos | Peru [Internet]. CanalN. [citado 8 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://canaln.pe/peru/solo-hay-380-psiquiatras-tratar-300-mil-esquizofrenicos-n144277>

2. MARCO TEÓRICO

1. Género y Salud Mental

Se define **género** como “la red de creencias, aptitudes, normas, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres, siendo esta diferencia producto de un proceso socio histórico de construcción social”³ (26) y **Salud mental** como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”⁴ (23)

La salud mental desde la perspectiva de género visualiza las diferencias de los factores sociales y biológicos asociados a la salud mental de la mujer y del hombre, a la vez investiga sus interacciones y toma en cuenta las desigualdades que influyen en las experiencias de salud.

La mujer es más vulnerable a las diferentes formas de enfermar mentalmente tanto en la forma de llevar la dolencia mental, la duración, los aspectos biológicos, ambientales y psicológicos, lo cual marca una significativa diferencia con los varones; estas diferencias se han detectado por ejemplo en el inicio y en el curso de algunos trastornos mentales, tal es el caso de la esquizofrenia donde la psicosis se inicia tardíamente en las mujeres que en los hombres con una mejor evolución y una mejor respuesta terapéutica.

La manera como se expresa la sintomatología de un mismo trastorno psiquiátrico es diferente en hombres y mujeres. Mientras que las mujeres se muestran apáticas, deprimidas, con tendencia al llanto y a la soledad, con quejas somáticas y aumento de peso, los hombres tienden a la irritabilidad y a la exhibición. (18)

³ Roxana Graciela Ortiz. Género y enfermedad mental [Internet]. [citado 5 de Abril de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.margen.org/suscri/margen54/rojas.pdf>

⁴ OMS | Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. WHO. [citado 5 de Abril de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Debemos precisar, lo importante que es entender la influencia del género en la salud mental, el proceso de cambios en nuestra sociedad en los roles sociales para hombres y mujeres obliga a plantear nuevos estudios con el objetivo de evaluar las diferencias actuales en las tasas de morbilidad psiquiátrica y los factores de riesgo asociados.

2. Definición de Esquizofrenia

La palabra esquizofrenia proviene del griego *skhizein* = separar, *phren* = mente en otras palabras se puede decir que las personas que padecen esta enfermedad tienen la mente dividida en dos, una parte que se relaciona con la realidad y otra que interactúa con un mundo imaginario. (15)

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica que pertenece a los trastornos psicóticos está caracterizada por disfunciones en casi todas las habilidades de las que el cerebro es capaz (percepción, pensamiento, afecto, voluntad, conciencia, memoria, atención e inteligencia). (2) En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo puede presentarse déficit cognitivo. En otras palabras este trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma (24), ocasionando una gran perturbación en las relaciones sociales, familiares y laborales. Según la OMS (2001 citado en Florit, 2006) la esquizofrenia es una de las enfermedades más graves dentro de los trastornos mentales severos y una de las diez más discapacitantes.

“En el DSM-IV-TR (*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4 ed., texto revisado*), se define la esquizofrenia como un grupo de síntomas característicos, como alucinaciones, delirios o síntomas negativos (inexpresividad, alogia, abulia) deterioro de las relaciones sociales, ocupacionales o interpersonales, y signos continuos del trastorno durante al menos 6 meses”⁵

⁵ Black DW, Andreasen NC. Introducción a la psiquiatría. 5ª ed. Madrid: Panamericana; 2014.

Esta enfermedad se inicia generalmente en la adolescencia y presenta tendencia a evolucionar hacia la cronicidad, el comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento, o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña.

3. Teorías Etiológicas de la Esquizofrenia (10)

3.1. Influencias Biológicas

3.1.1. Genéticas

Las evidencias sobre la predisposición genética en la esquizofrenia van en aumento. “Mientras que el riesgo de desarrollar ésta es de alrededor de 1% en casi todos los estudios de población, los hermanos o los hijos de un paciente identificado tiene 5 a 10% de riesgo de presentar la enfermedad”⁶

3.1.2. Influencias Bioquímicas

Estas influencias son atribuidas a un factor patológico de la bioquímica anormal del cerebro. Así tenemos:

a) La Hipótesis de la Dopamina: La teoría de la Dopamina sugiere que la esquizofrenia o los síntomas de esta enfermedad, se deben a un exceso de la producción y liberación de la dopamina a las terminales nerviosas, aumento de la sensibilidad del receptor, demasiados receptores de dopamina o una combinación de estos mecanismos.

b) Otras hipótesis Bioquímicas: Se sugiere que algunas anomalías en los neurotransmisores: norepinefrina, serotonina, acetilcolina y ácido gamma aminobutírico, y en los neuroreguladores: prostaglandinas y la endorfina también intervienen en esta predisposición.

⁶ Townsend MC, Fundamentos de Enfermería en Psiquiatría. 4^a ed. México: McGraw Hill; 2011.

3.2. Influencias Psicológicas

En los primeros conceptos de la esquizofrenia, se relacionaba a los factores de las relaciones familiares como las principales influencias en el desarrollo de la enfermedad, estas teorías mencionaban sistemas familiares disfuncionales.

3.3. Influencias Ambientales:

3.3.1. Factores Socioculturales

Algunos estudios han intentado relacionar la esquizofrenia con las clases sociales, las explicaciones para esta situación incluyen las condiciones asociadas con pobreza, como hacinamiento, nutrición inadecuada, falta de cuidados prenatales, pocos recursos para lidiar con situaciones estresantes y sentimientos de desesperanza por el estilo de vida de carencia.

3.3.2. Eventos de Vida Estresante

Aunque científicamente no existen evidencias que indiquen que el estrés pueda causar esquizofrenia, es muy probable que contribuya a la gravedad y curso de la enfermedad.

3.3.3. Integración teórica

La etiología de la esquizofrenia aún no se encuentra clara, puesto que las teorías que existen no dan un concepto claro de la enfermedad, la teoría más común parece ser que la esquizofrenia tiene una base biológica influenciada por factores internos o externos del ambiente.

4. Epidemiología de la Esquizofrenia (13)

La edad promedio en donde puede presentarse la esquizofrenia es entre los 15 a 25 años en hombres y de 25 a 35 años en mujeres, el riesgo a lo largo de la vida de presentar la enfermedad es de 1%.

La prevalencia, que es el número de casos existentes en un momento determinado, sin distinguir si son casos nuevos o antiguos es de 3-5 por 1.000 habitantes. Las poblaciones con mayor prevalencia son: poblaciones urbanas, clases socioeconómicas bajas y personas con adicciones a ciertas sustancias como marihuana o alcohol.

La incidencia, que es el número de casos nuevos de una enfermedad que ocurren dentro de una población en particular durante un periodo de tiempo específico, es de 20 por 100.000 habitantes al año. La incidencia de suicidio es de 147 a 750 por 100.000 pacientes esquizofrénicos al año.

5. Tipos de Esquizofrenia (10) (24)

El diagnóstico diferencial se hace según el total de síntomas clínicos que se presentan.

5.1. Esquizofrenia Hebefrénica o desorganizada: Comienza por lo general entre los 15 y 25 años de edad, en este tipo de esquizofrenia los trastornos afectivos son importantes. La afectividad es superficial o muy inapropiada y se acompaña de risas falsas o nerviosas, modo despectivo de actuar, muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y frases repetitivas, se muestra una tendencia a permanecer solitario. Tiene mal pronóstico por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y abulia.

5.2. Esquizofrenia Catatónica: Se caracteriza por la presencia de trastornos psicomotores graves que se pueden manifestar en forma de estupor o excitación.

5.3. Esquizofrenia Paranoide: Es el tipo de esquizofrenia más común en el mundo. Presentan ideas delirantes de persecución o de grandeza, alucinaciones, en especial de tipo auditivo. El individuo se muestra a la defensiva, hostil, agresivo y tenso. Los trastornos afectivos y motores pueden ser poco llamativos.

5.4. Esquizofrenia Indiferenciada: Conjunto de trastornos que cumplen con las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia pero no se ajustan a los criterios para ninguno de los tipos o se presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya predominio de uno en particular.

5.5. Esquizofrenia Residual: Estado crónico del curso de la enfermedad que sigue a un episodio agudo. Existe evidencia continua de la enfermedad aunque no se presenten síntomas psicóticos destacados, se caracteriza por mayor presencia de síntomas negativos.

6. Fisiopatología de la Esquizofrenia: Teoría Dopaminérgica y Antipsicóticos (17)

Lamentablemente aún no conocemos en último término que es lo que provoca la esquizofrenia sin embargo se sabe que un neurotransmisor llamado Dopamina está relacionado con los síntomas característicos de la enfermedad: Los síntomas positivos y los síntomas negativos.

Se están realizando diversos estudios con otros neurotransmisores que pueden estar implicados en la aparición y evolución de la esquizofrenia como Glutamato, GABA, Serotonina, Noradrenalina o Acetilcolina.

En el sistema nervioso existen cuatro vías Dopaminérgicas (es decir neuronas que sintetizan y liberan Dopamina) estas son: vía Mesolímbica, vía Mesocortical, vía Nigroestriada y vía Tuberoinfundibular.

La vía Mesolímbica que es hiperfuncionante (muchas Dopamina) está relacionada con los síntomas positivos, la vía Mesocortical que es hipofuncionante (poca Dopamina) con los síntomas negativos, la vía Nigroestriada es responsable del control fino de los movimientos y la vía

Tuberoinfundibular donde la Dopamina inhibe la secreción de la hormona prolactina; éstas dos últimas vías no se ven afectadas por la enfermedad sin embargo lo harán al emplearse fármacos dirigidos al tratamiento de los síntomas positivos.

Actualmente los fármacos que se utilizan para tratar la esquizofrenia son los antipsicóticos, estos medicamentos no actúan precisamente contra la enfermedad sino que están dirigidos específicamente al control de los síntomas positivos. Quiere decir que actúan de forma sintomática e inespecífica.

Como los síntomas positivos se deben a un exceso de Dopamina, los antipsicóticos actúan bloqueando los receptores de Dopamina controlando la hiperfunción de la vía Mesolímbica, aunque actualmente existen antipsicóticos muy sofisticados no bloquean solamente la transmisión de la dopamina en los lugares donde existe exceso de actividad (en este caso la vía Mesolímbica como se indicó) sino que se bloquearán todos los receptores de Dopamina que se encuentren en el paso. De esta forma aparecen los efectos secundarios.

En la vía Mesocortical, el bloqueo Dopaminérgico provocará disminución aún más de la Dopamina, empeorando los síntomas negativos o incluso ocasionando que aparezcan síntomas negativos secundarios.

La vía Nigroestriada en condiciones normales controla los movimientos, el bloqueo Dopaminérgico en esta vía producirá trastornos motores similares a los que aparecen en el Parkinson (cara inexpresiva, pérdida del braceo durante la marcha, enlentecimiento de los movimientos, rigidez, temblor cuando la mano se encuentra en reposo, etc.) a este tipo de efectos secundarios se le llama síntomas extrapiramidales.

Finalmente el bloque de Dopamina en la vía Tuberoinfundibular puede dar lugar a exceso de prolactina que se asocia al descenso de la libido, ginecomastia, mastodinia y galactorrea.

Si bien es cierto que todos estos efectos secundarios podrían aparecer con la mayoría de antipsicóticos, el control racional de las dosis y el empleo de antipsicóticos atípicos de más reciente comercialización disminuyen notablemente la posibilidad que aparezcan efectos secundarios indeseables.

7. Sintomatología de la Esquizofrenia (5)

En la sintomatología de la esquizofrenia hablamos de dos grandes grupos: los síntomas positivos y los síntomas negativos, éstos influyen en casi todos los aspectos de la actividad mental.

El trastorno del pensamiento se encontraba incluido dentro de los síntomas positivos sin embargo investigaciones recientes sugieren que deben ser tomadas como una dimensión independiente dentro de los síntomas de la esquizofrenia.

7.1. Síntomas Positivos

Los síntomas positivos son experiencias anormales, síntomas que se encuentran en exceso y que se suman a los pensamientos normales, comportamientos o emociones. Se les puede encontrar en las diferentes fases de la enfermedad desde la fase prodrómica hasta la fase psicótica grave y hasta un nivel menor en la fase residual o pospsicótica más estable. Son fáciles de reconocer, antiguamente se utilizaba como “sistemas de clasificación diagnóstica”. Generalmente estos síntomas son el objetivo del tratamiento con antipsicóticos y son sensibles a ellos. Dentro de los síntomas positivos tenemos:

7.1.1. Ideas delirantes

Son pensamientos falsos que se imponen en la mente del sujeto quien está plenamente convencido de la veracidad del pensamiento. Es muy difícil convencerlo de la falsedad de su pensamiento mediante razonamientos lógicos.

- **Ideas delirantes de persecución.** El paciente se siente amenazado, cree que tiene enemigos que lo persiguen y le quieren hacer daño.
- **Ideas delirantes de referencia.** Se caracteriza por que el individuo interpreta algunas acciones, comentarios y afirmaciones de otras personas, que no se refieren al paciente como si estuvieran relacionadas significativamente con él, interpretándose a menudo en forma despreciativa. Ejm. Un paciente escucha un programa en la radio y cree que se dirigen específicamente a él
- **Ideas delirante de ser controlado.** El sujeto cree que fuerzas externas tienen dominio sobre su cuerpo, pensamiento o sentimientos.
- **Inserción del pensamiento.** El paciente cree que sus pensamientos no son propios sino que han sido implantados por otros. Ejm. “Antes pensaba yo, ahora casi todo lo piensan ellos” “Me hacen pensar lo que ellos quieren”
- **Sustracción y Publicación de los pensamientos.** El sujeto cree que otras personas se apoderan o roban sus pensamientos Ejm. “Realizaré mi invento antes de que otros se lo aprovechen”. En la publicación del pensamiento el paciente cree que lo que él ha pensado ha sido publicado Ejm. “Todo lo que pienso se difunde por la radio y los periódicos”
- **Ideas delirantes de culpabilidad.** Los individuos creen que han cometido errores espantosos, estas ideas pueden estar relacionadas con errores del pasado y creen que traerán consecuencias graves.
- **Ideas delirantes de grandeza.** El sujeto se cree poseedor de grandes virtudes, riquezas, poderes, fama, talento, salvadores mundiales, grandes líderes, etc. Estas ideas pueden ser hasta cierto punto peligrosas pues el paciente puede creer volar y saltar de un precipicio.

- **Ideas delirantes religiosas.** Para el paciente los temas de la religión son de suma importancia causando preocupación y alteraciones en sus estados de ánimo.
- **Ideas delirantes somáticas.** El sujeto cree, de forma errónea, que una parte de su cuerpo ha enfermado sin que existan pruebas médicas que lo confirmen.

7.1.2. Experiencias Alucinatorias

Las alucinaciones son falsas percepciones sensitivas de objetos que en realidad no existen sin embargo el paciente tiene la firme convicción de que lo que percibe es verdadero.

Las alucinaciones pueden ser:

- **Alucinaciones Auditivas.** Son las más comunes en los pacientes con esquizofrenia, el sujeto oye voces que pueden ser suaves o fuertes, agradables o desagradables, amenazadoras, burlonas o incluso imperativas ordenando al sujeto a que haga algo.
- **Alucinaciones Visuales.** Los individuos ven objetos, formas o personas que en realidad no existen.
- **Alucinaciones Táctiles y Somáticas.** Implican sensaciones físicas que no existen Ejm: Sentir que alguna persona te está tocando.
- **Alucinaciones Olfativas.** Consiste en percibir olores extraños que nadie más percibe.

7.1.3. Comportamiento extravagante

Ciertas personas con esquizofrenia tienen comportamientos extraños que traspasan las costumbres sociales; por ejemplo, reír o llorar de manera repentina, hablar solos, masturbarse en público, etc.

- **Aspecto y vestimenta.** Es probable que los pacientes con esquizofrenia modifiquen su apariencia o su forma de vestirse a una forma excéntrica, descuidada y presentar incluso falta de higiene personal.
- **Comportamiento social y sexual.** El comportamiento social y sexual de los pacientes con esquizofrenia suele estar lejos de la norma Ejm. Denudarse en público, reír espontáneamente, etc.
- **Comportamiento motor.** Este comportamiento se refiere a que el paciente hace movimientos extraños como muecas, caminar por el mismo sitio varias veces, balancearse, etc.
- **Afecto inapropiado.** Esta disfunción es diferente al aplanamiento afectivo, el afecto inapropiado se refiere a una descoordinación del afecto que no guarda relación con las ideas que la persona está expresando en ese momento. Ejm. El paciente sonríe cuando habla de algo triste

7.2. Síntomas Negativos

Los síntomas negativos son aquellos que nos indican un empobrecimiento en el estado anímico del paciente, falta de energía o motivación, dichos síntomas también se encuentran presentes de forma continua en la enfermedad.

Dentro de los síntomas negativos tenemos:

- **Embotamiento o aplanamiento afectivo.** Es la disminución o ausencia de la reactividad emocional frente a los estímulos, presentando algunas veces ausencia total de la expresión facial. Así tenemos:
 - Disminución de los movimientos espontáneos: El paciente presenta menos movimientos corporales Ejm. Cuando camina el movimiento de sus miembros es reducido.

- Escasez de gestos expresivos: El individuo no demuestra sus emociones a través de gestos.
 - Poco contacto visual: En algunos casos dejan la mirada fija cuando se están comunicando o evitan el contacto visual con los demás.
 - Ausencia de inflexiones vocales: Al comunicarse no enfatiza en las palabras según sus emociones, su plática es en un mismo tono.
- **Mala relación.** Una mala relación se refiere a la disminución o falta de interacción con otros.
- **Alogia.** Se refiere al empobrecimiento de pensamiento y del lenguaje guardando relación con la abulia o la apatía.
- Pobreza del lenguaje: El lenguaje espontáneo se encuentra disminuido, a veces no responde a lo que se le pregunta o lo hace usando monosílabos.
 - Pobreza del contenido del discurso: El contenido del discurso es pobre en cuanto a información, abstracto e impreciso.
 - Incremento de la latencia de la respuesta: Los individuos necesitan más tiempo para responder a las preguntas de las otras personas, y pueden parecer distantes o preocupados cuando se les hace una pregunta.
- **Abulia y apatía.** Falta de interés o iniciativa para hacer algo, los pacientes participan en pocas o ninguna actividad, o sólo se implican en actividades pasivas Ejm. mirar televisión.
- Cuidado e higiene personal: El paciente no muestra interés por mantener una buena higiene personal y se muestra desarreglado.
 - Inconstancia en el trabajo o en la escuela: Existen dificultades para mantener el trabajo o para conseguirlo. Además no termina las tareas de la escuela o el trabajo.
 - Energía física: El individuo realiza poca o ninguna actividad física.

7.3. Síntomas Cognitivos: trastorno del pensamiento

Los síntomas cognoscitivos son alteraciones de los pensamientos conscientes produciendo efectos tanto en el habla como en la escritura. Son síntomas fundamentales y prácticamente constantes a lo largo de la enfermedad.

Dentro de los síntomas cognoscitivos tenemos:

- **Descarrilamiento** (*pérdida de asociaciones*). Ocurre cuando el individuo al momento de comunicarse lo hace sin existir relación lógica o con sentido entre las palabras y las frases.
- **Tangencialidad**. Es la interrupción en el “proceso asociativo del pensamiento” donde el individuo pasa de un tema de discusión a otros que van surgiendo en el curso de las asociaciones.
- **Falta de lógica**. Los individuos contestan con respuestas ilógicas ante una pregunta lógica.
- **Circunstancialidad**. El paciente tiene dificultad para hacer una declaración o dar una respuesta directa dando una serie de detalles injustificados e irrelevantes.
- **Neologismo**. Es la creación de palabras nuevas, usualmente es la combinación de dos palabras diferentes.
- **Reacciones de eco**: Consiste en la repetición de palabras o acciones que otros hacen. Presenta las siguientes formas:
 - Ecolalea: Repite las mismas palabras que escucha.
 - Ecomimia: Repite los mismos gestos que ve hacer.
 - Ecopraxia: Repite los mismo movimientos que ve realizar.
- **Bloqueo del pensamiento**. Es la brusca detención del pensamiento produciendo una interrupción en el flujo del discurso.

8. Tratamiento

El tratamiento en la esquizofrenia es integral, siempre se utiliza combinación de métodos farmacológicos y psicoterapéuticos llamados tratamientos combinados.

La terapia electroconvulsiva también es una alternativa de tratamiento sin embargo es muy poco utilizada.

8.1. Tratamiento Farmacológico (4) (29)

Los objetivos y estrategias de tratamiento varían de acuerdo con la fase y con la severidad de la enfermedad.

El principio general es apuntar a reducir lo más posible los síntomas positivos de la enfermedad.

Los antipsicóticos (tranquilizantes o neurolépticos) son los medicamentos utilizados para el tratamiento de la esquizofrenia, estos medicamentos protegen el cerebro frente al desequilibrio químico, normalizan las funciones alteradas y previenen las recaídas al regular el sistema nervioso central.

Dentro de los antipsicóticos existen dos grandes grupos que son: antipsicóticos típicos (convencionales o de primera generación) y antipsicóticos atípicos (nuevos o de segunda generación).

8.1.1. Antipsicóticos Típicos

Son los primeros antipsicóticos que fueron utilizados desde los años 50, su principal ventaja era el control de los síntomas positivos, sin embargo se encontraba que no eran efectivos sobre los síntomas negativos, incluso los empeoraban y tampoco mostraban eficacia en el control de los síntomas cognitivos. Ejemplo: Haloperidol, Clorpromozina, Zuclopentixol, Flufenazina y Perfenazina.

8.1.2. Antipsicóticos Atípicos

Son los antipsicóticos de primera línea en el tratamiento de la esquizofrenia, han mostrado efectividad sobre los síntomas positivos, negativos y cognoscitivos y producen menos efectos secundarios.

8.2. La psicoterapia y las intervenciones psicosociales

La psicoterapia es el tratamiento psicológico que tiene como objetivo el cambio de pensamientos, sentimientos y conductas. Se realiza entre un profesional con la formación y las habilidades necesarias para facilitar el cambio psicológico, y el paciente que requiere la ayuda para aliviar los síntomas que le producen un grado de sufrimiento importante. (19)

La psicoterapia y las intervenciones psicosociales pueden ayudar a las personas a convivir con su enfermedad, identificando modos de sobrellevarla psicológica y socialmente.

“Las intervenciones psicosociales tienen como principales objetivos: lograr mayor adherencia al tratamiento, mejorar las relaciones interpersonales, así como también dotar al paciente y a la familia de estrategias para lograr la rehabilitación de déficit cognoscitivo y del aislamiento social que produce la esquizofrenia”⁷

Para mejorar el déficit cognitivo y el deterioro de las actividades sociales en la esquizofrenia se han empleado diferentes estrategias psicosociales, tales como: psicoterapia individual, terapia cognitivo conductual, terapia familiar.

8.2.1. Intervenciones Psicosociales de tipo individual

8.2.1.1. Terapia psicodinámica.

El término psicodinámico se refiere a aquellos modelos en los que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central. El modelo con más relevancia histórica es el “psicoanálisis” mediante el trabajo fundamental de Sigmund Freud. (20)

Esta terapia ayuda al paciente que aumente su conciencia sobre conflictos inconscientes, motivaciones, sentimientos, deseos, con el objetivo que encuentre nuevas formas de relacionarse consigo mismo y con los demás.

⁷ Alarcón R, Mazzotti G, Nicolini H. Psiquiatría. 2ª ed. México: OPS/Manual Moderno; 2005.

8.2.1.2. Terapia de apoyo.

Es una técnica terapéutica donde un profesional capacitado utiliza medios psicológicos para entender y tratar los problemas emocionales de las personas, en donde el terapeuta adopta una actitud receptiva de constante aliento con la finalidad de eliminar emociones psicotóxicas (angustia, cólera, vergüenza, culpa, etc.) buscando el alivio sintomático y resolución de problemas del paciente. (21) (11)

8.2.1.3. Entrenamiento en habilidades sociales.

El objetivo es mejorar la calidad de vida y la autonomía del paciente mediante el empleo de técnicas para mejorar el funcionamiento social. Las técnicas incluyen manejo farmacológico de los síntomas, recreación, conversación y autocuidado. (1)

8.2.1.4. Rehabilitación vocacional.

El objetivo es disminuir el déficit cognoscitivo y ayudar al paciente a encontrar empleo que ayude a mejorar su calidad de vida. (1)

8.2.2. Terapia cognoscitiva y comportamental

“Es un modelo de intervención que se basa en considerar que las situaciones que nos suceden son interpretadas por nosotros de una u otra manera en función de una serie de circunstancias y/o características personales momentáneas, esa interpretación o explicación que damos a lo que ocurre mediante nuestros pensamientos o creencias se manifiestan en emociones o sentimientos y son éstos los que impulsan a nuestras conductas y reacciones manifiestas. Así pues la labor del terapeuta bajo la perspectiva de ésta corriente consistiría en analizar e intervenir en los patrones de pensamiento o sistema de creencias disfuncionales, operando y corrigiendo las emociones, conductas y/o respuestas fisiológicas”⁸

⁸ Rocío Egües. Terapia cognitivo conductual [Internet]. 09:04:57 UTC. Recuperado a partir de: http://es.slideshare.net/rocio_e/terapia-cognitivo-conductual-8992475

Se le considera como la estrategia clínica más utilizada, eficaz y con los mejores resultados que trabaja sobre las conductas, las emociones, los pensamientos y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente.
(25)

Ejemplo:

Situación: Ha tenido un mal día, está harto y decide salir de compras. Cuando va por la calle, un conocido, al parecer, le ignora.

	<i>Perjudicial</i>	<i>Favorable</i>
<i>Pensamientos:</i>	“Me ha ignorado – no le caigo bien”	“Parece estar ensimismado – Me pregunto si tendrá algún problema”.
<i>Sentimientos:</i>	Tristeza y rechazo	Preocupación por la otra persona
<i>Reacciones físicas</i>	Retortijones de estómago, poca energía, náuseas.	Ninguna – se siente bien.
<i>Comportamiento</i>	Se va a casa y evita a esa persona	La saluda para asegurarse de que está bien.

Esta terapia ayuda a cambiar la manera como la persona piensa “cognitivo” y cómo se comporta “conductual”. A diferencia de otras terapias, la terapia cognitivo conductual busca mejorar el estado anímico actual del paciente.

8.2.3. Intervenciones psicosociales en la familia

La familia de los pacientes con esquizofrenia también se ve afectada al ver que el paciente esquizofrénico empezará a modificar su ritmo de vida, atravesando ahora por crisis psicóticas, constantes hospitalizaciones, dificultad para terminar sus estudios o conseguir un empleo, dificultad para

conseguir pareja o cuidar de los hijos, etc. los cónyuges cuidadores de estos pacientes deben afrontar diferentes roles como cuidar solos de los hijos, trabajar para mantener el hogar, y a veces este cónyuge cuidador sobre todo si es varón se refugian en vicios como el alcohol ante tanta sobrecarga psicológica. Es por ello que la terapia familiar es de gran importancia tanto para el paciente como para la familia.

Estas intervenciones psicosociales familiares comprenden: sesiones educativas para informar sobre la enfermedad (etiología, curso, tratamiento y pronóstico), identificación de los factores que produzcan recaídas, identificar las respuestas emocionales de los familiares ante el diagnóstico y comportamiento del paciente, mejorar la comunicación intrafamiliar, entrenamiento para solucionar conflictos y empleo de técnicas cognoscitivas comportamentales. (1)

8.3. Terapia Electroconvulsiva

“El tratamiento electroconvulsivo es un procedimiento que consiste en aplicar una corriente eléctrica controlada al cuero cabelludo y a ciertas partes del cerebro para inducir una crisis convulsiva tonicoclónica [...] Su mecanismo de acción sigue siendo desconocido, aunque se sabe que produce múltiples efectos en el SNC, incluidos cambios de los neurotransmisores, efectos neuroendocrinos y alteración de los sistemas de transducción de señales intracelulares”⁹

Las tres indicaciones más frecuentes son los trastornos depresivos mayores, los episodios maníacos, y la esquizofrenia. Entre los pacientes esquizofrénicos esta terapia es más efectiva en aquellos que presentan más síntomas positivos, los que tienen predominio de síntomas negativos no obtienen buenos resultados. (9)(7)

“De acuerdo a Lothar Kalinowsky, sin duda el más experimentado en este tratamiento, la única contraindicación es la lesión cerebral que ocupa espacio o que produce aumento de la presión endocraneana, ya que la TEC aumenta, aunque lentamente, la presión del líquido céfalo-raquídeo. Sin embargo, hay

⁹ Black DW, Andreasen NC. Introducción a la psiquiatría. 5ª ed. Madrid: Panamericana; 2014.

que considerar otras contraindicaciones relativas como el infarto de miocardio reciente y, probablemente la osteoporosis severa. Además hay que considerar cualquier otra contraindicación a la anestesia general”¹⁰

9. Esquizofrenia y Sexo (9)

9.1.Epidemiología

“En los varones la incidencia es mayor antes de los 45 años y en las mujeres después de esa edad [...] Según Jablensky y cols. El riesgo acumulado después de los 50 años es igual para varones y mujeres”¹¹

La incidencia en las mujeres de mayor edad se relacionó con el papel protector de los estrógenos que se perdería después de la menopausia. “Seeman señala las acciones de los estrógenos sobre el sistema nervioso central: aumentan el flujo sanguíneo cerebral, aumentan la glucosa, la oxigenación de las neuronas y la mielinización, mejoran la conectividad, regulan los canales de calcio, disminuyen el umbral convulsivo, estimulan el crecimiento de las sinapsis, disminuyen la apoptosis, etc.”¹², estas funciones se encontraran operativas hasta la menopausia, después a ella además de perder este factor protector de estrógenos aparecen factores psicosociales como el aislamiento, pobreza o enfermedades físicas que pueden contribuir al incremento de la enfermedad a esa edad.

9.2.Edad de inicio

La edad media de inicio en los varones está entre 18 y 25 años, y en las mujeres entre 25 y 30 años. La edad de riesgo en los varones es mayor hasta los 30-35 años, luego se estabiliza y va decreciendo; en las mujeres empieza más tarde y aumenta en los siguientes años.

¹⁰ Mujica R. Texto de Psiquiatría: Clínica Terapéutica y Social. Lima: Sesator; 1987.

¹¹ Roca Bennasar M. Trastornos Psicóticos. Barcelona: Grupo Ars Xxi De Comunicación; 2006.

¹² IDEM.

Todos los autores atribuyen esta diferencia al posible papel protector de los estrógenos denominándolos «psicoprotectores de la naturaleza», que no solo van a actuar sobre la transmisión de la dopamina sino que también actúan sobre la serotonina, GABA y noradrenalina.

Los síntomas de la esquizofrenia en las mujeres estaría regulado por la concentración de estradiol en sangre; en la fase del ciclo baja en estrógenos hay mayor número de admisiones hospitalarias y durante el ingreso los síntomas parecen mejorar con el aumento de los valores de estradiol.

En la esquizofrenia que aparece después de los 40 años (esquizofrenia tardía) la incidencia es doble en la mujer, su sintomatología es más grave y su curso menos favorable; pareciera que la pérdida de la protección de los estrógenos no solo incrementa la morbilidad, sino también la gravedad.

Estos datos han llevado al planteamiento del uso de los estrógenos como tratamiento.

9.3.Sintomatología

Las mujeres con esquizofrenia presentan más síntomas positivos, más experiencias psicóticas y más síntomas afectivos (irritabilidad, disforia, impulsividad), mientras que los varones presentan mayores síntomas negativos (aislamiento, embotamiento afectivo, etc.). A edades avanzadas las mujeres pueden presentar síntomas positivos más graves y menores síntomas positivos o de menor gravedad.

Existen algunos estudios que niegan la prevalencia de síntomas positivos en las mujeres y negativos en los hombres, esto podría darse porque hay diferentes criterios diagnósticos, estadios de la enfermedad u otros sesgos.

Respecto a los tipos de esquizofrenia en las mujeres es más frecuente las esquizofrenias de tipo Paranoide y Hebefrénica, mientras que en los varones esquizofrenias de tipo Indiferenciado.

9.4. Curso y Pronóstico

En el curso de la enfermedad las mujeres muestran menor número de hospitalizaciones, menor número de días hospitalizados, tasas más bajas de mortalidad. La mayoría de autores señalan que presentan un mejor funcionamiento social, cuidado personal y ocupacional, menor abuso de drogas y mayor cumplimiento al tratamiento.

Dentro de las mencionadas la diferencia más importante es el mejor funcionamiento social de las mujeres, esto puede deberse a la mayor estabilidad social adquirida por ellas antes de la enfermedad (empleo estable, pareja, etc.) debido a que su edad de inicio es más tardía.

El pronóstico de las mujeres es mejor a corto y mediano plazo, pero esta diferencia desaparece a largo plazo, después de la menopausia, el factor que puede influir en esta situación es la pérdida del factor protector de los estrógenos.

9.5. Aspecto Terapéuticos

Los pacientes de ambos sexos no responden a los antipsicóticos de la misma forma, diferencias genéticas, conductas específicas de cada sexo e incluso estilos de vida influyen ante estas respuestas.

Las mujeres tienen mejor respuesta a los antipsicóticos necesitando dosis menores que los varones para obtener un resultado terapéutico. “Esta afirmación es especialmente cierta para las mujeres jóvenes en edades fértiles, y el varón necesita el doble de dosis que la mujer. A pesar de que no existe total acuerdo, se ha señalado que, tras la menopausia, la mujer con esquizofrenia requiere dosis de antipsicóticos más elevadas, equivalentes a las que precisan los varones. Esta menor respuesta en la posmenopausia se ha relacionado con la disminución del flujo cerebral asociado al envejecimiento, a la disminución de receptores D2 y, sobre todo, a la caída de los estrógenos que ejercerían una acción similar a la de los neurolepticos y potenciarían su acción”¹³

¹³ Roca Bannasar M. Trastornos Psicóticos. Barcelona: Grupo Ars Xxi De Comunicación; 2006.

Las mujeres presentan mayor cumplimiento del tratamiento y este factor también explica la distinta respuesta entre ambos sexos a los antipsicóticos.

Lamentablemente lo malo de la mayor sensibilidad de las mujeres a los antipsicóticos es que presentan con mayor frecuencia y gravedad los “efectos secundarios”. Las mujeres presentan con mayor frecuencia efectos extrapiramidales, como parkinsonismo, acatisia y discinesia aguda y tardía.

La introducción de los antipsicóticos de segunda generación llamados también antipsicóticos atípicos, ha aportado herramientas más eficaces y seguras en el tratamiento de la esquizofrenia. Este tipo de medicamentos producen menos efectos extrapiramidales y ayudan a mejorar no solo los síntomas psicóticos sino también la ansiedad, la depresión y los intentos de suicidio. Sin embargo producen otro tipo de efectos secundarios más «silencioso» como el aumento de peso, el síndrome dismetabólico – con aumento de glucemia, colesterol sérico y triglicéridos y afectación de la función sexual. Estos efectos secundarios parecen tener una incidencia similar para ambos sexos, pero la significación del efecto es diferente en los hombres y mujeres. Mientras que a las mujeres les preocupa los efectos secundarios que afectan a su apariencia como la obesidad a los varones le preocupa la disminución del rendimiento sexual.

En cuanto a los **tratamientos psicosociales** existen también diferencia en cada sexo

“Leung y Chue, en la amplia revisión que realizan sobre sexo y esquizofrenia, refieren que los entrenamientos en habilidades sociales parecen ser más eficaces en los varones que en las mujeres, aunque ellas cumplen mejor los programas. Pero, sorprendentemente, a pesar de que los pacientes varones con esquizofrenia parecen «aprovechar» más los entrenamientos, las mujeres alcanzan mejor funcionamiento social tras el tratamiento, lo que sugiere que también intervienen otros factores. Por otra parte, las intervenciones familiares son más exitosas en los allegados de las mujeres esquizofrénicas, acuden con mayor asiduidad a las sesiones y tienen mayor capacidad para modificar actitudes críticas. Los varones esquizofrénicos tienen más problemas para aceptar la dependencia familiar y

tienen más conductas disociales y de abuso de sustancias, lo que podría justificar la menor respuesta a la intervención familiar. »¹⁴

Evidentemente las respuestas ante los psicofármacos, la presencia de efectos secundarios y eficacia en los tratamientos psicosociales son distintos entre varones y mujeres, sin embargo a pesar de estas evidencias existen pocos estudios que se enfoque en tratar la terapéutica en la esquizofrenia según el género del paciente, ocasionando que se apliquen conocimientos procedentes de los varones, donde no fue tomado en cuenta el ciclo menstrual o la situación hormonal de la mujer provocando que probablemente en la actualidad las mujeres reciban dosis inadecuadas de fármacos causantes de mayores efectos secundarios.

Para prescribir tratamiento a las mujeres con esquizofrenia se requiere de una atención especial. Es necesario preguntar ciertas cuestiones como fluctuaciones sintomatológicas en función del ciclo menstrual o la utilización de terapias hormonales y anticonceptivos, además hay que valorar el estatus hormonal, la edad y el índice de grasa corporal, y considerar las necesidades de la mujer y las posibles consecuencias del tratamiento en el contexto de la situación doméstica de la paciente.

10. Funcionamiento Psicosocial en la Esquizofrenia

*“Sin sistema nervioso no hay conducta humana, pero tampoco existe sin la sociedad. Las interacciones de los individuos son las que producen la sociedad, y la sociedad con su cultura y sus normas actúa sobre los individuos. Es casi imposible imaginar la vida sin otras personas, aunque, a veces, nos desconciertan, porque perciben el mundo de forma diferente a la nuestra, no comprendemos los motivos de sus acciones o hacen cosas que no esperamos”*¹⁵

El ser humano es concebido como un ser global (bio-psico-social) que está integrado por componentes biológicos y psicológicos que se encuentran en interacción constante con su entorno, se entiende como entorno a todo aquello

¹⁴ Roca Bennasar M. Trastornos Psicóticos. Barcelona: Grupo Ars Xxi De Comunicación; 2006.

¹⁵ García J, Psicología. 2^a ed. México: McGraw Hill; 2012.

que rodea a la persona incluyendo aspectos físico – ambientales como familiares, culturales políticos y económicos. Esta comprensión bio-pisco-social implica una influencia mutua entre estos tres aspectos de tal forma que el *status* de cada uno de ellos depende de los restantes y la alteración de cualquiera de ellos puede provocar alteración en los otros. (3)(8)

Específicamente “la comprensión psico-social del ser humano implica la aceptación de que el hombre es un ser individual pero también un ser social, inmerso en una determinada cultura y en unas determinadas estructuras políticas, económicas y sociales que le llevan a establecer relaciones consigo mismos y con los demás. En este sentido se concibe a la persona como un ser << relacional >>, que establece interacciones continuas con su entorno.”¹⁶

Lamentablemente para las personas con esquizofrenia relacionarse con otros implica un serio problema debido a que en su mayoría se muestran retraídos y aislados de su medio, por tal motivo se viene hablando en los últimos años de la “reinserción social del paciente esquizofrénico”, en este sentido se usa cada vez más el término Funcionamiento Psicosocial. (27)

“Referirse al Funcionamiento Psicosocial, según Valencia et al., es hablar del desempeño de roles de parte del sujeto, en su relación con otros sujetos, y en el medio ambiente en que se desenvuelve, en cada una de las áreas de funcionamiento”.¹⁷

En general, aunque existe un escaso consenso sobre el concepto de funcionamiento psicosocial se sabe que éste evalúa los roles que desempeña el sujeto en diversas áreas como: funcionamiento laboral, finanzas, relaciones interpersonales, funcionamiento cognitivo, autonomía y ocio. Este concepto se centra en lo que la persona puede hacer, la calidad de sus actividades cotidianas y su necesidad de asistencia (28) (30)

¹⁶ Novel G. Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona: Masson; 2003.

¹⁷ Rodríguez DP. Tesis Funcionamiento Psicosocial de personas con esquizofrenia. 2009; Recuperado a partir de: http://www.researchgate.net/publication/220025585_Tesis_Funcionamiento_Psicosocial_de_personas_con_esquizofrenia

10.1. Disfunción Social y Laboral: Relaciones Interpersonales, Finanzas, Funcionamiento Laboral.

10.1.1. Funcionamiento Social (5)

Generalmente en los pacientes esquizofrénicos los problemas con el funcionamiento social aparecen años antes que se manifieste algún signo que evidencie la enfermedad, aunque en algunos otros no se presentan problemas sociales, otros si muestran un patrón de mala adaptación sobre todo en la etapa de la infancia y la adolescencia. Durante estas etapas de vida en las personas que posteriormente desarrollan esquizofrenia se presentan dos tipos de funcionamiento social anómalo. En primer lugar, algunos individuos son más tímidos y tienen problemas para relacionarse con sus iguales, con frecuencia no consiguen hacer amigos o involucrarse en alguna relación sentimental. En segundo lugar, se ve reflejado un patrón de mala adaptación de la conducta, presentando problemas en su comportamiento, indiferencia hacia la autoridad, pelea, etc.

“Aunque muchas investigaciones han documentado los problemas en el funcionamiento social antes del inicio de la esquizofrenia, cada vez son más las evidencias que indican que el periodo prodrómico que precede al inicio de los síntomas psicóticos es más largo de lo que antes se creía. Por lo tanto, al menos parte de las disfunciones sociales dominantes observadas en personas que más adelante desarrollan esquizofrenia en realidad podrían ser signos precoces de la enfermedad, y no auténticamente << premórbido >>. El trabajo de Hafner, 2000; (Hafner y cols., 2003) ha mostrado que los primeros signos de la esquizofrenia incluyen depresión y síntomas negativos leves, seguidos por déficits cognitivos y dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana. ”¹⁸

“Además de informar de que los primeros signos de la esquizofrenia incluyen tanto problemas del estado de ánimo como sociales que preceden

¹⁸ Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. Tratado de Esquizofrenia. Barcelona: ARS Medica; 2008.

en muchos años al inicio de los síntomas psicóticos, Hafner y cols. (1993,1999) han revelado que la edad en la que estas dificultades aparecen por primera vez tiene relación con el posterior funcionamiento social de esta persona durante el curso de su enfermedad. Concretamente, cuanto mayor sea alguien al desarrollar los primeros signos y síntomas de la enfermedad, más roles sociales será capaz de llevar a cabo y mejor será su funcionamiento social durante el curso de la enfermedad. Se ha informado con frecuencia del hallazgo por el cual las mujeres con esquizofrenia tienden a presentar un funcionamiento social mejor que los hombres con la misma enfermedad (Haan y Garrat, 1998) y a experimentar una evolución de la enfermedad algo más leve (Angermeyer y cols., 1990); esto puede atribuirse a que la edad de inicio de la esquizofrenia es superior en las mujeres (Hafner y cols., 1993). Como las mujeres desarrollan la esquizofrenia a una edad más tardía, desempeñan un número de roles sociales superior y, por consiguiente, se benefician de un mejor grado de funcionamiento durante el curso de su enfermedad psiquiátrica. »¹⁹

El funcionamiento social tiene lugar entre la relación que existe entre habilidades sociales y oportunidades ambientales para desarrollar estas habilidades. En la esquizofrenia las limitadas habilidades sociales como los rígidos recursos del entorno podrían conducir a un funcionamiento social pobre. En comparación con la población en general las personas con esquizofrenia tienen menos oportunidades por Ejm: Menor probabilidad de casarse y si lo hacen mayor probabilidad de divorciarse, menor probabilidad de tener pareja y menor probabilidad de conseguir empleo.

Resultan curioso que los individuos con esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias tengan mejor funcionamiento social y redes sociales más amplias que aquellos sin trastorno por sustancias, posiblemente esto se deba al mejor funcionamiento social antes de la enfermedad de estos pacientes. Sin embargo en la esquizofrenia el abuso de sustancias también se relaciona con una mayor fricción en las redes familiares y en los niveles graves de adicción se relaciona con una disfunción social importante y

¹⁹ Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. Tratado de Esquizofrenia. Barcelona: ARS Medica; 2008.

marginación en las redes sociales. Desde el punto de vista ambiental el peor funcionamiento está relacionado con participación en programas de rehabilitación muy cortos y niveles altos de estrés en la familia.

Otro tema de interés en cuanto al funcionamiento psicosocial es el deseo de encontrar pareja, lamentablemente esta área no ha sido muy estudiada y se comprende poco. “Sabemos que en las sociedades occidentales p. ej., Finlandia y Estado Unidos), las mujeres con esquizofrenia tienen una mayor probabilidad de casarse que sus equivalentes masculinos (Bhatia y cols., 2004; Salokangas y cols., 2001). Se han propuesto muchas razones para esta diferencia (Haas y Garratt, 1998; Riecher – Rossler y Hanfner, 2000), incluyendo las siguientes: *a*) las mujeres tienden a enfermar en etapas más avanzadas de la vida, así que podrían casarse antes de desarrollar los síntomas; *b*) puede que las mujeres sean más <<casables>> porque, comparadas con los hombres, a ellas les podría resultar más aceptable estar fuera del mercado laboral y ser consideradas como amas de casa, *c*) en estas sociedades en general se tolera un grado mayor de dependencia en las mujeres que en los hombres.”²⁰ Lamentablemente en este momento se sabe muy poco de cómo ayudar a las personas a desarrollar relaciones de pareja satisfactorias.

Una última área de preocupación es la relacionada con el cuidado de los hijos, en estudios respecto a este tema se han encontrado resultados perturbadores aunque no sorprendentes. Comparadas con individuos control que no tienen esta enfermedad se encuentra que las mujeres con esquizofrenia tienen menor probabilidad de tener hijos y si es que los tuvieran mayor dificultad para criarlos. Muchas mujeres pierden la custodia de sus hijos y aquellas que tienen la oportunidad de criarlos presentan dificultades para hacerlo. No obstante los datos sugieren que el hecho de ser criados por un progenitor esquizofrénico no es asociable a que se presente una descendencia con esta patología.

²⁰ Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. Tratado de Esquizofrenia. Barcelona: ARS Medica; 2008

10.1.2. Funcionamiento Laboral (5)

“El mal funcionamiento laboral es una característica casi universal de la esquizofrenia, con tasas de empleo competitivo generalmente en el rango del 10 – 20% (Brekke y cols., 1993; Marwaha y Johnson, 2004; Mueser y cols., 2001b) e, invariablemente, por debajo del 50% (Priebe y cols., 1998). Los estudios de resultados a largo plazo han observado un declive laboral desde los niveles premórbidos en una proporción significativa de personas con esquizofrenia (Johnstone y cols., 1990; Marneros y cols., 1992). Asimismo, este declive se evidencia en una etapa tan temprana como los 6-18 meses posteriores al primer episodio (Beiser y cols., 1994; Ho y cols., 1998).”²¹

Las tasas altas de desempleo en las personas con esquizofrenia influyen en el individuo, la familia y la sociedad. El trabajo trae consigo muchos beneficios clínicos, tal como lo refiere aquel viejo proverbio “el trabajo es una buena terapia”. Las personas con esquizofrenia que trabajan tienen un mejor funcionamiento en dominios diferentes y la consecuencia de dar empleo a personas previamente desempleadas con esquizofrenia ayuda a reducir los síntomas psicóticos, la depresión, aumenta la autoestima, mayor satisfacción en sus asuntos financieros y un mejor funcionamiento en general.

Estas tasas bajas de empleo conllevan a que el paciente esquizofrénico depende en mayor grado de la familia, en lo que respecta a la vivienda y satisfacción de necesidades básicas. Estos niveles altos de dependencia conllevan a una sobre carga para los familiares que puede desencadenar en ansiedad, depresión y vulnerabilidad a enfermedades físicas en los cuidadores. El desempleo que provoca la esquizofrenia trae consigo una pérdida de productividad y la necesidad de una fuente de ingreso suplementaria.

El trabajo es un componente de cómo se definen a sí mismas las personas en la sociedad, la incapacidad de trabajar aísla a las personas con enfermedades mentales, sobre todo a los que padecen de esquizofrenia, y contribuye en

²¹ Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. Tratado de Esquizofrenia. Barcelona: ARS Medica; 2008

mayor medida a su marginalización social. Lamentablemente los estigmas asociados a la esquizofrenia obstaculizan su capacidad para poder encontrar empleo.

10.2. Funcionamiento Cognitivo

“Son procesos mentales que nos permiten llevar a cabo cualquier tarea. Hacen posible que el sujeto tenga un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, lo que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea”²² (16)

Respecto a la esquizofrenia autores como Masselon o Bleuler han indicado que los pacientes esquizofrénicos presentan trastornos cognitivos debido a la enfermedad, las siguientes funciones cognitivas determinan la respuesta a los programas de rehabilitación, así como la habilidad para resolver problemas y el nivel de funcionamiento en la comunidad

“La memoria declarativa verbal: Es la capacidad de aprender y recordar conscientemente material verbal por más de unos pocos segundos

Las funciones ejecutivas: Es la capacidad de iniciar, planificar, controlar y monitorizar la propia conducta, y manipular información abstracta

La memoria de trabajo: Es la capacidad de mantener transitoriamente (durante algunos segundos) material mental en un estado activo o accesible mientras otras funciones cognitivas (razonamiento, planificación a largo plazo, etc.) están ocurriendo

La vigilancia o capacidad de mantener un nivel de alerta durante varios minutos”²³

²² Funciones cognitivas [Internet]. [citado 30 de Mayo de 2015]. Recuperado a partir de: <https://www.neuronup.com/es/areas/functions>

²³ Barrera P A. Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia [Internet]. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2006 [citado 8 de Mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272006000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Las personas con esquizofrenia y problemas cognitivos son propensas a no tener objetivos que perseguir y cuando los tienen les cuesta lograrlos, hasta incluso llegan al fracaso en el intento lo que les trae desánimo y desaliento. (12)

10.3. Autonomía

La **autonomía** de una **persona** es la capacidad o condición de desarrollar tareas de manera independiente, en los pacientes con esquizofrenia se produce un impacto en esta área ocasionando que no puedan desenvolverse de manera autónoma en sus tareas diarias y la consecución de no poder llevar una vida normalizada, actualmente se tratan de ofrecer herramientas necesarias para mejorar las habilidades sociales y desarrollar progresivamente la autonomía de estos pacientes.

Un aspecto importante en el área de autonomía es la capacidad del paciente esquizofrénico para “vivir solo”, cuando se describió el área de funcionamiento laboral se mencionó que el desempleo era una causa por la cual estos individuos dependían en mayor grado de sus familiares, en lo que respecta a la vivienda y satisfacción de necesidades básicas, sin embargo es necesario evaluar si el paciente llegara a vivir solo ¿podría desenvolverse de manera autónoma en sus quehaceres diarios? o necesitará ayuda la mayor parte de tiempo ya sea de su pareja o familiares.(5)

“Por lo que respecta a vivir de manera independiente, muchos investigadores han sugerido que con programas de viviendas tuteladas se conseguirían mayores niveles de autosuficiencia en enfermos de esquizofrenia (Rosenheck, 2000). En general, estos programas proporcionan a las personas con esquizofrenia la oportunidad de vivir en ámbitos independientes o semiindependientes con profesionales de la salud mental a disposición y una transición planificada y gradual hacia una menor supervisión. En muchos programas, el objetivo definitivo es vivir de manera independiente. Por desgracia, la falta de ensayos aleatorizados que evalúen los beneficios de programas de viviendas tuteladas imposibilita discernir si, de hecho, ayudan a conseguir una mayor independencia para el participante. Una reciente revisión Cochrane (Chilvers y cols., 2002) descubrió que aunque en la bibliografía científica se describían 139 de estos programas, ninguna de estas descripciones se había llevado a cabo con suficiente

rigor científico como para proporcionar información no sesgada y útil sobre si la vivienda tutelada ayuda realmente a los individuos a conseguir una mayor independencia.’’²⁴

10.4. Ocio

“Se define como una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en el cual se participa durante un tiempo discrecional o libre, es decir, un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como trabajo, cuidado propio, o dormir.’’²⁵

Esta área es muy importante en la vida de los seres humanos cobrando un papel fundamental en la calidad de vida de las personas, el ocio se comporta como promotor de salud y bienestar, es un agente socializador de primer orden ampliando el contexto de las redes sociales pues estas ya no solo se dan en el mundo del trabajo sino también en el ámbito lúdico; en los pacientes esquizofrénicos el ocio es aún más importante por las limitadas actividades que estos individuos realizan, al tratar esta área se busca mejorar la adaptación social y contribuir en la mejora de la sintomatología tanto positivas como negativa. (14)

Estas funciones de salud, bienestar y socialización, que permiten el disfrute del ocio, han de tenerse en cuenta a la hora de tratar de rehabilitar psicosocialmente a personas afectadas de esquizofrenia.

Una forma muy recomendada de ocio para la esquizofrenia es la que se realiza a través del ejercicio físico, ayudando a mejorar el aspecto físico, por la inactividad que se presenta en algunos pacientes esquizofrénicos, como el aspecto psíquico ayudando a disminuir los síntomas psicológicos. (22)

²⁴ Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. Tratado de Esquizofrenia. Barcelona: ARS Medica; 2008

²⁵ OCIO Y EMPLEO PARA LA REHABILITACIÓN DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE | TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL [Internet]. [citado 25 de Mayo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://javierbriz-to-sm.blogspot.com/2014/04/ocio-y-empleo-para-la-rehabilitacion.html>

❖ **Anexos: Diagnósticos e Intervenciones de Enfermería asociados a la Esquizofrenia (6)**

✓ **Alteración de los proceso del pensamiento**

Dx. Alteración en los proceso de pensamiento r/c ideas delirante.

Objetivo: El paciente distinguirá las percepciones no concordantes con la realidad.

Actividades:

- Determinar las repercusiones de la alteración en las actividades de la vida diaria.
- Mantener la orientación – temporal mediante calendarios, relojes visibles; y mantener la posesión de los objetos personales, etc.
- Modificar el entorno si es estrictamente necesario para mantener condiciones de seguridad.
- Evitar discutir o negar las alteraciones del pensamiento que se expresen en la comunicación verbal.
- Proporcionar técnicas y espacios de relajación y de aislamiento visual, solo cuando se precise.
- Usar el lenguaje descriptivo sin elaboraciones abstractas.
- Proporcionar refuerzo social positivo cuando verbalice percepciones adecuadas de la realidad.
- Entrenar a la familia en - formas de comunicación directa y actitudes comprensivas.

En caso de estar directamente relacionado con ideas de persecución

- Mantener una distancia física de relación aceptable con el paciente
- Proporcionar condiciones para disminuir la percepción amenazante
- No tocar al paciente si se percibe como amenaza.

✓ **Alteraciones sensorceptivas**

Dx. Alteraciones sensorceptivas, r/c alucinaciones

Objetivo: El paciente identificará la causa del trastorno que sufre.

Actividades:

- Valorar respuesta de fármacos, si el paciente tiene tratamiento para el problema.
- Ayudar a identificar las percepciones alucinatorias de las que no lo son.
- Identificar y reforzar las percepciones realistas.

✓ **Riesgo de automutilación**

Dx. Riesgo de automutilación r/c alucinaciones y/o delirios

Objetivo: El paciente no se provocará ningún tipo de lesión.

Actividades:

- Detectar, junto con la familia, los sentimientos o interpretaciones que provoquen angustia, hostilidad o sentimiento que no pueda afrontar adecuadamente.
- Controlar los elementos ambientales, para evitar estrés.
- Mostrar disponibilidad para reconocer y atender las demandas del paciente.

✓ **Riesgo de violencia: lesiones a otros**

Dx. Riesgo de violencia: Lesiones a otros, r/c ideas paranoides.

Objetivos: El paciente reducirá o eliminará los episodios de conducta violenta.

Actividades:

- Valorar respuesta a fármacos si está bajo tratamiento farmacológico.
- Identificar las situaciones de riesgo.
- Disminuir las situaciones de riesgo.
- Controlar los objetos de riesgo.

✓ **Deterioro de la comunicación verbal**

Dx. Deterioro de la comunicación verbal r/c alteraciones en el curso del pensamiento.

Objetivo: El paciente será capaz de comunicarse o relacionarse eficazmente con los demás.

Actividades:

- Apoyo continuo a la expresión correcta de hechos, opiniones y sentimientos.
- Programas de entrenamiento en habilidades sociales.
- Programas de expresión alternativos (escritura, dibujo, etc.).
- Lectura diaria de la prensa en voz alta y comentando las noticias

✓ **Deterioro de la interacción social**

Dx. Deterioro de la interacción social r/c abulia, apatía.

Objetivo: El paciente participará en relaciones sociales de su preferencia.

Actividades:

- Identificar centro de interés para las relaciones: escuela, barrio, etc.
- Programas de entrenamiento en habilidades sociales.
- Establecer un programa diario de actividades que promueva un equilibrio entre el tiempo y la calidad de interacción y el tiempo de soledad de elección.

✓ **Aislamiento social**

Dx. Aislamiento social r/c abulia, apatía.

Objetivos: El paciente verbalizará no sentirse solo.

Actividades:

- Estimular las actividades fuera del hogar.
- Asistencia a grupos de autoayuda.

- Programar juntos los tiempos para la relación social.
- Reorientación sobre la percepción que tiene de los otros.
- Acompañamiento terapéutico en salidas de ocio.

✓ **Afrontamiento familiar: Potencial de desarrollo**

Dx. Afrontamiento familiar potencia de desarrollo (Al ser diagnóstico positivo, no tiene relaciones por no considerarse un problema).

Objetivo: La familia mantendrá un adecuado nivel de afrontamiento en el manejo cotidiano de las relaciones con el paciente y con las pautas recomendadas para su cuidado.

Actividades:

- Grupos de psicoeducación familiar.
- Programas de apoyo continuo.
- Grupos de autoayuda.
- Establecer marco de relación abierta con el equipo terapéutico.

✓ **Alteración en el desempeño del rol**

Dx. Alteración en el desempeño del rol, r/c conducta desorganizada.

Objetivos: El paciente asumirá constructivamente su rol de persona con limitaciones o nuevas necesidades.

Actividades:

- Identificación de los roles anteriores y elecciones de aquellos que se pueden mantener o recuperar.
- Refuerzo positivo al mantenimiento de las actividades habituales anteriores a la aparición del trastorno.
- Enseñar a personas implicadas en las distintas esferas sociales del paciente a manejar las situaciones, mostrando tolerancia y ofreciendo ayuda.
- Refuerzo positivo a las verbalizaciones de deseo de independencia y de sentido de responsabilidad del paciente.

✓ **Ansiedad**

Dx. Ansiedad, r/c percepciones extrañas y/o negativas sobre sí mismo y el entorno relacionada con cambios en el desempeño del rol.

Objetivos: EL paciente disminuirá sus niveles de ansiedad por sí mismo.

Actividades:

- Técnicas de relajación controlada.
- Mostrar disponibilidad para permitir expresa inquietudes y miedos.

✓ **Incumplimiento del tratamiento**

Dx. Incumplimiento del tratamiento psicoterapéutico / farmacológico, r/c ideas erróneas sobre la propia salud.

Objetivo: EL paciente asumirá las pautas de tratamiento establecidas.

Actividades:

- Programas de psico educación: conocimiento de las terapias utilizadas y sus efectos.
- Valorar presencia de efectos indeseables y comunicar. Ajustar pautas de tratamiento al ciclo vital del paciente para evitar su rechazo.
- En situaciones de crisis, rediseñar conjuntamente con el equipo terapéutico las dosis y vías de administración que aseguren la eficacia de los tratamientos farmacológicos.

✓ **Confusión aguda**

Dx. Confusión aguda r/c síntomas psicóticos.

Objetivo: El paciente mantendrá los niveles de conciencia y atención adecuados a su estado.

Actividades:

En la confusión aguda que se puede producir en los pacientes psicóticos, la mayor parte de la intervención enfermera se dirige a evitar peligros y mantener las condiciones de calidad de vida y nivel de cuidados necesarios,

por lo que gran parte de las acciones que se pudieran establecer en este diagnóstico se reflejan en otro riesgo de lesión, comunicación alterada etc.

✓ **Déficit de actividades recreativas**

Dx. Déficit de actividades recreativas, r/c abulia y apatía.

Objetivos: El paciente participara en actividades recreativas de su elección.

Actividades:

- Diseñar conjuntamente un plan de actividades de elección del paciente
- Programa ocupacional.
- Programas de ocio y tiempo libre.
- Estimular la participación en el ocio familiar y en los programas.

✓ **Déficit de autocuidado: Baño – higiene**

Dx. Déficit de autocuidado: baño – higiene, r/c abulia y apatía.

Objetivo: El paciente se aseara solo.

Actividades:

- Programas de entrenamiento en autocuidado.
- Ayuda en la realización del aseo.

✓ **Déficit de autocuidado: vestido/ acicalamiento**

Dx. Déficit de autocuidado: Vestido – Acicalamiento r/c apatía y abulia.

Objetivo: El paciente presentara un aspecto externo adecuado.

Actividades:

- Programas de entrenamiento en autocuidado.

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. Autor (es): Molina Cruz, Diana Noelia y Montánchez Salas, Gina Melisa

Título: Efectividad de la aplicación de un programa educativo a cuidadores de pacientes esquizofrénicos en el centro de salud mental. Moisés Heresi Arequipa Perú 2009

Conclusión: La participación de los cuidadores antes de aplicar el programa fueron; menos del 50 % tenía conocimiento sobre las enfermedades, los síntomas, causas, tratamiento especializado, administración de los antipsicóticos y las reacciones extrapiramidales.

3.2. Autor (es): Gómez Mamani Lady Sabina y Layme Chura Mónica

Título: Factores que influyen en el abandono del tratamiento en pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa 2002.

Conclusión : Que los pacientes esquizofrénicos que abandonaron el tratamiento se encuentra en la etapa del adulto joven y adulto mayor , pertenece mayormente al sexo masculino , la gran mayoría son solteros con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y sufren en gran parte el abandono familiar , la mayoría viven en lugares distantes y el ingreso económico de la familia es bajo , el tiempo del abandono del tratamiento está dentro de los seis meses , dependen en su mayoría del padre y de otros parientes

3.3. Autor : Rullas Trincado Margarita (mrullas@grupoester.com)

Título: Diferencias en el perfil de derivación recibido en los centros de rehabilitación psicosocial en función del género.

Conclusión: Los resultados de este estudio corroboran los datos obtenidos en estudios anteriores, de tal forma que existen diferencias significativas en edad, estadio civil, tipo de convivencia e hijos, de las personas atendidas en los

centros de rehabilitación psicosocial. Siendo mayor estos porcentajes en mujeres (más edad, mayor número de mujeres casadas y que tienen hijos) lo que es consistente con la hipótesis de que las mujeres tienen mayor ajuste premórbido que les permite tener en mayor medida relaciones íntimas, estables que llegan a casarse y/o tener hijos antes del inicio de la enfermedad

En la actualidad la mujeres que están en intervención tienen mayor acceso al empleo , trabajan más dentro del hogar y están en porcentaje mayor no activas, quizá esto tenga que ver más con aspectos culturales de género , en donde a la mujer no le apremia tanto la rapidez en encontrar trabajo y puede desarrollarse dentro del ámbito doméstico. Se tendría que evaluar este aspecto dentro de las nuevas generaciones, donde los intereses laborales se igualan ya entre géneros.

4. OBJETIVOS

- a) Precisar cuál es el género de mayor frecuencia en los pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.
- b) Identificar como es el funcionamiento psicosocial en los pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.
- c) Establecer la relación del género y el funcionamiento psicosocial en los pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

5. HIPÓTESIS

Dado que la esquizofrenia es una enfermedad mental caracterizada por la presencia de signos positivos y negativos, que se presenta tanto en hombres como en mujeres alterando su funcionamiento psicosocial.

Es probable que el género de los pacientes esquizofrénicos se relacione con el funcionamiento psicosocial.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

1.1. Técnica e Instrumento:

En la presente investigación se utilizó como técnica *la entrevista* para ambas variables, como instrumento *la cédula de entrevista* para la variable independiente “género” y la *escala FAST* para la variable dependiente “funcionamiento psicosocial”.

La escala FAST es un instrumento validado sencillo de fácil aplicación, requiere poco tiempo de administración (tiempo de 3-6 min) y tiene como objetivo la evaluación de las principales dificultades del funcionamiento psicosocial presentes en la población psiquiátrica. Pretende ser una escala de valoración de dificultades objetivas y por lo tanto no es una escala de calidad de vida.

Consta de 24 ítems que se agrupan en 6 áreas específicas de funcionamiento: autonomía, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo, finanzas, relaciones interpersonales y ocio. Una de las virtudes de la FAST es su alta fiabilidad y además, al ser una escala de 24 ítems, permite integrarla sin demasiados problemas tanto en la práctica como en la investigación

Las preguntas se deberán de leer como se presentan en el cuestionario. Se deberá usar “Cuál es el grado de dificultad...?” antes de cada pregunta.

Además, se tendrá en cuenta la información adicional obtenida a través de la pareja o familiar cercano. Al ser una escala heteroaplicada y de valoración objetiva, la puntuación debe reflejar la valoración del clínico y no necesariamente la descripción literal del paciente.

Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación. Las puntuaciones para cada uno de los ítems oscilan entre 0 y 3. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. A mayor puntuación, mayor dificultad.

Los criterios operativos de las puntuaciones son:

(0) Ninguna dificultad: el funcionamiento del paciente se adecua a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural, no existe dificultad en ningún momento.

(1) Poca dificultad: dificultad mínima, se detecta desviación de la norma o en una o más de las actividades o funciones. El paciente está ligeramente discapacitado.

(2) Bastante dificultad: dificultad seria, existe una desviación muy marcada de la norma en la mayoría de las actividades y funciones: el paciente está discapacitado moderadamente durante bastante tiempo o gravemente discapacitado en algún momento.

(3) Mucha dificultad: Dificultad máxima, la desviación de la norma ha alcanzado un punto crítico de tal manera que el paciente está gravemente discapacitado la mayor parte del tiempo.

Disponible en seis idiomas: Español, Portugués, Inglés, Alemán Italiano y Francés.

1.2. Materiales:

- Cédula de entrevista, escala FAST
- Material de escritorio
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial: Centro de Salud Mental Moisés Heresi ubicado en la Avenida Pumacahua S/N, Cerro Colorado; cuenta con los siguientes servicios:

- Consulta externa
- Hospitalización
- Programas de Salud Pública
- Programas de Rehabilitación

2.2. Ubicación Temporal: Presente (Del mes de Julio del 2014 al mes de Junio del 2015).

2.3. Unidades de Estudio: El 100% de pacientes atendidos en la tercera y cuarta semana del mes de Abril que son un número de 40 y constituyendo el universo.

2.4. Criterios de Selección

- **Criterios de inclusión:**
 - Pacientes compensados diagnosticados con esquizofrenia en sus diferentes tipos.
 - Pacientes atendidos por consultorio externo.
 - Pacientes que acepten participar en el estudio.

- **Criterios de exclusión:**
 - Pacientes con otro tipo de diagnóstico
 - Pacientes descompensados
 - Pacientes que no deseen participar en el estudio
 - Pacientes hospitalizados
 - Pacientes mayores de 70 años
 - Pacientes homosexuales.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Coordinación con la Decana de la Facultad de Enfermería para carta de presentación.
- Coordinación con la Gerente General de la Beneficencia Pública para el permiso respectivo.
- Coordinación con la Enfermera Jefe del Centro de Salud Mental Moisés Herési para las facilidades respectivas en la recolección de datos.
- Captación de pacientes en la sala de espera de consultorio externo.
- Horario de trabajo de Lunes a Viernes de 7:00 AM a 10:00 AM
- Se elaboró matriz de datos y se sistematizaron en tablas estadísticas para su posterior interpretación y análisis.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO

TABLA N° 1

**PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN GÉNERO.
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.**

Género	Fr.	%
Femenino	16	40.00
Masculino	24	60.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015.

La **Tabla N°1** muestra que en relación a género, el mayor porcentaje con 60% corresponde al masculino y el menor porcentaje con 40% al femenino. Se deduce que el género de mayor frecuencia en los pacientes investigados es el masculino.

TABLA N° 2

**PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN EDAD.
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.**

Edad	Fr.	%
18 a 24 años	7	17.50
25 a 31 años	12	30.00
32 a 38 años	6	15.00
39 a 45 años	8	20.00
46 a más	7	17.50
TOTAL	40	100.00

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015.

En la **Tabla N°2** se muestra que el grupo etario de 25 a 31 años alcanza el mayor porcentaje con un 30% y el menor porcentaje con un 15% el grupo etario de 32 a 38 años. Se deduce que más de la cuarta parte de los pacientes en estudio son adultos jóvenes.

TABLA N° 3

**PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN ESTADO CONYUGAL.
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.**

Estado Conyugal	Fr.	%
Soltero	36	90.00
Casado	3	7.50
Divorciado	1	2.50
TOTAL	40	100.00

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015.

La **Tabla N°3** respecto al estado conyugal, muestra que el mayor porcentaje con 90 % son solteros y el menor con 2.5% son divorciados.

Se deduce que el estado conyugal de los pacientes investigados en su mayoría es soltero, en relación con las fuentes consultadas estos resultados se deben a que en ocasiones las personas con esquizofrenia se encuentran retraídos o aislados de su medio con dificultades para relacionarse o involucrarse en una relación sentimental.

TABLA N° 4

**PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN PROCEDENCIA.
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.**

Procedencia	Fr.	%
Arequipa	28	70.00
Moquegua	1	2.50
Otro	11	27.50
TOTAL	40	100.00

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015.

Se describe en la **Tabla N°4** en cuanto a la procedencia que el 70 % son de la ciudad de Arequipa y un 2.5% de Moquegua. Se deduce que más de la mitad de los pacientes investigados provienen de la ciudad de Arequipa.

TABLA N° 5

**PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN.
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.**

Grado Instrucción	Fr.	%
Iletrado	1	2.50
Primaria	6	15.00
Secundaria	26	65.00
Superior	1	2.50
Técnico	6	15.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015.

En la **Tabla N°5** respecto al grado de instrucción, se muestra que el 65% tienen educación secundaria, 2.5 % iletrado y en igual porcentaje educación superior. Deducimos que más de la mitad de los pacientes en estudio poseen un nivel de instrucción secundario.

TABLA N° 6

**PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS SEGÚN TIPO DE ESQUIZOFRENIA.
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.**

Tipo de Esquizofrenia	Fr.	%
Catatónica	7	17.50
Hebefrénica	3	7.50
Paranoide	30	75.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015.

La **Tabla N°6** muestra en cuanto al tipo de esquizofrenia, que el mayor porcentaje con 75% presentan Esquizofrenia de tipo Paranoide y el menor porcentaje con 7.5% Esquizofrenia de tipo Hebefrénica, de lo que se deduce que la Esquizofrenia Paranoide es el tipo de Esquizofrenia predominante en los pacientes en estudio. El CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión) refiere que este tipo de esquizofrenia es la más frecuente en la mayor parte del mundo.

B. FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL**TABLA N° 7**

GRADO DE DIFICULTAD EN EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.

Grado de dificultad	Fr.	%
Ninguna	8	20.00
Poca	17	42.50
Bastante	13	32.50
Mucha	2	5.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015.

La **Tabla N° 7** respecto al grado de dificultad en el Funcionamiento Psicosocial, muestra que un porcentaje de 42.5% presentan poco grado de dificultad y un acumulado de 37.5% grados de dificultad entre bastante y mucha.

De lo que se deduce, que más de la cuarta parte de la población en estudio se encuentra altamente discapacitada; de acuerdo con lo referido por la OMS (Organización Mundial de la Salud) la Esquizofrenia es una de las enfermedades más graves dentro de los trastornos mentales severos y una de las diez más discapacitantes comprometiendo las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma.

TABLA N° 8

**GRADO DE DIFICULTAD EN CADA ÁREA DEL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL
EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI
– AREQUIPA, 2015.**

Área	Grado de Dificultad	Fr.	%
Autonomía	Ninguna	14	35.00
	Poca	15	37.50
	Bastante	9	22.50
	Mucha	2	5.00
	<i>TOTAL</i>	40	100.00
Funcionamiento Laboral	Ninguna	10	25.00
	Poca	2	5.00
	Bastante	2	5.00
	Mucha	26	65.00
	<i>TOTAL</i>	40	100.00
Funcionamiento Cognitivo	Ninguna	18	45.00
	Poca	15	37.50
	Bastante	5	12.50
	Mucha	2	5.00
	<i>TOTAL</i>	40	100.00
Finanzas	Ninguna	17	42.50
	Poca	8	20.00
	Bastante	10	25.00
	Mucha	5	12.50
	<i>TOTAL</i>	40	100.00
Relaciones Interpersonales	Ninguna	12	30.00
	Poca	16	40.00
	Bastante	12	30.00
	Mucha	0	0.00
	<i>TOTAL</i>	40	100.00
Ocio	Ninguna	7	17.50
	Poca	14	35.00
	Bastante	12	30.00
	Mucha	7	17.50
	<i>TOTAL</i>	40	100.00

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015.

La **Tabla N°8** muestra el grado de dificultad en el Funcionamiento Psicosocial por áreas, los porcentajes acumulados entre los grados de dificultad de bastante y mucha son: En el área de Autonomía 27.5%, Funcionamiento Laboral 70%, Funcionamiento Cognitivo 17.5%, Finanzas 37.5%, Relaciones Interpersonales 30% y Ocio 47.5%.

Se deduce que en el área donde se tiene mayores grados de dificultad es en el Funcionamiento Laboral, y menor grado de dificultad en el Funcionamiento Cognitivo.

Según distintas fuentes el mal funcionamiento laboral es una característica casi universal de la esquizofrenia, con tasas de empleo competitivo generalmente en el rango del 10 - 20%, en cuanto al funcionamiento cognitivo el CIE – 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión) refiere que la esquizofrenia se caracteriza fundamentalmente por distorsiones de la percepción, pensamiento y emociones, pero que en general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el tiempo también podrían presentarse alteraciones.

C. RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

TABLA N°9

RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL GRADO DE DIFICULTAD EN EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.

Grado de dificultad \ Género	Femenino		Masculino		TOTAL	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Ninguna	3	18.75	5	20.83	8	20.00
Poca	8	50.00	9	37.50	17	42.50
Bastante	4	25.00	9	37.50	13	32.50
Mucha	1	6.25	1	4.17	2	5.00
TOTAL	16	100.00	24	100.00	40	100.00

Chi – cuadrado de Pearson = 0.9186 Pr = 0.821

Prueba Exacta de Fisher = 0.882

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015.

En la **Tabla N°9** sobre la relación entre el género y el grado de dificultad en el Funcionamiento Psicosocial, se observa un porcentaje acumulado entre los grados de dificultad de bastante y mucha de 31.25% en el género femenino y 41.67% en el género masculino.

Se deduce que en el género masculino existe mayor dificultad en el Funcionamiento Psicosocial que en el femenino, se ha informado con frecuencia del hallazgo por el cual las mujeres con esquizofrenia tienden a presentar un funcionamiento social mejor que los hombres con la misma enfermedad y a experimentar una evolución de la enfermedad algo más leve, esto puede atribuirse a que la edad de inicio de la esquizofrenia es superior en las mujeres. Como las mujeres desarrollan la esquizofrenia a una edad más tardía, desempeñan un número de roles sociales superior y, por consiguiente, se benefician de un mejor grado de funcionamiento durante el curso de su enfermedad psiquiátrica.

La prueba exacta de Fisher muestra que no existe estadísticamente relación significativa entre el género y el Funcionamiento Psicosocial de los pacientes en estudio.

D. RELACIÓN DEL GÉNERO Y LAS ÁREAS DEL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

TABLA N°10

RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL GRADO DE DIFICULTAD EN EL ÁREA DE AUTONOMÍA EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.

Grado de dificultad Autonomía	Género		TOTAL			
	Femenino	Masculino	Fr.	%		
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Ninguna	3	18.75	11	45.83	14	35.00
Poca	10	62.50	5	20.83	15	37.50
Bastante	2	12.50	7	29.17	9	22.50
Mucha	1	6.25	1	4.17	2	5.00
TOTAL	16	100.00	24	100.00	40	100.00

Chi – cuadrado de Pearson = 7.7249 Pr = 0.052

Prueba Exacta de Fisher = 0.038

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015.

Se muestra en la **Tabla N°10** la relación del género con el grado de dificultad en el área de Autonomía, donde el género femenino presenta un porcentaje acumulado entre los grados de dificultad de bastante y mucha de 18.75% y el género masculino un acumulado de 33.34%.

Deduciendo, que las mujeres tiene menor dificultad en el área de autonomía, esto debido a la edad de inicio tardía de la enfermedad y a las habilidades adquiridas por las mujeres en la etapa premórbida, habilidades que le ayudan a desarrollar su autonomía y que permanecerán en el transcurso de la esquizofrenia.

La prueba exacta de Fisher muestra que existe estadísticamente relación significativa entre el género y grado de dificultad en el área de Autonomía de los pacientes en estudio.

TABLA N°11

**RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL GRADO DE DIFICULTAD EN EL ÁREA DE
FUNCIONAMIENTO LABORAL EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. CENTRO DE
SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.**

Grado de dificultad Funcionamiento Laboral	Femenino		Masculino		TOTAL	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Ninguna	4	25.00	6	25.00	10	25.00
Poca	1	6.25	1	4.17	2	5.00
Bastante	1	6.25	1	4.17	2	5.00
Mucha	10	62.50	16	66.67	26	65.00
TOTAL	16	100.00	24	100.00	40	100.00

Chi – cuadrado de Pearson = 0.1923 Pr = 0.979

Prueba Exacta de Fisher = 1.000

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015.

La **Tabla N°11** respecto a la relación del género y el grado de dificultad en el área de Funcionamiento Laboral, muestra que el género femenino presenta un acumulado entre los grados de dificultad bastante y mucha de 68.75% y el género masculino un 70.84 %.

Se puede deducir, que los varones tienen mayor grado de dificultad en el área laboral. Un dato importante es que la escala FAST considera a las mujeres amas de casa como trabajadoras activas siempre y cuando esta condición sea previa al debut de la enfermedad, por el contrario si es que por la enfermedad dejaron de trabajar y se dedicaron a amas de casa después, son consideradas en situación de desempleo. Häffner (2005) señala que en los varones es frecuente la falta de interés por el trabajo.

La prueba exacta de Fisher muestra que no existe estadísticamente relación significativa entre el género y el área de Funcionamiento Laboral de los pacientes en estudio.

TABLA N° 12

**RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL GRADO DE DIFICULTAD EN EL ÁREA DE
FUNCIONAMIENTO COGNITIVO EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. CENTRO DE
SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.**

Grado de dificultad Funcionamiento Cognitivo	Femenino		Masculino		TOTAL	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Ninguna	9	56.25	9	37.50	18	45.00
Poca	4	25.00	11	45.83	15	37.50
Bastante	2	12.50	3	12.50	5	12.50
Mucha	1	6.25	1	4.17	2	5.00
TOTAL	16	100.00	24	100.00	40	100.00

Chi – cuadrado de Pearson = 1.9444 Pr = 0.584

Prueba Exacta de Fisher = 0.580

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015.

En la **Tabla N°12** sobre la relación del género y el grado de dificultad en el área del Funcionamiento Cognitivo, se muestra un acumulado entre los grados de dificultad de bastante y mucha de 18.75% en el género femenino y un acumulado de 16.67% en el género masculino.

De esta manera se puede deducir que las mujeres presentan mayor dificultad en el Funcionamiento Cognitivo, debido a que en la sintomatología de las mujeres predominan los síntomas positivos es decir alucinaciones, ideas delirantes, etc. interfiriendo de cierta forma en su capacidad intelectual.

La prueba exacta de Fisher muestra que no existe estadísticamente relación significativa entre el género y el área de Funcionamiento Cognitivo de los pacientes en estudio.

TABLA N°13

**RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL GRADO DE DIFICULTAD EN EL ÁREA DE FINANZAS
EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI
– AREQUIPA, 2015.**

Grado de dificultad Finanzas	Género		Femenino		Masculino		TOTAL	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Ninguna	6	37.50	11	45.83	17	42.50		
Poca	3	18.75	5	20.83	8	20.00		
Bastante	3	18.75	7	29.17	10	25.00		
Mucha	4	25.00	1	4.17	5	12.50		
TOTAL	16	100.00	24	100.00	40	100.00		

Chi – cuadrado de Pearson = 3.9277 Pr = 0.269

Prueba Exacta de Fisher = 0.339

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015.

En **Tabla N°13** respecto a la relación del género y el grado de dificultad en el área de Finanzas, se obtiene un porcentaje acumulado entre los grados de dificultad bastante y mucha de 43.75% para el género femenino y 33.34 % para el género masculino.

Se deduce, que las mujeres tienen mayor dificultad en el área de Finanzas, debido a que no siempre son capaces de hacer compras equilibradas con el dinero que administran, cabe mencionar que a pesar de estar desempleados la mayoría de los encuestados tanto hombres como mujeres reciben dinero por parte de su familia a manera de “propinas” y es la gestión de este dinero lo que se evaluó en esta área.

La prueba exacta de Fisher muestra que no existe estadísticamente relación significativa entre el género y el área de Finanzas de los pacientes en estudio.

TABLA N° 14

RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL GRADO DE DIFICULTAD EN EL ÁREA DE RELACIONES INTERPERSONALES EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA, 2015.

Grado de dificultad Relaciones Interpersonales	Género		Femenino		Masculino		TOTAL	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Ninguna	5	31.25	7	29.17	12	30.00		
Poca	5	31.25	11	45.83	16	40.00		
Bastante	6	37.50	6	25.00	12	30.00		
Mucha	0	0.00	0	0.00	0	0.00		
TOTAL	16	100.00	24	100.00	40	100.00		

Chi – cuadrado de Pearson = 1.0243 Pr = 0.599

Prueba Exacta de Fisher = 0.661

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015.

Según la **Tabla N° 14** en cuanto a la relación del género y el grado de dificultad en el área de Relaciones Interpersonales, el género femenino presenta bastante dificultad en un 37.50% y el género masculino en un 25.00%.

Deduciendo, que las mujeres tienen mayor dificultad para mantener contacto con las personas, mostrando tendencia al aislamiento a diferencia de los varones que presentan esfuerzos mínimos para relacionarse. Según distintas fuentes en la etapa premórbida de la enfermedad existe un tipo de conducta para cada género, mientras que en los varones que más adelante desarrollan esquizofrenia se presenta una conducta externalizada (desinhibición conductual) en la mujeres se presentan conductas internalizadas (timidez, aislamiento social, humor depresivo) este tipo de conductas en las mujeres podría permanecer más adelante e interferir en su capacidad para interrelacionarse.

La prueba exacta de Fisher muestra que no existe estadísticamente relación significativa entre el género y el área de Relaciones Interpersonales de los pacientes en estudio.

TABLA N° 15

**RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL GRADO DE DIFICULTAD EN EL ÁREA DE OCIO EN
PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI –
AREQUIPA, 2015.**

Grado de dificultad Ocio	Femenino		Masculino		TOTAL	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Ninguna	3	18.75	4	16.67	7	17.50
Poca	4	25.00	10	41.67	14	35.00
Bastante	6	37.50	6	25.00	12	30.00
Mucha	3	18.75	4	16.67	7	17.50
TOTAL	16	100.00	24	100.00	40	100.00

Chi – cuadrado de Pearson = 1.3095 Pr =0.727

Prueba Exacta de Fisher = 0.687

Fuente: Elaboración propia, Arequipa 2015.

En la **Tabla N°15** se muestra en cuanto a la relación del género y el grado de dificultad en el área de Ocio, que el género femenino presenta un acumulado de 56.25% entre los grados de dificultad de bastante y mucha y el género masculino un acumulado de 41.67%.

Deduciendo, que las mujeres realizan escasas actividades relacionadas con sus aficiones caso contrario a los varones que tienen menor dificultad en esta área, lo que les permite tener *hobbies* y disfrutar de ellos aunque eventualmente tengan alguna dificultad para hacerlo. Como se indicó en la **Tabla N°14** las mujeres en la etapa premórbida presentan conductas internalizadas como humor depresivo, este tipo de conductas podría continuar en el transcurso de la enfermedad interfiriendo con su capacidad para disfrutar sus momentos de ocio.

La prueba exacta de Fisher muestra que no existe estadísticamente relación significativa entre el género y el área Ocio de los pacientes en estudio.



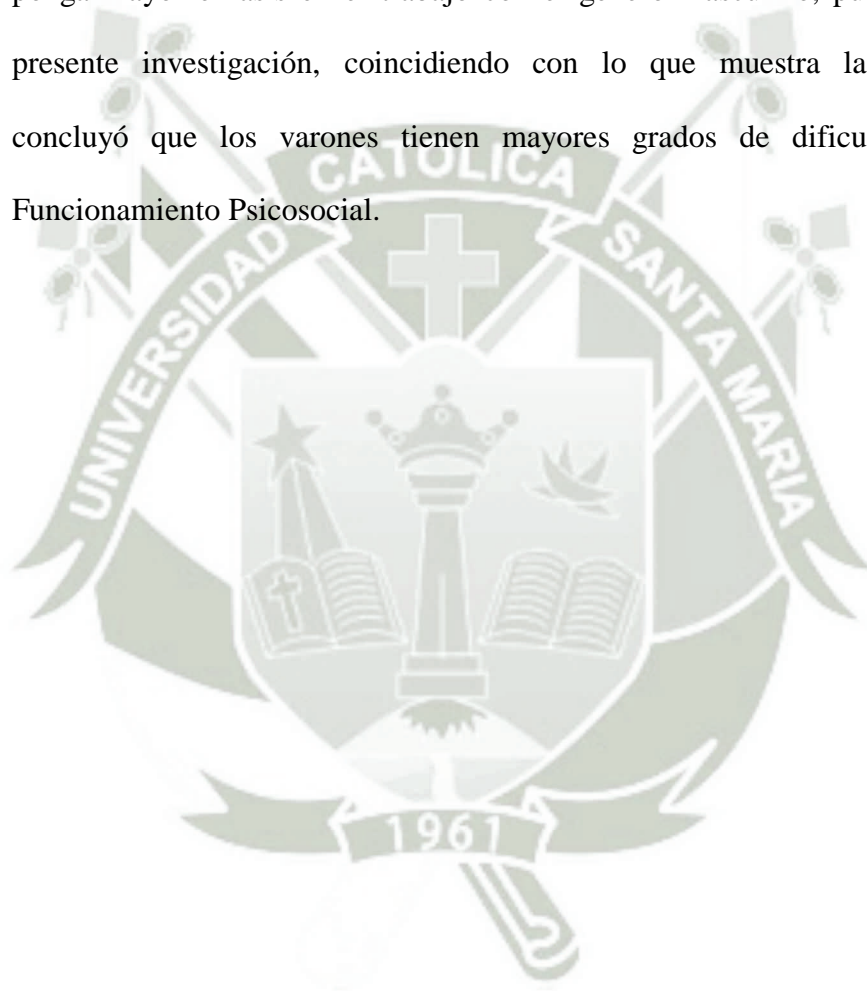
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera.-** El género masculino es el de mayor frecuencia en los pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, los mayores porcentajes de pacientes encuestados se encuentran en el rango de edades de 25 a 31 años, estado conyugal soltero, procedentes de Arequipa, con educación secundaria y de tipo de Esquizofrenia Paranoide.
- Segunda.-** El funcionamiento psicosocial identificado en los pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi muestra que más de la cuarta parte de la población en estudio presenta grados de dificultad entre bastante y mucha; en cuanto a las distintas áreas del funcionamiento psicosocial se encuentra mayor grado de dificultad en el área del Funcionamiento Laboral.
- Tercera.-** Al relacionar género y funcionamiento psicosocial en los pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi se encuentra que en el género masculino existe mayor grado de dificultad en el funcionamiento psicosocial.

RECOMENDACIONES

Primera.- Al director del Centro de Salud Mental Moisés Heresi se le sugiere hacer las coordinaciones respectivas con el equipo multidisciplinario que labora en la institución, para que en las sesiones de los programas de rehabilitación se ponga mayor énfasis en el trabajo con el género masculino, puesto que la presente investigación, coincidiendo con lo que muestra la literatura, concluyó que los varones tienen mayores grados de dificultad en el Funcionamiento Psicosocial.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

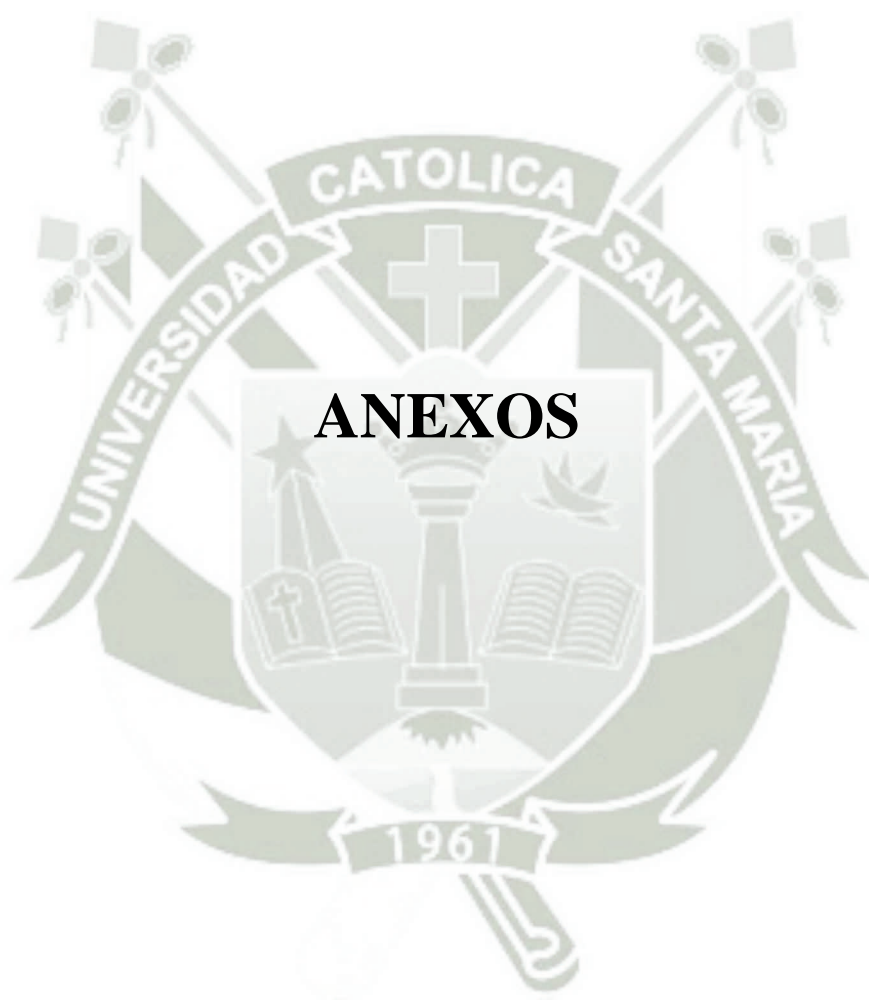
1. Alarcon R, Mazzotti G, Nicolini H. Psiquiatría. 2ª ed. México: OPS/Manual Moderno; 2005.
2. Black DW, Andreasen NC. Introducción a la psiquiatría. 5ª ed. Madrid: Panamericana; 2014. 592 p.
3. García J, Psicología. 2ª ed. México: McGraw Hill; 2012. 403 p.
4. Horward H, Goldman. Psiquiatría general. México D.F: El manual Moderno; 1996.
5. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. Tratado de Esquizofrenia. Barcelona: ARS Medica; 2008. 427p.
6. Manchego Carnero A., Zea Rodríguez M., Borda Vera R., Gutiérrez Neyra J., Ortega Garnica F. Salud Mental. Primera edición. Arequipa: Editorial UNSA; 2008. 475 p.
7. Mujica R. Texto de Psiquiatría: Clínica Terapéutica y Social. Lima: Sesator; 1987.
8. Novel G. Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona: Masson; 2003. 356 p.
9. Roca Bennasar M. Trastornos Psicóticos. Barcelona: Grupo Ars Xxi De Comunicación; 2006. 944 p.
10. Townsend MC, Fundamentos de Enfermería en Psiquiatría. 4ª ed. México: McGrawn Hill; 2011.

REFERENCIAS – INFOGRAFÍA VIRTUAL

11. Alarcón Prada A. Technical Fundamentals of Support Psychotherapy [Internet]. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2008 [citado 30 de Abril de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74502008000500009&lng=en&nrm=iso&tlng=es
12. Barrera P A. Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia [Internet]. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2006 [citado 8 de Mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272006000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Celso Arango López, Enrique García Bernardo. Trastornos Esquizofrénicos [Internet]. 2015. [citado 19 de Abril de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DEsquizofrenia.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352838676532&ssbinary=true>
14. Cillero AC. Proyecto Dulcinea. Rehabilitación psicosocial en ocio y tiempo libre con personas afectadas de esquizofrenia [Internet]. Indivisa. Boletín de Estudios e Investigación. 2006 [citado 9 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77100708>
15. Definición de esquizofrenia — Definicion.de [Internet]. [citado 29 de Marzo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://definicion.de/esquizofrenia/>
16. Funciones cognitivas [Internet]. [citado 30 de Mayo de 2015]. Recuperado a partir de: <https://www.neuronup.com/es/areas/functions>

17. Ivan Lerma Carrillo. Fisiopatología Esquizofrenia [Internet]. 2013 [citado 9 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://ivanlerma.com/tag/fisiopatología-esquizofrenia/>
18. Isabel Montero Piñar. Salud Mental [Internet]. [citado 7 de Abril de 2015] Recuperado a partir de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/06modulo_05.pdf
19. LA PSICOTERAPIA [Internet]. [citado 28 de Abril de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.cop.es/colegiados/ca00088/pag7.htm>
20. N. Sabaté. La psicoterapia [Internet]. [citado 20 de abril de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.familianova-schola.com/files/Psicoterapia_psicodinamica.pdf
21. NEUROCIENCIAS Y PSIQUIATRÍA [Internet]. [citado 20 de Abril de 2015]. Recuperado a partir de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-27.htm
22. OCIO Y EMPLEO PARA LA REHABILITACIÓN DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE | TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL [Internet]. [citado 25 de Mayo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://javierbriz-to-sm.blogspot.com/2014/04/ocio-y-empleo-para-la-rehabilitacion.html>
23. OMS | Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. WHO. [citado 5 de Abril de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
24. PSICOMED - CIE 10 [Internet]. [citado 3 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F20-F29p.html

25. Rocío Egües. Terapia cognitivo conductual [Internet]. 09:04:57 UTC [citado 29 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://es.slideshare.net/rocio_e/terapia-cognitivo-conductual-8992475
26. Roxana Graciela Ortiz. Género y enfermedad mental [Internet]. [citado 5 de Abril de 2015] Recuperado a partir de: <http://www.margen.org/suscri/margen54/rojas.pdf>
27. Salcedo VV, Collazos MV, Martínez LRD, Icaza MEMM, Juárez F. Funcionamiento psicosocial de pacientes esquizofrénicos de acuerdo con su consumo de alcohol [Internet]. Salud Mental. 2005 [citado 9 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242805>
28. Sonia Panadero Herrero. Calidad de vida y funcionamiento psicosocial de las personas con trastornos mentales graves y duraderos [Internet]. 2011. Recuperado a partir de: http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_7_esp_51-59.pdf
29. Tipos de tratamiento | Esquizofrenia24x7 [Internet]. [citado 25 de Mayo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.esquizofrenia24x7.com/tipos-de-tratamiento>
30. www.nds.es NDS-. Cibersam [Internet]. [citado 29 de mayo de 2015] Recuperado a partir de: <http://cibersam.es/cibersam/Plataformas/Plataformas%20de%20Investigaci%F3n/Banco%20de%20Instrumentos>



ANEXO 1:

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

CÉDULA DE ENTREVISTA

1. Género

- a) Masculino ()
- b) Femenino ()

2. Edad

- a) 18 a 24 años ()
- b) 25 a 31 años ()
- c) 32 a 38 años ()
- d) 39 a 45 años ()
- e) 46 a más años ()

3. Estado conyugal

- a) Soltero ()
- b) Casado ()
- c) Divorciado ()
- d) Conviviente ()
- e) Viudo ()

4. Lugar de Procedencia

- a) Arequipa ()
- b) Moquegua ()
- c) Tacna ()
- d) Otro ()

5. Grado de instrucción

- a) Iltrado ()
- b) Primaria ()
- c) Secundaria ()
- d) Técnico ()
- e) Superior ()

6. Tipos de esquizofrenia

- a) Hebefrénica ()
- b) Catatónica ()
- c) Paranoide ()
- d) Indiferenciada ()
- e) Residual ()

ANEXO 2:

PRUEBA BREVE DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO (FAST)

¿Cuál es el grado de dificultad del paciente en relación con los siguientes aspectos?

Interrogue al paciente respecto a las áreas de funcionamiento que se especifican a continuación, utilizando la siguiente escala: (0): Ninguna, (1): Poca, (2): Bastante o (3): Mucha.

AUTONOMIA	
1. Encargarse de las tareas de la casa	(0) (1) (2) (3)
2. Vivir solo	(0) (1) (2) (3)
3. Hacer la compra	(0) (1) (2) (3)
4. Cuidar de sí mismo (aspecto físico, higiene...)	(0) (1) (2) (3)
FUNCIONAMIENTO LABORAL	
5. Realizar un trabajo remunerado	(0) (1) (2) (3)
6. Acabar las tareas tan rápido como era necesario	(0) (1) (2) (3)
7. Trabajar en lo que estudió	(0) (1) (2) (3)
8. Cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa	(0) (1) (2) (3)
9. Alcanzar el rendimiento previsto por la empresa	(0) (1) (2) (3)
FUNCIONAMIENTO COGNITIVO	
10. Concentrarse en la lectura, película	(0) (1) (2) (3)
11. Hacer cálculos mentales	(0) (1) (2) (3)
12. Resolver adecuadamente un problema	(0) (1) (2) (3)
13. Recordar el nombre de gente nueva	(0) (1) (2) (3)
14. Aprender una nueva información	(0) (1) (2) (3)
FINANZAS	
15. Manejar el propio dinero	(0) (1) (2) (3)
16. Hacer compras equilibradas	(0) (1) (2) (3)
RELACIONES INTERPERSONALES	
17. Mantener una amistad	(0) (1) (2) (3)
18. Participar en actividades sociales	(0) (1) (2) (3)
19. Llevarse bien con personas cercanas	(0) (1) (2) (3)
20. Convivencia familiar	(0) (1) (2) (3)
21. Relaciones sexuales satisfactorias	(0) (1) (2) (3)
22. Capaz de defender los propios intereses	(0) (1) (2) (3)
OCIO	
23. Practicar deporte o ejercicio	(0) (1) (2) (3)
24. Tener una afición	(0) (1) (2) (3)

ANEXO 3:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:

.....
con DNI: paciente del Centro de Salud Mental Moisés Heresi mediante este documento reconozco haber sido informado/a sobre el estudio de investigación “Relación del Género y el Funcionamiento Psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa 2014” y acepto participar de forma voluntaria y responsable brindando información real para los fines de necesarios.

Reconozco que la información que se provea es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento.

Firma:

Arequipa,..... Abril del 2015.



Huella índice derecho

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Jurado Dictaminador
Dra. Teresa Chocano Rosas
Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
Mgter. María del Pilar Borja Vizcarra

ASUNTO: RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN
PACIENTES ESQUIZOFRENICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES
HERESI, AREQUIPA 2014

AUTORAS: Ana Lucia Sotelo Arana
Anne Lissette Tapia Arias

FECHA : 23 de junio del 2015

Reunido el Jurado Dictaminador y revisado el borrador de tesis se sugiere las siguientes correcciones:

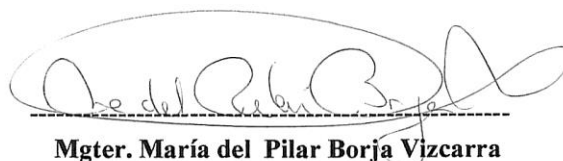
1. Abstract: Corregir.
2. Descripción del Problema: Revisar área y línea
3. Hipótesis: Rehacer la premisa.
4. Planteamiento Operacional: revisar criterios de puntuación página 37

Subsanadas las observaciones volver a presentar al jurado para su revisión.

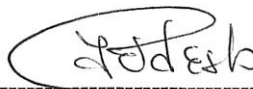
Atentamente,



Dra. Teresa Chocano Rosas
PRESIDENTE



Mgter. María del Pilar Borja Vizcarra
SECRETARIA



Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
MIEMBRO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador


Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis:
**RELACION DEL GENERO Y EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL
EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL MOISES HERESI – AREQUIPA 2014.**

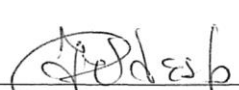
Autoras : ANA LUCIA SOTELO ARANA
ANNE LISSETTE TAPIA ARIAS

Fecha : Arequipa, 09 de Setiembre del 2014

Después de haber subsanado las observaciones hechas por el Jurado Dictaminador, el proyecto queda apto para su ejecución.

Atentamente,


Dra. Teresa Chocano Rosas
Jurado Dictaminador


Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
Jurado Dictaminador



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis
**RELACIÓN DEL GÉNERO Y FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL DE
PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
MOISÉS HERESI-AREQUIPA 2014.**

Autoras : ANA LUCÍA SOTELO ARANA
ANNE LISSETTE TAPIA ARIAS

Fecha : Arequipa, 8 de agosto de 2014

Reunidos el Jurado Dictaminador y revisado el Proyecto de Tesis se hace llegar las siguientes sugerencias:

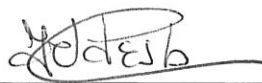
1. Título: Cambiar el título del Proyecto de Tesis de **RELACIÓN DEL GÉNERO Y FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI-AREQUIPA 2014.**
A: **RELACIÓN DEL GÉNERO Y FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI-AREQUIPA 2014**
2. Indicadores: Agregar Estado Civil. Soltero.
3. Agregar en el distractor convivencia familiar. Subindicadores
4. Justificación: Mejorar tercer párrafo
5. Marco Teórico: El proceso de enfermería debe ser en un programa de rehabilitación psicosocial.
6. Hipótesis: Mejorar principio.
7. Planteamiento Operacional: Adecuar fechas y variar cronograma.
8. Bibliografía: Ampliar de acuerdo a Normas de Vancouver.

Luego de absolver las correcciones hechas, vuelva a presentar el trabajo al Jurado Dictaminador.

Atentamente,



Dra. Teresa Chocano Rosas
Jurado Dictaminador



Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
Jurado Dictaminador



AREQUIPA - PERÚ

Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 251210 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1350

INFORME N° 0205 -CB- 2015

A : Doctora SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DECANO DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

De : COORDINACIÓN DE BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

Asunto : Evaluación de la Producción Intelectual

Expediente : 2015-0205

Fecha : 7 de julio de 2015

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

RELACIÓN DEL GÉNERO Y EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2014

Autor(es):

SOTELO ARANA ANA LUCIA/TAPIA ARIAS ANNE LISSETTE

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **22 %** en el sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

CATÓLICA DE SANTA MARÍA
Facultad de Enfermería

SECCIÓN 977

17 JUL 2015

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA



PROF. AMÉRICO HERRERA VERA

Coordinación de Bibliotecas, Hemeroteca y Videoteca

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA DE AREQUIPA



PERÚ
Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

DE LA CARIDAD AL BIENESTAR

CONSTANCIA

EL MEDICO DEL CENTRO DE SALUD MENTAL "MOISES HERESI" QUE
SUSCRIBE.


HACE CONTAR QUE :

La señorita ANA LUCIA SOTELO ARANA ha realizado su proyecto de
investigación de tesis titulado "RELACION DEL GENERO Y EL
FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS" en
este programa desde el 16 de abril al 23 de abril 2015 en el horario de 7.00 a 10.00
horas.

Se expide la presente, a solicitud de la interesada par los fines que considere
convenientes.

Arequipa, 2015 mayo 06.

Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa


DR. JOSÉ ALVARADO ACO
C.M.P. 14051 R-E 9805
Adm. C.S.M. "Moisés Heresi"

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA DE AREQUIPA



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

DE LA CARIDAD AL BIENESTAR

CONSTANCIA

EL MEDICO DEL CENTRO DE SALUD MENTAL "MOISES HERESI" QUE
SUSCRIBE.

HACE CONTAR QUE :

La señorita ANNE LISSETTE TAPIA ARIAS ha realizado su proyecto de investigación de tesis titulado "RELACION DEL GENERO Y EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS" en este programa desde el 16 de abril al 23 de abril 2015 en el horario de 7.00 a 10.00 horas.

Se expide la presente, a solicitud de la interesada par los fines que considere convenientes.

Arequipa, 2015 mayo 06.

Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa


DR. JOSÉ ALVARADO ACO
C.M.P. 14051 R-E 9805

Adm. Gen. C.S.M. "Moisés Heresi"