



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Título:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SEVERIDAD CLÍNICA EN
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ Y SU RELACIÓN
CON EL FUNCIONAMIENTO LABORAL DE LOS ENFERMOS

Presenta la Tesis para obtener el Diploma de Especialista en
Psiquiatría

Dra. Jessica Arely Avalos Nigoche

Dr. Rodrigo Figueroa Vera
Asesor

Ciudad de México, a 15 de junio del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS:

A Bigotes, amor de mi corazón.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	05
2. MARCO TEÓRICO	07
3. MÉTODO	15
4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y RESULTADOS	26
5. DISCUSIÓN	36
6. CONCLUSIONES	41
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
8. ANEXOS	48

TABLAS Y GRÁFICAS

• TABLA 1 SEXO	26
• TABLA 2 CORRELACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO LABORAL Y SÍNTOMAS POSITIVOS	33
• TABLA 3 CORRELACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO LABORAL Y SÍNTOMAS NEGATIVOS	34
• TABLA 4 CORRELACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO LABORAL Y EDAD DE DIAGNÓSTICO	35
• TABLA 5 CORRELACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO LABORAL Y EDAD DE DIAGNÓSTICO	35
• GRÁFICO 1 AUTONOMÍA	28
• GRÁFICO 2 FUNCIONAMIENTO LABORAL	29
• GRÁFICO 3 FUNCIONAMIENTO COGNITIVO	29
• GRÁFICO 4 FINANZAS	30
• GRÁFICO 5 RELACIONES INTERPERSONALES	31
• GRÁFICO 6 OCIO	32

RESUMEN:

Introducción: La esquizofrenia es una enfermedad incapacitante para el que la padece, al mismo tiempo que repercute en su familia y la sociedad en la que se desenvuelve ya que la persona es propensa a cursar con disfunción laboral. Sin embargo, existen factores sociodemográficos y clínicos en el paciente que tienen relación con la funcionalidad laboral del individuo. **Objetivo:** Analizar los factores sociodemográficos y la severidad clínica en pacientes con esquizofrenia paranoide en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y su relación con el funcionamiento laboral de los enfermos. **Material y métodos:** Este estudio es tipo transversal, observacional y de correlación. Tuvo como población de estudio pacientes del servicio de Hospital Parcial de Día del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide y que cumplieron los criterios de inclusión para el estudio. A los pacientes les fue aplicado una encuesta de datos demográficos y dos instrumentos: FAST (Functioning Assessment Short Test) y PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale). **Resultados:** Existieron más pacientes hombres laborando que mujeres. Sin embargo, tras aplicar la escala FAST se evidenció un deterioro generalizado para todos los participantes en todas áreas evaluadas. En la escala PANSS se observó una relación inversa entre los síntomas positivos y la funcionalidad laboral y relación directa entre la funcionalidad laboral con los síntomas negativos. **Conclusiones:** Existen factores sociodemográficos y clínicos en pacientes con esquizofrenia paranoide que se encuentran en relación con la funcionalidad laboral de los enfermos. **Palabras clave:** Esquizofrenia, disfunción laboral, severidad clínica, factores sociodemográficos.

ABSTRACT:

Introduction: Paranoid Schizophrenia is disease that impairs functionality in those who suffer it, all the while affecting their family and the society in which they develop, since the person is prone to suffer from work dysfunction. However, there are sociodemographic and clinical factors that are related to the individual's work

functionality. **Objective:** To analyze the sociodemographic factors and clinical severity in patients with paranoid schizophrenia at the Fray Bernardino Álvarez Psychiatric Hospital and their relationship with the work functioning of the patients.

Methods: This study is cross-sectional, observational and correlational, which included patients from the Partial Day Hospital service of "Fray Bernardino Álvarez" Psychiatric Hospital with diagnosis of Paranoid Schizophrenia who met the inclusion criteria for this study. A demographic data survey and two instruments were applied to the patients: FAST (Functioning Assessment Short Test) and PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale). **Results:** There were more male patients working than female. However, after applying the FAST scale, a generalized deterioration was evidenced for all participants in all areas evaluated. On the PANSS scale, an inverse relationship was observed between positive symptoms and work functionality and a direct relationship between work functionality and negative symptoms. **Conclusions:** There are sociodemographic and clinical factors in patients with Paranoid Schizophrenia that are related to the work functionality of the patients.

Key words: Schizophrenia, work dysfunction, clinical severity, sociodemographic factors.

1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave e incapacitante que actualmente afecta a más de 21 millones de personas a nivel mundial (1). Entre sus características encontramos distorsión del pensamiento, las percepciones, emociones, el lenguaje, la conducta y la conciencia de sí mismo. Algunos de los síntomas más frecuentes son las alucinaciones, principalmente auditivas, y los delirios, conocidos como síntomas positivos (2). Esta patología es la segunda causa de discapacidad en materia de enfermedades mentales, justo por debajo de la depresión, ya que abarca una suma considerable de los recursos destinados a la salud mental y que la coloca como una patología en la que es necesario implementar acciones oportunas de prevención y detección en aquellos individuos vulnerables para así ofrecer tratamientos integrales debido a la incapacidad tan grande que genera (1,3). Este trastorno afecta la funcionalidad de una persona de manera global. Ante la sociedad una persona solamente cursa con manifestaciones psíquicas, emocionales o físicas. Sin embargo, las repercusiones traspasan al mismo individuo y se ha observado que gran parte de estos usuarios pierden una funcionalidad en la sociedad, a saber: desempleo, pérdida de soporte familiar o pérdida de autonomía (2). Es conveniente mencionarlo pues repercute en la economía de las instituciones de salud ya que genera un impacto de los gastos y representa una suma importante de recursos en la inversión de los temas de salud, debido a que, ante la falta de aquellos factores descritos (nula red de soporte familiar, etc.), estos pacientes suelen cursar con hospitalizaciones recurrentes, lo cual implican deterioro y daño a la salud de estas personas (3).

Existen instrumentos que valoran la funcionalidad y severidad del cuadro clínico de una persona con esquizofrenia lo que ayuda a enfocar los esfuerzos de rehabilitación y crear estrategias que permitirán la reinserción del individuo en la vida laboral y, como consecuencia, en su sociedad.

2. MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha informado desde hace tiempo la importancia y prevalencia de los trastornos mentales en la población, ya que estos causan estragos en la salud y vida no solo de aquellos que los padecen si no de todos los que les rodean. De todas las enfermedades mentales que se conocen, la esquizofrenia es una de las más comunes ya que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, según lo dado a conocer por la OMS en el año 2019 (3, 4). En cuanto a números nacionales y de acuerdo con la Secretaría de Salud, en nuestro país 500 mil mexicanos han sido diagnosticados con esquizofrenia (5). Por su parte, en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el año 2019 se atendieron 3242 usuarios, de los cuales 909 fueron asignados con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide evidenciando así la importante población que cuenta con este diagnóstico (6).

La esquizofrenia cursa con grandes afectaciones que van más allá de manifestaciones típicas como alucinaciones y delirios. De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª edición (CIE 10), “los trastornos esquizofrénicos se caracterizan en general por distorsiones fundamentales y características del pensamiento y de la percepción, y por los afectos embotados o inapropiados” (7) lo cual tiene una traducción importante en el paciente generando un cuadro clínico de características complejas. Además de las características clínicas clásicas comentadas, también se requiere identificar disfunción en el paciente como complemento diagnóstico. Según la CIE 10, “la claridad de la conciencia y la capacidad intelectual están conservadas por lo general, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos”

(7). Por su parte, el DSM-5 en el criterio B del apartado correspondiente a la Esquizofrenia paranoide cita: “Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral)” (8). También es importante mencionar la 11ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades en la que se hace mención a lo siguiente: “La esquizofrenia se caracteriza por trastornos en múltiples modalidades mentales, incluido el pensamiento, la percepción, la experiencia personal, la cognición (por ejemplo, problemas de atención, memoria verbal y cognición social), la volición o voluntad, el afecto y el comportamiento.” (9).

De acuerdo a lo comentado es posible concluir que la esquizofrenia es una patología mental altamente debilitante la cual genera una discapacidad marcada en muchos dominios de la vida del paciente condicionando a su vez importante disfunción, incluso en comparación con otras formas de psicosis (10). Si bien la implementación de fármacos a partir de la década de 1950 logró marcar un antes y después en el tratamiento de la esquizofrenia, también es bien sabido que menos de la mitad de los pacientes diagnosticados logran un control adecuado de los síntomas a pesar de la amplia variedad de medicamentos antipsicóticos disponibles al día de hoy (11). Esto queda evidenciado en un estudio longitudinal llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) en pacientes con esquizofrenia en un seguimiento de 6 años donde se dio a conocer que de 58 pacientes estudiados, solo 2 de ellos presentaban buen

funcionamiento global, 50% persistían sin relaciones sociales y 66% continuaban sin empleo (10).

A todas las repercusiones que la enfermedad genera por sí misma debemos agregar que, como en el resto de las enfermedades mentales, la esquizofrenia ha sido fuertemente estigmatizada afectando la credibilidad que se le atribuye al tratamiento psiquiátrico que se indica por parte del profesional de la salud, condicionando un retardo en la búsqueda de atención, irregular apego a tratamiento farmacológico e inadecuado seguimiento propiciando el deterioro del paciente (12, 13). La suma de todos estos factores tiene como consecuencia, en muchos de los casos, que el individuo ocupe un espacio relegado en la comunidad lo que a su vez repercute en su funcionalidad y genera discapacidad social (14). Finalmente, llegará a un punto en el que el sujeto tenga pobres (y en ocasiones nulos) resultados en múltiples dominios: esfera social, laboral u ocupacional; vida independiente y en su calidad de vida, los cuales usualmente cursan a lo largo de todo el período de la enfermedad y que en muchos de los casos comienza a evidenciarse desde la fase premórbida (10).

Una vez que se ha mencionado a grandes rasgos el impacto ocasionado en la salud de quien padece esquizofrenia, hay que aclarar que sus efectos trascienden a otras áreas. Un ejemplo de esto es el sector económico en el que se generan repercusiones de forma significativa a diversos niveles. En México en el año 2013 los costos por demanda para servicios de esquizofrenia fueron de 18.119.877 USD (3). Además de los recursos destinados propiamente para la atención del padecimiento, hay que considerar la utilización de servicios de salud para la atención y apoyo del paciente (15) que a su vez se incrementan, puesto que las

personas con esquizofrenia presentan comorbilidades que las ponen con un riesgo 2 - 2.5 veces más elevado de fallecer, siendo las principales asociadas aquellas cardiovasculares, metabólicas e infecciosas consecuencia en algunos casos del sedentarismo e inactividad de estos pacientes (3). Como consecuencia, las tasas de mortalidad en esta población son altamente significativas ya que la probabilidad de muerte prematura es de 40 a 60% mayor que en el resto de la población (16).

Pero lejos de ver el panorama como una cuestión de economía a nivel nacional, se debe entender que el efecto económico de la enfermedad es palpable desde la estructura familiar del enfermo, que se ve reflejado en el ingreso de la persona y la capacidad de esta y sus familiares para continuar trabajando. Sin embargo, en la mayoría de los casos quienes padecen esquizofrenia presentan disfunción laboral lo que disminuye la posibilidad de realizar contribuciones a la economía del seno familiar. Al ser desempleado, una persona con esquizofrenia genera pérdida de productividad y la necesidad de que una fuente de ingresos supla esa pérdida, generando implicaciones importantes a nivel social y dependencia sobre sus familiares y/o cuidadores en lo que a la vivienda y satisfacción de necesidades básicas se refiere, creando como consecuencia daños colaterales en estos mismos al ser una carga significativa teniendo repercusiones en la salud física y emocional de sus cuidadores. La pérdida de productividad durante la vida adulta, que coincide con el inicio y desarrollo de la enfermedad, es una de las razones por las que los costos económicos y sociales de la esquizofrenia la colocan dentro de las principales causas generadoras de años de vida con discapacidad (14).

Ante el efecto generado más allá del propio individuo, se reconoce la importancia de que éste recupere funcionalidad y autonomía y si bien el tratamiento

farmacológico es al día de hoy la piedra angular del manejo de esta patología, se ha admitido su complejidad dando peso a un enfoque multidisciplinario donde se incluyan intervenciones psicosociales, de lo contrario, todo método utilizado de forma individual será insuficiente para lograr el máximo beneficio en el paciente (13). Los enfoques actuales de tratamiento incluyen un manejo multidisciplinario donde más allá de solo tratar los síntomas inherentes de la enfermedad, el individuo sea provisto de herramientas que le posibiliten ser funcional y reintegrarse a su sociedad. Propiamente hablando de recuperación en la funcionalidad laboral, existe evidencia que demuestra que, al encontrarse laboralmente activo, la persona con esquizofrenia presenta mejora en su cuadro clínico pudiendo repercutir así en un mejor pronóstico (17). También está demostrado que, si bien la enfermedad mental trae consigo un alto grado de limitaciones, el paciente con este diagnóstico y con adecuado control de su enfermedad puede ser tan funcional como un individuo promedio pudiendo ser reinsertado en su sociedad (18, 12). La Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de esquizofrenia en México menciona que las intervenciones en la recuperación de la vida laboral deben ser ofrecidas una vez el paciente se encuentre estable clínicamente ya que está demostrado que las estrategias de tratamiento en las que se incorpora el componente de la rehabilitación psicosocial, reducen sustancialmente la discapacidad de los enfermos. Así mismo, se ha podido ponderar la participación del efecto psicosocial en la mejoría clínica de los esquizofrénicos, encontrándose que es de aproximadamente el 23% (19, 20).

De forma general, las personas con esquizofrenia y que laboran tienen un mejor funcionamiento y el conseguir un empleo, cuando previamente no se tenía, se ha

asociado con disminución de síntomas depresivos y psicóticos, aumento de autoestima y mejor estado de satisfacción en cuanto a lo laboral se refiere (14).

La importancia de desarrollar un trabajo o empleo, más que una retribución meramente económica, radica en que este es un pilar de funcionamiento para el individuo y la sociedad ya que funciona como un medio para la satisfacción de necesidades materiales y como fuente para la obtención de recursos necesarios para la independencia al volver al individuo responsable de sí mismo (21, 22). Sin embargo, la influencia que el trabajo genera en la vida de la persona no abarca solo las satisfacciones materiales, sino que guarda relación directa con la realización del individuo al proporcionar, de acuerdo a Freud, “un lugar seguro en una porción de la realidad humana, de la comunidad humana”, lo que nos hace comprender la relevancia del trabajo y su rol en la vida de las personas. Para el ser humano tener una actividad que brinde sentido es necesario por lo que tener la posibilidad de acceder a un empleo que ofrezca autonomía y un ambiente que propicie la creatividad es valioso y trascendental (21).

Existen diversos supuestos que explican los estragos ocasionados en la funcionalidad de la persona, uno de ellos y de los más importantes: el deterioro cognitivo, síntoma nuclear del padecimiento, descrito por Emil Kraepelin quien definió a la esquizofrenia como demencia precoz debido al daño cognitivo generado por la enfermedad (23, 13). Actualmente ha crecido el interés en el estudio del funcionamiento cognitivo del paciente al ser identificado como un factor en relación a la capacidad global de funcionamiento, incluida la funcionalidad laboral, para así lograr realizar intervenciones que permitan mejorar la calidad de vida de pacientes con trastornos psicóticos (24, 25).

Sin embargo, existen otros factores propios del individuo con esquizofrenia, como variables sociodemográficas y los antecedentes personales, los cuales se correlacionan con el pronóstico y capacidad de función laboral y de obtención de empleo. Algunos de ellos son el género, la edad de inicio de los síntomas, el nivel educativo, habilidades sociales, las conexiones sociales y los síntomas predominantes (positivos o negativos) en el cuadro clínico (17, 26).

En vista de la problemática de salud que se ha dado a conocer, el impacto social que genera y la importancia de tomar acciones para ofrecer soluciones a dicha situación, es imprescindible determinar áreas de oportunidad y así ofrecer un tratamiento integral el cual permita apoyar al paciente en su recuperación, rehabilitación y posterior reinserción social lo cual impacta en un mejor pronóstico y, en consecuencia, una mejor calidad de vida para el individuo. Secundariamente, pero no menos importante, el paciente puede mejorar su funcionalidad laboral teniendo una participación más activa en la sociedad donde se desenvuelve al permitirle realización y mayor grado de autonomía, lo cual tiene una repercusión positiva también en terceros, al disminuir la carga que representa para sus cuidadores.

Al hablar de tratamiento integral, en la actualidad se dispone de modelos como el de hospital parcial que incluye estrategias de abordaje que consisten en prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación con acciones terapéuticas y enfoque interdisciplinario en el que la participación de pacientes y familiares es de vital importancia para favorecer la reintegración del enfermo a sus esferas familiar, social y laboral. En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez podemos encontrar dicho modelo terapéutico.

Dentro del servicio de Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez existen dos modalidades: Hospital de Día y Hospital Parcial de Fin de Semana. En el primero que abarca actividades de lunes a viernes, se plantea un programa de 22 horas a la semana, sin incluir en estas horas las actividades contempladas para familiares. Por su parte para Hospital Parcial de Fin de Semana será de 15 horas por ser dos días a la semana. Ambos modelos están conformados por un equipo multidisciplinario consistente en médicos psiquiatras, psicólogos, enfermería, trabajo social y personal en formación (médicos residentes, pasantes de enfermería y de psicología) con la finalidad de ofrecer un amplio abordaje terapéutico. Las actividades se diseñan y eligen de acuerdo a las necesidades de cada paciente y en el caso de Hospital de Día se realiza una evaluación previa para asignación de talleres de terapia ocupacional para iniciar el proceso de rehabilitación del paciente.

Debido a las características que se han comentado de este modelo terapéutico, es que los pacientes fueron tomados de Hospital Parcial de Día, al ser los usuarios de este servicio los que acuden de forma más continua a la unidad y con un programa más amplio que el de Fin de Semana, pudiendo valorar con mayor facilidad las intervenciones realizadas en los pacientes.

3. MÉTODO:

3.1. Justificación:

Al haber expuesto la importancia del impacto que la esquizofrenia genera a diversos niveles, tanto de la persona como de aquellos que le rodean y la sociedad en la que se desenvuelve, es que se establece la necesidad de identificar aquellos factores sociodemográficos y la severidad clínica del individuo con esquizofrenia, los cuales pueden jugar un rol importante y hasta predictor en el curso de la enfermedad. Como personal en formación en el área de la salud mental, se deben reconocer áreas de mejora e intervención oportuna de manera que el tratamiento no solo busque resolver los síntomas propios de su patología, sino que persiga el bienestar integral del paciente con apoyo con su rehabilitación. Este proyecto de investigación se enfoca particularmente en el ámbito laboral, ya que como se ha comentado previamente, el encontrarse en un trabajo es una cuestión de realización y superación en la persona al proveerle un sentido de pertenencia y satisfacción consigo mismo y, en consecuencia, con la sociedad.

3.2. Planteamiento del problema y pregunta de investigación

En el mundo la esquizofrenia está relacionada con una discapacidad altamente considerable, ya que afecta de forma importante el desempeño y funcionalidad de la persona (27). Los pacientes con esquizofrenia tienden a ser estigmatizados, discriminados y aislados debido al desconocimiento que genera la enfermedad (28). Sin embargo, la enfermedad es tratable siendo la base de dicho manejo la farmacoterapia y apoyo psicosocial y se ha demostrado que, si el paciente tiene un buen apego a tratamiento, las recaídas y re aparición de los síntomas

disminuyen de forma importante. Cuando la persona se encuentra con buen control de su enfermedad, ésta es altamente recuperable y su funcionalidad se equipara a la de la población promedio (19). Es por eso que es de gran importancia facilitar la autonomía de las personas que padecen esquizofrenia a fin de que vayan superando etapas en su rehabilitación, ya que a menudo, estas personas enfrentan dificultades para encontrar y mantener autonomía que muchas veces se ve reflejado en la obtención de un empleo y una vivienda siendo rechazados y aislados por su misma sociedad. Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez ya que este es el nosocomio de carácter psiquiátrico con más afluencia de pacientes a nivel nacional. Se tuvo como escenario de estudio el área de Hospital parcial de día de dicha unidad teniendo como período de estudio y desarrollo de marzo a diciembre del 2020.

¿Existe relación entre los factores sociodemográficos, la severidad clínica y la funcionalidad laboral en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

3.3. Objetivos

General:

- Determinar los factores sociodemográficos y severidad clínica en pacientes con esquizofrenia paranoide en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y su relación con el funcionamiento laboral de los enfermos.

Específicos:

- Identificar el género con mejor funcionalidad laboral de pacientes con

esquizofrenia paranoide del servicio de Hospital Parcial de día del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

- Describir los síntomas (positivos o negativos) que tienen mayor influencia en una adecuada funcionalidad laboral.
- Determinar si el grado de escolaridad alcanzada previo a recibir el diagnóstico de Esquizofrenia paranoide influye en la funcionalidad laboral.
- Conocer el nivel de estudios predominante en los pacientes que se encuentran laborando.
- Obtener el rango de edad con porcentaje más alto de inicio de vida laboral de los pacientes con esquizofrenia paranoide.
- Determinar el período de permanencia que predomina en los pacientes que se encuentran laborando.
- Establecer los factores sociodemográficos de disfunción laboral en los pacientes con esquizofrenia paranoide del servicio de Hospital Parcial de día del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

3.4. Hipótesis

- Investigación: Existe una relación entre la funcionalidad laboral del paciente que padece esquizofrenia paranoide con su severidad clínica y los factores sociodemográficos.
- Nula: No existe relación entre la funcionalidad laboral del paciente que padece esquizofrenia paranoide con su severidad clínica y factores sociodemográficos.

3.5. Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN
Sexo	Diferencia biológica entre hombres y mujeres	Hombre Mujer	Nominal Independiente
Edad de inicio de enfermedad	Período de tiempo a partir del cual una patología comienza y es diagnosticada	≤10 años 11-20 años 21-30 años 31-40 años 41-50 años ≥51 años	Cuantitativa Discontinua Independiente
Sintomatología predominante	Aquellos síntomas con prevalencia marcada en el cuadro clínico del paciente	Positiva Negativa Puntaje PANSS	Nominal dicotómica Independiente Intervalar
Escolaridad obtenida (previo al diagnóstico de esquizofrenia paranoide)	Período de tiempo que una persona asiste a la escuela para aprender y estudiar	Sin escolaridad Primaria completa Secundaria completa Bachillerato completo Licenciatura Postgrado	Ordinal Independiente
Edad de inicio de vida laboral	Período de tiempo a partir del cual la persona comienza a desenvolverse en el ámbito laboral	Nunca ha trabajado ≤10 años 11-20 años 21-30 años 31-40 años 41-50 años ≥51 años	Cuantitativa Discontinua
Vida laboral activa	Cuando al corte transversal la persona se encuentra laborando	Sí No	Nominal Dependiente (de funcionalidad)
Último empleo	Última ocupación de una persona en una actividad o trabajo	Profesional Oficio / Empleo	Nominal Independiente
Funcionamiento laboral	Atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer en el área laboral	Puntaje FAST	Intervalar
Explotación laboral	De acuerdo al artículo 21 del Código Penal: Cuando una persona obtiene, directa o indirectamente, beneficio injustificable, económico o de otra índole, de manera ilícita, mediante el trabajo ajeno, sometiendo a la persona a prácticas que atenten contra su dignidad	Sí No	Nominal

3.5. Muestreo

Muestreo no probabilístico, intencional, por cuota de un mínimo de 30 pacientes los cuales fueron seleccionados con base en los criterios de inclusión para este estudio.

3.6. Sujetos

Pacientes del servicio de Hospital parcial de día del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” con diagnóstico establecido de Esquizofrenia paranoide de acuerdo a los criterios diagnósticos de CIE 10 y que cumplan los criterios de inclusión para este estudio, independientemente de si se encuentren o no en otro proyecto de investigación.

3.7. Criterios de selección

De inclusión:

- Diagnóstico de esquizofrenia paranoide ya establecido al momento del inicio del estudio
- Pacientes del servicio de Hospital Parcial de Día del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
- Ambos sexos
- Pacientes con edad igual o mayor a 18 años y menor o igual a 60 años
- Residentes de la Ciudad de México y zona metropolitana
- Pacientes que acepten participar en el estudio y firmen el correspondiente consentimiento informado previamente

- Pacientes que no estén cursando con un episodio agudo de sintomatología psicótica al momento del estudio
- Pacientes que no se encuentren en estado de intoxicación por sustancias psicoactivas
- Pacientes que cuenten con tratamiento farmacológico, independientemente de cual sea este

De exclusión:

- Discapacidad física que impida que el paciente pueda laborar
- Comorbilidades incapacitantes siendo aquellas las que dificulten o impidan la realización de actividades laborales
- Mayores de 60 años
- Menores de 18 años
- Pacientes que no deseen participar en el estudio y no firmen el correspondiente consentimiento informado

De eliminación:

- Pacientes con cambio por derechohabencia en otra institución
- Pacientes que dejaron de asistir al hospital en 5 años o más
- Pacientes que han sido dados de baja del programa de Hospital Parcial
- Pacientes que decidan abandonar el estudio
- Usuarios que durante el estudio sean ingresados a Hospitalización Continua
- Defunción

3.8. Tipo de estudio

Transversal, observacional y de correlación.

3.9. Instrumentos

- Encuesta de datos demográficos para el paciente
- FAST: Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento (Functioning Assessment Short Test, FAST)

Esta prueba fue validada en el estudio “Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder” publicado en junio del 2007. Si bien, como el nombre del estudio lo indica, éste fue realizado en pacientes con trastorno bipolar, la prueba fue desarrollada para evaluar clínicamente el deterioro funcional de pacientes con trastornos mentales en general.

Es sencillo, fácil de aplicar y requiere poco tiempo para su aplicación. Consta de 24 ítems divididos en 6 áreas de funcionamiento: autonomía, funcionamiento ocupacional, funcionamiento cognitivo, problemas financieros, relaciones interpersonales y tiempo libre. Estos ítems han sido identificados ya que forman parte de las principales problemáticas que experimentan los pacientes con trastornos mentales.

La FAST es un instrumento aplicado por el entrevistador y está diseñado para utilizarse por personal capacitado. Se estudian los últimos 15 días previos a la aplicación del instrumento. Las áreas estudiadas son:

- 1) Autonomía: capacidad del paciente de tomar sus propias decisiones y realizar las cosas por sí mismo.
- 2) Funcionamiento ocupacional: capacidad de mantener un trabajo retribuido, eficiencia al realizar tareas en el trabajo, laborar en el área en el que el paciente fue educado y obtener remuneración de acuerdo con el nivel del puesto de trabajo que desempeña.

3) Funcionamiento cognitivo: capacidad de concentrarse, la realización de cálculos mentales simples, resolución de problemas, capacidad de aprender información nueva y recordar información previamente aprendida.

4) Cuestiones financieras: capacidad del paciente para gestionar finanzas y el gasto de una manera equilibrada.

5) Relaciones interpersonales: con amigos, familia, involucramiento en actividades sociales, relaciones sexuales, así como tener la capacidad de justificar sus ideas y opiniones.

6) Tiempo libre: la capacidad de realizar actividades físicas y tener pasatiempos.

Los ítems se clasifican calificando hasta 4 puntos (0 = sin dificultad, 1 = dificultad leve, 2 = dificultad moderada y 3 = dificultad severa). Se realiza sumatoria de todos los elementos para obtener una puntuación global. A mayor puntaje, se identifica mayor dificultad, siendo así que se mide la discapacidad del sujeto en cuestión.

FAST muestra una alta viabilidad, ya que es aplicable en la práctica clínica y en la investigación. El coeficiente de consistencia interna obtenido fue alto, alfa de Cronbach de 0.909, para la escala total, indicando los ítems con suficiente homogeneidad.

Se dispone de este instrumento en tres idiomas: español, portugués e inglés. En cuanto a su validez, FAST se encuentra fuertemente correlacionado de forma negativa con la escala GAF (Global Assessment of Functioning scale) que es el principal instrumento para la evaluación del nivel actual de funcionamiento ya que GAF otorga calificaciones de 0 a 100 siendo las puntuaciones más altas un mejor funcionamiento psicosocial. Opuesto a GAF, en la escala FAST, las

puntuaciones más altas representan una discapacidad más alta. Este instrumento también puede tener utilidad para evaluar el efecto que las intervenciones, ya sea farmacológicas o psicosociales, generan en el funcionamiento de los pacientes psiquiátricos (29).

- PANSS: Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

Este instrumento está basado en la Brief Psychiatric Rating Scale, ampliada para evaluación de síntomas de tipo negativo. Su uso es complejo ya que tiene que ser aplicada por personal capacitado. Sin embargo, es útil para valorar la severidad de síntomas del paciente con esquizofrenia y monitorizar la respuesta de éste al tratamiento. Puede usarse también como indicador pronóstico, ya que se ha relacionado el predominio de síntomas negativos con peor evolución. Se encuentra conformada por 30 ítems los cuales puntúan de 1/ausente a 7/extremo. A su vez se encuentra compuesta por 4 subescalas.

1. PANSS-P-Positiva (7 ítems)
2. PANSS-N-Negativa (7 ítems)
3. PANSS-PG-Psicopatología General (16 ítems)
4. PANSS-C-Compuesta (Restar síntomas positivos de negativos)

Presenta adecuada validez interobservador, de constructo, consistencia interna de constructo y estabilidad test-retest. Alfa de Cronbach de 0'73 para escala positiva, 0'83 para negativa y 0'87 psicopatología general. Ha sido comparada con BPRS, SAPS y SANS indicando adecuados índices de validez: PANSS y SAPS- 0'77; Subescala negativa y SANS - 0'7; Subescala Psicopatología General -Escala Impresión Global- 0'52 (30).

3.10. Procedimiento

Este protocolo fue presentado para su aprobación ante el Comité de Investigación y el Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez el día 28 de enero del 2020.

Una vez autorizado por comité, se solicitó autorización al jefe de servicio correspondiente para la realización de este proyecto de investigación.

De acuerdo a los criterios de selección previamente establecidos, se eligieron a los candidatos para la realización del estudio.

Se invitó a participar a aquellos individuos que cumplieran con criterios de selección.

Al aceptar su participación, se realizó entrevista clínica y se aplicó encuesta de datos demográficos para el paciente, la Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento (Functioning Assessment Short Test, FAST) y PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale).

Posteriormente, se realizó una base de datos con la información recopilada en las diversas pruebas y encuestas aplicadas.

El análisis de datos se llevó a cabo por medio del programa estadístico SPSS en su última versión.

Se analizaron los resultados obtenidos para posteriormente redactar la discusión y conclusión de este estudio.

3.11. Consideraciones éticas

De acuerdo a los principios establecidos en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y debido a que esta investigación se considera de riesgo mínimo, este estudio se realizará de acuerdo a los siguientes criterios:

- Participarán aquellas personas informadas sobre el mismo y que, además, hayan firmado el correspondiente consentimiento informado.
- Todo participante recibirá un trato digno y respetuoso y podrá retirarse del estudio en el momento que así lo desee.
- La información obtenida es de carácter confidencial y su uso es únicamente para fines de investigación.
- La información arrojada de este estudio será de ayuda para generar programas de apoyo que permitan al paciente re adaptarse a su medio familiar, social y laboral con la mayor facilidad posible, siendo este el mayor beneficio obtenido.
- El paciente no cubrirá ningún costo por participar en este estudio y tampoco recibirá algún beneficio económico a cambio de su participación.

4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y RESULTADOS

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los puntajes en las pruebas así como en las variables sociodemográficas y clínicas, obteniendo porcentajes y frecuencias. Para la prueba de hipótesis se realizó a un análisis de correlación de Pearson con el uso del paquete estadístico SPSS versión 25.

El tamaño de la muestra fue de 30 pacientes, de los cuales 22 fueron hombres (73.3%) y 8 mujeres (26.7%) como se muestra a continuación (ver Tabla 1).

Tabla 1
Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	22	73,3	73,3	73,3
Mujer	8	26,7	26,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

En cuanto a la edad de diagnóstico, dentro de los pacientes, ninguno recibió el diagnóstico de Esquizofrenia paranoide antes de los 10 años; 30% recibió el diagnóstico entre los 11 y 20 años de edad; 43.33% fue diagnosticado entre los 21 y 30 años de edad; 13.33% recibió el diagnóstico entre los 31 y 40 años de edad y también 13.33% tuvo el diagnóstico entre los 41 y 50 años de edad. Ningún paciente refiere haber sido diagnosticado posterior a los 50 años de edad.

El nivel de estudios alcanzado al haber sido diagnosticado con Esquizofrenia paranoide es de 6.66% para primaria; 30% para secundaria; 23.33% en bachillerato y 40% en licenciatura. Ningún paciente se reporta sin escolaridad y ninguno cuenta con postgrado. Respecto a esta sección es importante mencionar que, aunque de forma global la mayoría de los pacientes cuentan con licenciatura,

dentro de la población que se encuentra laboralmente activa la escolaridad que predomina es la secundaria (41.6% del total de los pacientes que laboran).

En la edad de inicio laboral se evidenció un porcentaje importante en el rango comprendido de 11 a 20 años de edad, que fue de 56.66%. El resto se distribuye de la siguiente manera: menos de 10 años de edad, 10%; de 21 a 30 años de edad 20% y de 31 a 40 años de edad 3.33%. No existen pacientes que hayan iniciado vida laboral después del último rango descrito; sin embargo, 3 pacientes del total de la muestra nunca han iniciado vida laboral, que equivale a un 10%.

De los 30 pacientes, 18 de ellos actualmente niegan tener vida laboral activa, lo que representa un 60%. La mayoría de ellos (61.11%) refieren un último empleo de tipo formal, el resto de tipo informal (22.22%). Un 11.11% menciona que la duración de dicho empleo fue de menos de un mes; 38.88% permaneció entre 1 y 3 meses en su último empleo; 5.55% permaneció entre 4 y 6 meses; 16.65% permaneció cerca de un año (10-12 meses); otro 5.55% permaneció entre 13 y 18 meses y solo 5.55% tuvo una duración de más de 24 meses en su último empleo. Entre los pacientes que niegan tener vida laboral activa, se incluyen aquellos que nunca han iniciado vida laboral, los cuales conforman 16.65% de la muestra.

El resto, es decir, 12 pacientes refirieron tener vida laboral activa al momento de la evaluación (40% del total de la muestra), de ellos 11 son hombres (50% del total de los hombres) y solo una mujer (12.5% del total de las mujeres). De los 12 pacientes que laboran, solo el 25% menciona tener un empleo formal y el 75% restante, informal. Al momento de la entrevista, 25% de ellos refirieron una permanencia de 1 a 3 meses en su empleo actual; 8.33% se encontraban cursando un período entre 4 y 6 meses; otro 25% se encontraban ya cursando en

un período de 7 a 12 meses de permanencia y la mayoría, o sea 41.66%, había permanecido ya más de 24 meses en el empleo de ese momento.

La segunda escala aplicada fue FAST (Functioning Assessment Short Test), la cual mide seis aspectos de la vida de la persona: autonomía, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo, finanzas, relaciones interpersonales y ocio.

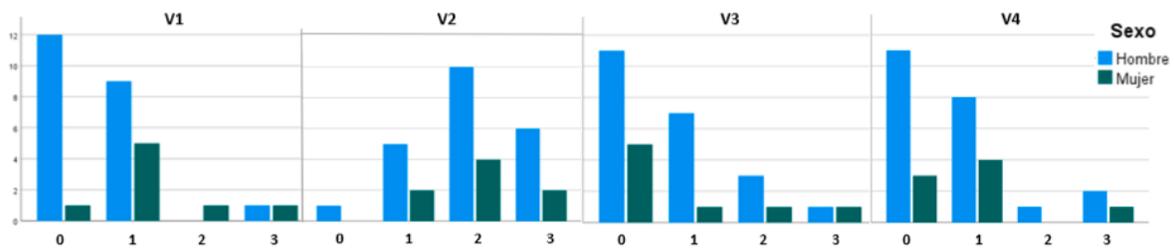


Gráfico 1. Autonomía

Variable de funcionamiento: V1 = Encargarse de las tareas de la casa; V2 = Vivir solo; V3 = Hacer las compras; V4 = Cuidar de sí mismo.

Puntuación: 0 = Sin Dificultad; 1 = Dificultad Leve; 2 = Dificultad Moderada; 3 = Dificultad Severa.

La primera categoría que evalúa la prueba es “Autonomía”. La escala mide la capacidad del paciente para hacer las cosas por sí mismo y la toma de decisiones. El apartado contiene cuatro ítems: encargarse de las tareas de la casa, vivir solo, hacer las compras y cuidar de sí mismo. Como se puede observar (gráfico 1), en el primer ítem (“Encargarse de las tareas de la casa”), el rubro con mayor puntaje para los hombres fue “sin dificultad”; en el caso de las mujeres fue “dificultad leve”. Al momento de medir la dificultad para vivir solo, este ítem se elevó en ambos sexos y como se puede ver, fue el apartado con más afectación; a pesar de referir ambos sexos “dificultad moderada”, son los hombres quienes muestran más afectación. Para hacer las compras, se puede observar que existen similitudes en las respuestas obtenidas por parte de hombres y mujeres ya que ambos refirieron una mayor frecuencia en la respuesta “sin dificultad”. Por otro lado, cuando se midió la dificultad que presentan los pacientes para cuidar de sí mismos, los

hombres en su mayoría refirieron que no existía dificultad para ello, mientras que las mujeres aceptaron tener “dificultad leve” en este ítem.

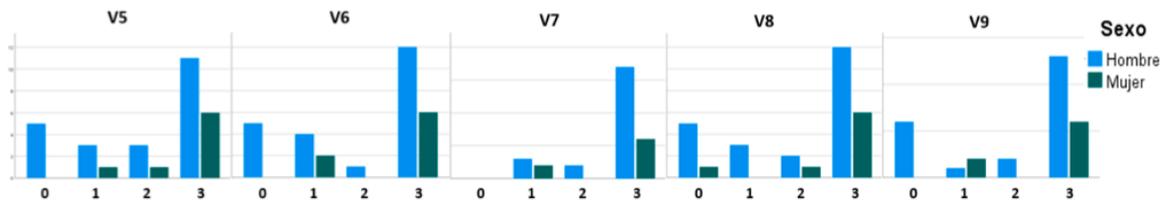


Gráfico 2. Funcionamiento laboral

Variable de funcionamiento: V5 = Realizar un trabajo remunerado; V6 = Acabar las tareas tan rápido como sea necesario; V7 = Trabajar en lo que se estudió; V8 = Cobrar de acuerdo al puesto que ocupa; V9 = Alcanzar el rendimiento previsto por la empresa.

Puntuación: 0 = Sin Dificultad; 1 = Dificultad Leve; 2 = Dificultad Moderada; 3 = Dificultad Severa.

En el “Funcionamiento laboral” (gráfico 2) se incluyen aspectos tales como realizar un trabajo remunerado, acabar las tareas tan rápido como sea necesario, trabajar en lo que estudió, cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa y alcanzar el rendimiento previsto por la empresa. En el caso de los hombres, los resultados demuestran una alteración significativa en cada una de las categorías, principalmente en los rubros de acabar las tareas tan rápido como sea necesario y cobrar de acuerdo al puesto que ocupa. Las mujeres igualmente tuvieron complicaciones en todas las áreas a excepción de trabajar en lo que estudió y cobrar de acuerdo al puesto que ocupa, sin embargo, sus puntuaciones fueron en promedio 48% menor a lo obtenido por los varones, de tal modo que a pesar de tener complicaciones, tienen un mayor funcionamiento laboral.

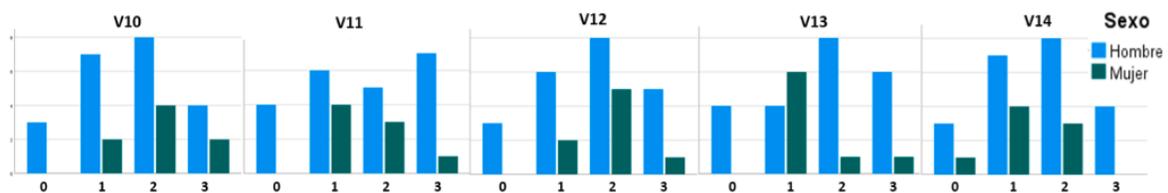


Gráfico 3. Funcionamiento cognitivo

Variable de funcionamiento: V10 = Concentrarse en la lectura; V11 = Hacer cálculos mentales; V12 = Resolver problemas; V13 = Recordar el nombre de gente nueva; V14 = Aprender nueva información.

Puntuación: 0 = Sin Dificultad; 1 = Dificultad Leve; 2 = Dificultad Moderada; 3 = Dificultad Severa.

En la evaluación del “Funcionamiento cognitivo” se enlistan cinco ítems que miden la dificultad para concentrarse, para realizar cálculos mentales, la resolución de problemas, recordar el nombre de gente nueva y aprender nueva información (ver gráfico 3). En el caso de los hombres, éstos muestran tendencia a una marcada afectación en todos los apartados con predominio de “dificultad moderada” en actividades como concentración para la lectura, la resolución de problemas, recordar el nombre de gente nueva y aprender nueva información, agregado a una “dificultad severa” al realizar cálculos mentales. A su vez, las mujeres coinciden con los hombres en la afectación referida en algunos ítems, como es el caso de la dificultad para resolver problemas y concentrarse en actividades como la lectura ya que en ambos refieren igualmente “dificultad moderada”. Aunque existe afectación en el resto de los apartados, estos son los que se refieren con más deterioro en este sexo.

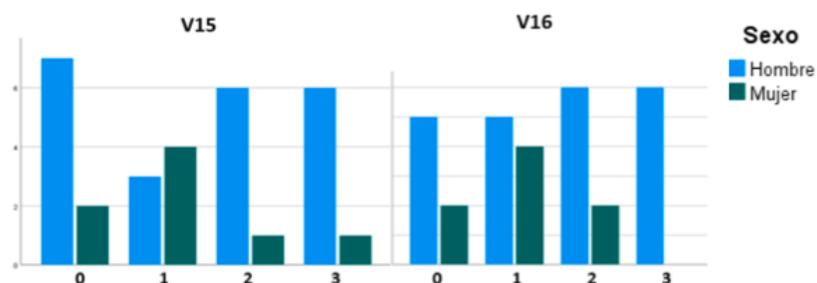


Gráfico 4. Finanzas
 Variable de funcionamiento: V15 = Manejar dinero propio; V16 = Hacer compras equilibradas.
 Puntuación: 0 = Sin Dificultad; 1 = Dificultad Leve; 2 = Dificultad Moderada; 3 = Dificultad Severa.

El siguiente ámbito valorado, “Finanzas”, consta de dos ítems: la dificultad para manejar el dinero propio y hacer compras equilibradas (gráfico 4). Cuando se les pidió a los hombres denotar la dificultad que existe para manejar el dinero propio, la mayoría de ellos refirió que no existe dificultad; las mujeres, por su parte,

marcaron “dificultad leve”. Al hacer compras equilibradas hay una dificultad referida de forma uniforme en el caso de los hombres ya que los rubros con más puntaje son “dificultad moderada” y “dificultad severa”, los cuales son apenas superiores por un punto de diferencia al resto de las respuestas (“dificultad leve” y “sin dificultad”). Las mujeres refieren de forma predominante “dificultad leve” para hacer compras equilibradas.

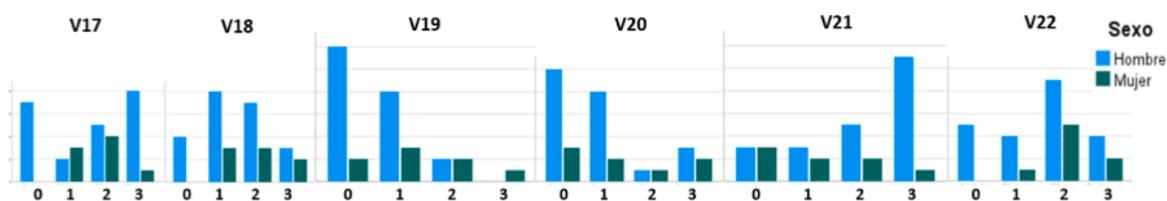


Gráfico 5. Relaciones interpersonales

Variable de funcionamiento: V17 = Mantener una amistad; V18 = Participar en actividades sociales; V19 = Llevarse bien con personas cercanas; V20 = Convivencia familiar; V21 = Relaciones sexuales satisfactorias; V22 = Capaz de defender intereses propios.

Puntuación: 0 = Sin Dificultad; 1 = Dificultad Leve; 2 = Dificultad Moderada; 3 = Dificultad Severa.

Las “Relaciones interpersonales” son el apartado más extenso que mide la escala FAST y en el encontramos los siguientes ítems: mantener una amistad, participar en actividades sociales, llevarse bien con personas cercanas, convivencia familiar, relaciones sexuales satisfactorias y la capacidad del individuo para defender los intereses propios (gráfico 5). Por parte de los hombres, se muestra más afectación para mantener una amistad y tener relaciones sexuales satisfactorias, ya que queda evidenciada una “dificultad severa” en estos dos ítems, seguido de “dificultad moderada” en la capacidad de defender los intereses propios. Las mujeres revelan predominio de “dificultad moderada” en los ítems previos, agregado el de participar en actividades sociales, siendo estos tres los aspectos con mayor afección referida. Además de lo ya comentado, se puede observar similitud en la afectación por ambos sexos en los ítems que implican la

convivencia con la familia y terceros (personas cercanas) ya que tanto hombres como mujeres refirieron un deterioro nulo o leve en estas áreas.

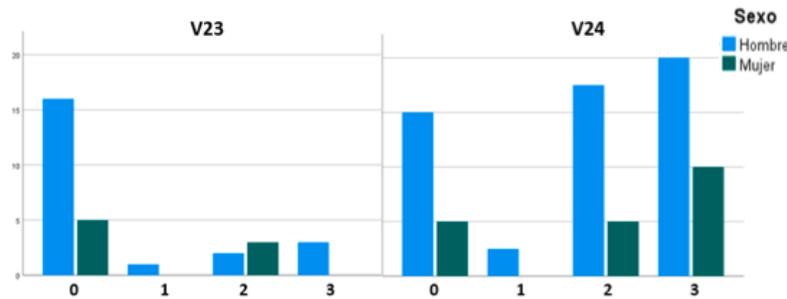


Gráfico 6. Ocio

Variable de funcionamiento: V23 = Practicas deporte o ejercicio; V24 = Tener una afición.

Puntuación: 0 = Sin Dificultad; 1 = Dificultad Leve; 2 = Dificultad Moderada; 3 = Dificultad Severa.

Por último se encuentra el ocio que solo consta de dos ítems y que incluye la dificultad del individuo para practicar algún deporte (o ejercicio) y la dificultad para tener algún pasatiempo (ver gráfico 6). En ambos apartados las respuestas son coincidentes en cuanto a la dificultad referida por ambos géneros. Cuando se preguntó sobre tener un pasatiempo, hombres y mujeres manifestaron por igual no tener dificultad para ello. Por el contrario, practicar un deporte o ejercicio fue referido con dificultad severa en hombres y mujeres.

La tercer y última escala aplicada fue PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) la cual se divide en tres: subescala de síntomas positivos, subescala de síntomas negativos y subescala de psicopatología general. De acuerdo a los objetivos específicos, se obtuvo el índice de correlación de Pearson con los siguientes resultados: en cuanto al funcionamiento laboral y los síntomas positivos, el realizar un trabajo remunerado se relaciona inversamente con los síntomas positivos, específicamente se encontró correlación significativa con la excitación del paciente. La siguiente variable, acabar las tareas tan rápido como

sea posible también refleja una tendencia inversamente proporcional con todos los ítems de la subescala de síntomas positivos. Por el contrario, la variable trabajar en lo que estudió se correlaciona en su mayor parte de forma positiva con los síntomas positivos, a excepción de la conducta alucinatoria y la suspicacia. La cuarta variable en la que se indica la correlación entre cobrar de acuerdo al puesto que ocupa y la sintomatología positiva, existe una relación inversa entre ambos, es decir, a mayor cantidad de síntomas positivos, existe mayor dificultad para cobrar de acuerdo al puesto que ocupa. Por último, la variable alcanzar el rendimiento previsto por la empresa se correlaciona también de forma inversa con todos los síntomas positivos (ver Tabla 2).

Tabla 2
Correlación entre funcionamiento laboral y síntomas positivos

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
VAR 5	Correlación de Pearson	-,279	-,315	-,349	-,367*	-,334	-,098	-,138
	Sig. (bilateral)	,136	,090	,059	,046	,072	,605	,467
	N	30	30	30	30	30	30	30
VAR 6	Correlación de Pearson	-,229	-,301	-,275	-,125	-,346	-,110	-,111
	Sig. (bilateral)	,224	,106	,142	,510	,061	,561	,559
	N	30	30	30	30	30	30	30
VAR 7	Correlación de Pearson	,036	,176	-,022	,141	,116	-,076	,093
	Sig. (bilateral)	,850	,352	,909	,457	,541	,691	,623
	N	30	30	30	30	30	30	30
VAR 8	Correlación de Pearson	-,192	-,111	-,182	-,131	-,198	,023	-,087
	Sig. (bilateral)	,311	,558	,337	,489	,294	,902	,648
	N	30	30	30	30	30	30	30
VAR 9	Correlación de Pearson	-,210	-,279	-,240	-,137	-,322	-,054	-,063
	Sig. (bilateral)	,265	,135	,202	,469	,083	,776	,739
	N	30	30	30	30	30	30	30

Nota: VAR5 = Realizar un trabajo remunerado; VAR6 = Acabar las tareas tan rápido como se puede; VAR7 = Trabajar en lo que estudió; VAR8 = Cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa; VAR9 = Alcanzar el rendimiento previsto por la empresa.

P1 = Delirios; P2 = Desorganización conceptual; P3 = Conducta alucinatoria; P4 = Excitación; P5 = Susplicacia (persecución); P7 = Hostilidad.

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Los síntomas negativos se encontraron mayormente con una correlación positiva, como se muestra en la Tabla 3. En la variable Realizar un trabajo remunerado,

todos los síntomas negativos tienen una relación positiva, a excepción de Dificultad para el pensamiento abstracto (N5) y Dificultad para la conversación fluida (N6), los cuales se relacionan de forma negativa. El apartado Acabar las tareas tan rápido como se puede, también se relaciona de forma directa con la mayoría de los síntomas negativos; sin embargo, nuevamente N5 y N6 se relacionan negativamente. La variable Trabajar en lo que estudió, presenta tendencia a la correlación positiva, salvo N3 (Empatía limitada) donde existe relación inversa; aquí es importante recalcar que N7 tiene una correlación positiva significativa. Por último, se encuentran las variables Cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa y Alcanzar el rendimiento previsto por la empresa, ambas tienen un comportamiento similar ya que las dos se relacionan directamente con todos los síntomas negativos exceptuando, también en ambas, N6.

Tabla 3
Correlación entre funcionamiento laboral y síntomas negativos

		N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7
VAR 5	Correlación de Pearson	,210	,282	,228	,134	-,071	-,208	,186
	Sig. (bilateral)	,266	,131	,226	,480	,710	,271	,326
	N	30	30	30	30	30	30	30
VAR 6	Correlación de Pearson	,058	,175	,106	,004	-,132	-,231	,152
	Sig. (bilateral)	,763	,356	,578	,984	,486	,218	,422
	N	30	30	30	30	30	30	30
VAR 7	Correlación de Pearson	,054	,097	-,071	,055	,275	,168	,427*
	Sig. (bilateral)	,778	,612	,708	,774	,141	,375	,019
	N	30	30	30	30	30	30	30
VAR 8	Correlación de Pearson	,221	,249	,137	,090	,012	-,135	,294
	Sig. (bilateral)	,241	,184	,471	,635	,950	,475	,115
	N	30	30	30	30	30	30	30
VAR 9	Correlación de Pearson	,134	,224	,168	,082	,016	-,165	,241
	Sig. (bilateral)	,481	,233	,376	,666	,934	,383	,200
	N	30	30	30	30	30	30	30

Nota: VAR5 = Realizar un trabajo remunerado; VAR6 = Acabar las tareas tan rápido como se puede; VAR7 = Trabajar en lo que estudió; VAR8 = Cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa; VAR9 = Alcanzar el rendimiento previsto por la empresa. N1 = Aplanamiento afectivo; N2 = Retraimiento emocional; N3 = Empatía limitada; N4 = Retraimiento social; N5 = Dificultad para el pensamiento abstracto; N6 = Dificultad para la conversación fluida; N7 = Pensamiento estereotipado.

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Otro de los criterios a valorar en relación con la funcionalidad laboral además de los síntomas positivos y negativos, fue la escolaridad (Tabla 4) donde existe tendencia en casi todas las variables a una correlación directa, a excepción de las variables 7 y 8. Por último, también se valoró la relación que existe entre el funcionamiento laboral y la edad a la que fue diagnosticada la persona con Esquizofrenia paranoide (Tabla 5), en donde se encuentra que existe una relación directa entre ambos en las variables realizar un trabajo remunerado, acabar las tareas tan rápido como sea necesario y alcanzar el rendimiento previsto por la empresa. No así en las variables trabajar en lo que estudio y cobrar de acuerdo al puesto que ocupa, en donde la correlación es inversa.

Tabla 4
Correlación entre funcionamiento laboral y edad de diagnóstico

		Edad Dx
VAR 5	Correlación de Pearson	,138
	Sig. (bilateral)	,469
	N	30
VAR 6	Correlación de Pearson	,107
	Sig. (bilateral)	,573
	N	30
VAR 7	Correlación de Pearson	-,171
	Sig. (bilateral)	,366
	N	30
VAR 8	Correlación de Pearson	-,036
	Sig. (bilateral)	,849
	N	30
VAR 9	Correlación de Pearson	,072
	Sig. (bilateral)	,705
	N	30

Nota: EdadDx = Edad de Diagnóstico; VAR5 = Realizar un trabajo remunerado; VAR6 = Acabar las tareas tan rápido como se puede; VAR7 = Trabajar en lo que estudió; VAR8 = Cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa; VAR9 = Alcanzar el rendimiento previsto por la empresa.

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5
Correlación entre funcionamiento laboral y escolaridad

		Escolaridad
VAR 5	Correlación de Pearson	,323
	Sig. (bilateral)	,081
	N	30
VAR 6	Correlación de Pearson	,310
	Sig. (bilateral)	,095
	N	30
VAR 7	Correlación de Pearson	-,108
	Sig. (bilateral)	,572
	N	30
VAR 8	Correlación de Pearson	,142
	Sig. (bilateral)	,455
	N	30
VAR 9	Correlación de Pearson	,197
	Sig. (bilateral)	,298
	N	30
Escolaridad	Correlación de Pearson	1
	Sig. (bilateral)	

Nota: VAR5 = Realizar un trabajo remunerado; VAR6 = Acabar las tareas tan rápido como se puede; VAR7 = Trabajar en lo que estudió; VAR8 = Cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa; VAR9 = Alcanzar el rendimiento previsto por la empresa.

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

5. DISCUSIÓN

La esquizofrenia paranoide es una enfermedad compleja debido no solo al cuadro clínico del que cuenta con el diagnóstico, sino también por las múltiples afectaciones en diversas áreas de las cuales es víctima, como es el caso de la funcionalidad en la esfera laboral. De acuerdo a los objetivos planteados, se obtuvieron resultados de relevancia que discutiremos a continuación.

La edad referida con más frecuencia en que se recibió el diagnóstico de esquizofrenia paranoide corresponde al rango que comprende de los 21 a los 30 años de edad, lo cual es esperado de acuerdo a la edad de presentación de la enfermedad coincidente con la adultez joven (14). La mitad de los pacientes que refirieron encontrarse laborando (6 pacientes) manifiestan haber recibido su diagnóstico en este período de sus vidas, lo que es de reconocerse de acuerdo a los fines de este estudio, y todos ellos se desempeñan en empleos informales.

Otro de los factores propios del individuo que se analizó en relación con la funcionalidad laboral fue el grado académico obtenido previo a recibir el diagnóstico de esquizofrenia paranoide. De acuerdo a lo reportado en la literatura, se espera que mientras más escolaridad alcance la persona, su oportunidad de obtener un empleo sea mayor, lo cual es coincidente con lo encontrado en este estudio (14). Sin embargo, dentro de la población laboralmente activa que corresponde a 12 pacientes del total de la muestra, el nivel de estudios que se encontró de forma más frecuente fue el de secundaria completa (5 pacientes). Esto puede explicarse debido a que cuatro de esos pacientes desempeñan empleos informales.

La mayoría de los pacientes al momento del estudio negaron encontrarse en algún empleo, y entre ellos además se consideran algunos que nunca han iniciado vida laboral a pesar de encontrarse en edad de iniciar a trabajar. Esto es confirmatorio de la disfunción que ha sido descrita ampliamente por investigadores y que se manifiesta desde edades tempranas en la enfermedad creando posterior afección en el desarrollo de las habilidades del enfermo (14). Como se mencionó, la cantidad de pacientes que laboran al momento de la realización de este estudio es pobre, ya que menos de la mitad del total de los participantes tienen un empleo. Al tener en cuenta que dentro de las manifestaciones con las que cursa el paciente se encuentra descrita la disfunción y ésta se manifiesta con frecuencia en el área laboral y social, los resultados concuerdan con lo reportado en la literatura. Además, también se ha descrito que en el período comprendido entre los 6 a 18 meses posteriores al primer episodio psicótico existe un declive en el funcionamiento de la persona que persiste a lo largo de la vida, a menos que se lleven a cabo medidas terapéuticas orientadas a la rehabilitación del paciente (7, 10, 14).

Uno de los objetivos específicos fue determinar el género con mejor funcionalidad laboral donde se encontró un porcentaje significativo de pacientes hombres que, al momento del estudio, se encontraba laborando en comparación con la cantidad de mujeres que trabajaban. Si bien de acuerdo a otros autores no existen datos concluyentes respecto a cual es el sexo que presenta mejor funcionalidad (31), en el caso particular de este estudio y los participantes hay que valorar la existencia de factores sociales y culturales propios de nuestro país, entre los cuales podemos mencionar que las mujeres tienen un rol específico en muchas familias

que consiste en cuidar de los suyos mediante su dedicación a las labores propias del mantenimiento y cuidado del hogar y los miembros que en él habitan dejando de lado el desempeño en el área laboral (32).

Durante la aplicación de la escala FAST se evidenció afectación generalizada en los diversos ámbitos que este instrumento mide. Como se ha mencionado previamente, el paciente con esquizofrenia paranoide no cumple solamente con la descripción de un cuadro clínico con síntomas característicos, sino que estos trascienden y crean daños colaterales que son evidentes en la capacidad de trabajar, en la autonomía del enfermo, en las relaciones interpersonales, entre otros. Por lo tanto, estas afecciones encontradas en los pacientes son esperadas y corresponden a la descripción completa de la enfermedad y sus afecciones (7, 8, 24). Dentro de los puntos a evaluar en esta escala se encuentra la Funcionalidad Laboral que, de acuerdo a los fines de este estudio, es importante su mención en particular como uno de los apartados más afectados tanto por hombres como por mujeres ya que ambos obtuvieron puntajes elevados que denotan disfunción importante. Al tener en cuenta los criterios de puntuación, es esperado encontrar una sumatoria elevada de la misma ya que la escala menciona que todos aquellos pacientes que se encuentren hospitalizados, con invalidez o baja laboral por su enfermedad mental deberán puntuar con 3 (calificación más alta). De igual manera aquellas mujeres que se encontraban laborando y posterior al padecimiento se mantienen como amas de casa. Si bien por los criterios de inclusión ningún paciente se encontraba hospitalizado al momento del estudio, la mayoría de los participantes cumplían con por lo menos alguno de los puntos restantes lo que explica las calificaciones obtenidas (33).

Por otro lado, se aplicó la escala PANSS para evaluar la sintomatología de los pacientes y posteriormente correlacionarle con la funcionalidad laboral ya que se conoce con certeza que la sintomatología del paciente se encuentra en relación con su funcionalidad y la capacidad de laborar. En los datos obtenidos se evidenció que mientras menor cantidad de síntomas positivos existan, hay una mejor funcionalidad en el trabajo del paciente. No así en el caso de los síntomas negativos que, según los resultados, mientras más sintomatología negativa existente se encuentre, habrá mejor funcionalidad laboral. Si bien en la literatura existe discrepancia en cuanto a la relación de síntomas positivos con la funcionalidad laboral, ha quedado establecido que los síntomas negativos son predictivos de una pobre funcionalidad en múltiples áreas, incluyendo la laboral (17), por lo tanto los resultados aquí obtenidos se contraponen a la información general respecto al tema.

De acuerdo a lo establecido en la literatura y que se ofrece como explicación en relación con esta cuestión es el hecho de que mientras un paciente se encuentra con sintomatología positiva, pasará gran parte de su tiempo respondiendo a estímulos internos (por ejemplo, hablar consigo mismo) lo que le impide ser reactivo a estímulos del medio externo y, por lo tanto, afecta de forma general su funcionalidad. Al ser tratados con antipsicóticos los síntomas positivos tienden a remitir, contrario a la sintomatología negativa que persiste a pesar del tratamiento farmacológico. Por lo tanto, los participantes del estudio se encuentran bajo tratamiento farmacológico y con adecuado control de síntomas positivos lo que les permite laborar, sin embargo, persisten con síntomas negativos para los cuales, por desgracia, no existe un tratamiento específico (13, 14). Otro aspecto a resaltar

como un probable factor influyente en los resultados y específico de este estudio es el tamaño de la muestra el cual es pequeño ya que se conforma por apenas 30 participantes. A esto se agrega que la muestra se limitó a pacientes de una sola institución, lo que impide valorar poblaciones con características diferentes a las de la muestra. Partiendo de lo anterior, es factible plantear la posibilidad de ampliar esta muestra en estudios subsecuentes y verificar nuevamente los resultados generales con énfasis de este apartado en particular.

6. CONCLUSIONES

Por tanto, de acuerdo a todo lo ya expuesto, este estudio puede concluir lo siguiente:

- Ser hombre y tener diagnóstico de esquizofrenia paranoide es factor de buen pronóstico en la funcionalidad laboral
- Haber recibido el diagnóstico de esquizofrenia paranoide en el período comprendido de los 11 a los 20 años de edad es factor para una buena funcionalidad laboral
- A mayor escolaridad alcanzada existen mejores posibilidades de obtener un empleo en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide
- A menor sintomatología positiva, mejor funcionalidad laboral en pacientes con esquizofrenia paranoide
- A mayor sintomatología negativa, mejor funcionalidad laboral en pacientes con esquizofrenia paranoide
- Sí existe relación entre la funcionalidad laboral del paciente que padece esquizofrenia paranoide con su severidad clínica y sus factores sociodemográficos.

Si bien este estudio reconoce que algunas de sus conclusiones se contraponen a lo reportado en otras investigaciones, es precisamente por ello que cabe la posibilidad de ampliar los objetivos de esta investigación, así como la muestra y las características de la misma, con la finalidad de obtener propiedades heterogéneas en los pacientes evaluados y crear un estudio multicéntrico que

permita conocer con más detalle la esquizofrenia paranoide y su influencia en la funcionalidad laboral de los enfermos, con las características particulares de cada individuo que es lo que finalmente enriquece estudios como este.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia [Internet]. 4 de octubre de 2019 [consultado 18 de noviembre del 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Stephen Stahl, S. S. Psicosis y esquizofrenia. En: Psicofarmacología Esencial de Stahl. 3a edición. Estados Unidos. Aula médica, 2010. P. 79 – 128.
3. Arredondo A., Díaz-Castro L., Cabello-Rangel H. Análisis de costos de atención médica para esquizofrenia y depresión en México para el período 2005-2013. Cad. Saúde Pública 2018; 34 (1).
4. National Institute of Mental Health. Schizophrenia [Internet]. Mayo de 2018 [consultado 18 de noviembre del 2019]. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/schizophrenia.shtml#part_154880
5. Sandoval J. M. La salud mental en México, DGS-SIID-SIA. Servicio de Investigación y Análisis División de Política Social. 2014; 3(23): 2-5. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
6. Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, Departamento de Bioestadística. Reporte de estadística de atención 2019 con respecto a esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Ciudad de México, México. 2019.
7. Clasificación Internacional de las enfermedades y problemas relacionados con la salud. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes. En: Clasificación de los Trastornos mentales y del comportamiento, CIE – 10. 10ª edición. España. Editorial Médica Panamericana; mayo 2000. P. 70 – 88.

8. American Psychiatric Association. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013. P. 49 – 69.
9. Organización Mundial de la Salud. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet]. Versión 04 / 2019 [consultado 18 de noviembre del 2019]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1683919430>
10. Wojtalik J. A., Smith M. J., Keshavan M. S., Eack S. M. A Systematic and Meta-analytic Review of Neural Correlates of Functional Outcome in Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2017 Oct; 43(6):1329-1347.
11. Green MF. Impact of cognitive and social cognitive impairment on functional outcomes in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2016 Feb; 77 Suppl 2:8-11.
12. Secretaría de salud. Programa de Acción en Salud Mental. 1ª edición. México, 2001. [Accessed 24 August 2019]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_cap3.pdf
13. Sadock B. J., Sadock V. A., Ruiz P. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos. En: Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría. 11ª edición. España. Wolkers Kluwer 2015. P 300 – 346.
14. Lieberman J., Stroup S., Perkins D. Tratado de esquizofrenia. 1ª ed. España, Ars Médica; 2008.
15. Fulford D., Campellone T., Gard, D. E. Social motivation in schizophrenia: How research on basic reward processes informs and limits our understanding. *Clin Psychol Rev.* 2018 Jul; 63:12-24.

16. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico, Salud Mental 2013-2018. 1ª edición, 2014.
17. López L. Predictores del desempeño laboral de personas con discapacidad por trastorno mental severo. Revisión de estudios y análisis de evidencias. *Intervención Psicosocial*, 2008; 17(3): 245-268.
18. Díaz Zuluaga AM, et al. Evaluación e intervención socioocupacional en pacientes con TAB y esquizofrenia, dentro del programa de intervención multimodal PRISMA. *Rev Colomb Psiquiat*. 2017, 47(1): 4-12.
19. Consejo de salubridad general. Catálogo maestro de guías de práctica clínica SSA-222-09 Diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en el primer y segundo nivel de atención, Guía de referencia rápida. Secretaría de Salud, México 2018.
20. Asociación Psiquiátrica de América Latina. Guía terapéutica para el manejo de la esquizofrenia [Internet]. México, 2017 [consultado 31 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://www.apalweb.org/docs/esquizofrenia2.pdf>
21. Organización Internacional del Trabajo. Comisión Mundial sobre el futuro del trabajo, Nota informativa [Internet]. Febrero 2018 [consultado 31 de octubre del 2020]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---cabinet/documents/publication/wcms_618366.pdf
22. Pérez Amador, J. El inicio de la vida laboral como detonador de la independencia residencial de los jóvenes en México. *ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS Y URBANOS*, vol. 21, núm. 1 (61), pp. 7-47.
23. Palomo, T. Pomarol Clotet, E., Sánchez Morla, E. M., Rodríguez-Jiménez, R. Disfunción cognitiva en la esquizofrenia. Un reto para la psiquiatría. En: XV

- Congreso Nacional de Psiquiatría. Re v Psiquiatr Salud Ment (Barc.) 2011; 4 (Espec Cong):1-10.
24. Sheffield, J. M., Karcher, N. R., Barch, D. M. Cognitive Deficits in Psychotic Disorders: A Lifespan Perspective. *Neuropsychol Rev.* 2018 Dec; 28(4):509-533.
25. Brown, M. A., Velligan, D. I. Issues and developments related to assessing function in serious mental illness. *Dialogues Clin Neurosci.* 2016 Jun; 18(2):135-44.
26. Degnan A, Berry K, Sweet D, Abel K, Crossley N, Edge D. Social networks and symptomatic and functional outcomes in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018 Sep; 53(9):873-888. doi: 10.1007/s00127-018-1552-8. Epub 2018 Jun 27.
27. Fraga-Díaz del Castillo I. La esquizofrenia en México. *Rev Med Ins Mex Seguro Soc* 2010; 48 (2): 187-188.
28. Verduzco, V.W. Consenso Nacional y Guía de Práctica Clínica de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con Esquizofrenia . *Salud Mental*, 2014; 37 (7): 3-7.
29. Adriane R., Sánchez-Moreno J., Martínez-Aran A., Salamero M., Torrent C., Reinares M., Comes M., Colom F., Van Riel W., Ayuso-Mateos J. L., Kapczinski F., Vieta E. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2007, 3:5
30. Kay S. R., Opler L. A., Lindenmayer J. P. Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Res.* 1988 Jan; 23(1):99-110.

31. Osorio-Martínez M. Esquizofrenia y funcionamiento: medición con la escala breve de evaluación del funcionamiento y correlación con los años de enfermedad. An Fac med. 2017;78(1):17-22.
32. ONU mujeres, El colegio de México. El Progreso de las Mujeres en el Mundo 2019-2020. Familias en un mundo cambiante. Ficha México [Internet]. Año 2019. [consultado 15 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2019/10/progress-ficha-mx-2019>
33. Ribeiro, A., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A. Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento (FAST), Manual de aplicación. Cibersam. Año 2008: 5-19

8. ANEXOS

A) ENCUESTA PARA PACIENTES

Responda el siguiente cuestionario con la mayor sinceridad posible marcando en la línea correspondiente su respuesta.

1. Es usted: Hombre _____ Mujer _____

2. ¿A qué edad recibió el diagnóstico de esquizofrenia?

≤10 años _____

11-20 años _____

21-30 años _____

31-40 años _____

41-50 años _____

≥51 años _____

3. Nivel de estudios que usted alcanzó al momento de recibir el diagnóstico de esquizofrenia:

Sin escolaridad _____

Primaria completa _____

Secundaria completa _____

Bachillerato completo _____

Licenciatura _____

Postgrado _____

4. ¿A qué edad inició a trabajar?

Nunca he trabajado _____

≤10 años _____

11-20 años _____

21-30 años _____

31-40 años _____

41-50 años _____

≥51 años _____

5. ¿Actualmente trabaja?

Sí _____

No _____

- Si usted respondió 'No',

¿Cuál fue su último empleo?

¿Cuál fue la duración de su último empleo? _____

- Si usted respondió 'Sí',

¿En qué trabaja? _____

¿Cuánto tiempo ha estado laborando? _____

B) FAST

13.7. Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento (Functioning Assessment Short Test, FAST)

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

Interroga 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.

Señale con un círculo el valor que corresponda:

	<i>Ninguna</i>	<i>Poca</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucha</i>
AUTONOMÍA				
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 sea 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

C) PANSS: ESCALA DE SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS (PANSS)

Paciente _____ Fecha _____ Cama _____
 Evaluador _____ Expediente _____

Marque con un círculo la evaluación apropiada para cada reactivo de la entrevista clínica.
 1=AUSENTE, 2=MINIMO, 3=LEVE, 4=MODERADO, 5=MODERADAMENTE SEVERO, 6=SEVERO, 7=EXTREMO

1) SUBESCALA POSITIVA

P1	Delirios	1	2	3	4	5	6	7
P2	Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
P3	Conducta alucinatoria	1	2	3	4	5	6	7
P4	Excitación	1	2	3	4	5	6	7
P5	Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
P6	Susplicacia/Persecución	1	2	3	4	5	6	7
P7	Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7

2) SUBESCALA NEGATIVA

N1	Aplanamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
N2	Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3	Empatía limitada	1	2	3	4	5	6	7
N4	Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
N5	Dificultad para el pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
N6	Dificultad para la conversación fluida	1	2	3	4	5	6	7
N7	Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7

3) SUBESCALA DE PSICOPATOLOGIA GENERAL

G1	Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
G2	Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
G3	Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
G4	Tensión	1	2	3	4	5	6	7
G5	Manerismos y actitud postural	1	2	3	4	5	6	7
G6	Depresión	1	2	3	4	5	6	7
G7	Retardo motor	1	2	3	4	5	6	7
G8	Falta de cooperación	1	2	3	4	5	6	7
G9	Contenidos de pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
G10	Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
G11	Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
G12	Falta de juicio	1	2	3	4	5	6	7
G13	Alteración de la voluntad	1	2	3	4	5	6	7
G14	Pobre control de impulsos	1	2	3	4	5	6	7
G15	Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
G16	Evitación social	1	2	3	4	5	6	7

ESCALA	TOTAL	PERCENTIL	RANGO
Positiva	_____	_____	_____
Negativa	_____	_____	_____
Compuesta	_____	_____	_____
Psicopatología general	_____	_____	_____
Número de síntomas de la escala positiva con calificación <3	_____	Negativa	_____
Calificación sindromática	_____		

Carta de autorización al Jefe del Servicio de Hospital Parcial

Ciudad de México a 17 de abril del 2020

Dr. Alberto López Díaz

Presente

Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SEVERIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ Y SU RELACIÓN CON EL FUNCIONAMIENTO LABORAL DE LOS ENFERMOS.

En el período comprendido a partir del 17 de abril al 31 de agosto del presente año. El cual se evaluará con entrevista neuropsiquiátrica, estudios de laboratorio y realización de escala PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) y FAST (Functioning Assessment Short Test), así como una breve encuesta de datos sociodemográficos para el paciente.

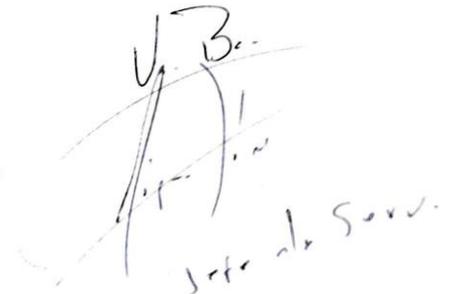
Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

Atentamente



Dra. Jessica Arely Avalos Nigoche

Médico residente de 3º año



Carta de consentimiento/asentimiento informado para paciente:

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, México, Ciudad de México a ____ de _____ del 2021.

Protocolo: **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SEVERIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ Y SU RELACIÓN CON EL FUNCIONAMIENTO LABORAL DE LOS ENFERMOS**

Registrado ante el Comité de Investigación con número: **836**

Registrado ante el Comité de Ética en Investigación con número:

Nombre del investigador principal: JESSICA ARELY AVALOS NIGOCHÉ

Dirección del sitio de investigación: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. San Buenaventura 2, Tlalpan,

Teléfono: 55 55 73 15 00 ó 55 73 17 98, particular 55 43 15 82 02

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.-

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

- I. Yo: _____ manifiesto que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de evaluar la FUNCIONALIDAD LABORAL
- II. Se me ha informado que se me realizará una entrevista y un cuestionario autoaplicado.
- III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.
- IV. Se me comentó que mi única responsabilidad es proporcionar información acerca de mi salud durante el estudio.
- V. Los resultados de dichas pruebas ayudarán a determinar si cuento con síntomas y que los resultados se utilizarán con fines estadísticos.
- VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación
- VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.
- VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.
- IX. Se me comentó que como participante obtendré beneficios que consistirán en la identificación de factores psicosociales que permitirán una mejor y adecuada intervención terapéutica a mi caso. En caso de identificar explotación laboral al momento del estudio, será canalizado al servicio de Trabajo Social de la institución para realizar el protocolo correspondiente de acuerdo a mi situación.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio titulado: **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SEVERIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ Y SU RELACIÓN CON EL FUNCIONAMIENTO LABORAL DE LOS ENFERMOS**

Firma de Consentimiento/Asentimiento

Firma de quien Explicó el Procedimiento

Testigo 1

Testigo 2

Declaración de no conflicto de intereses

De conformidad con lo que establecen los artículos 108° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1°,2°,7° y 8° de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, Yo **Jessica Arely Avalos Nigoche** como personal adscrito al **Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez** declaro que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones que por ley me correspondan respecto del puesto que tengo asignado , me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional , para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

- Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podré discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe.
- Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.
- No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:

a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o tramites propios de esta Comisión Federal, o

b) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, pero no limitado a terceros tales como titulares de registros sanitarios que han acreditado su interés legal.

- Me comprometo que al advertir con prontitud de cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a mi jefe inmediato superior, a efecto de que éste me excuse de la realización de la actividad que me enfrente a un conflicto de intereses.
- No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.
- No manejare información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo.
- En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.
- No interveniré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.
- En ningún caso me prestaré a realizar arreglos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- Ante todo protegeré mi integridad personal y las de mis compañeros en el desarrollo del trabajo.
- En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.

La presente se renovará anualmente para la aceptación de las condiciones y responsabilidades que se plasman en este documento.

LUGAR Y FECHA: 01 marzo 2021

NOMBRE Y FIRMA: Jessica Arely Avalos Nigoche