



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

TÍTULO:

APLICACIÓN DE LA ESCALA DEL FUNCIONAMIENTO
SOCIAL Y PERSONAL (PSP) EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA DEL PROGRAMA
HOSPITAL DE FIN DE SEMANA DEL HPFBA.

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

ISRAEL MENDOZA RODRÍGUEZ

ASESOR:

DR. PABLO VERA FLORES

A handwritten signature in blue ink, likely belonging to Dr. Pablo Vera Flores.



CIUDAD DE MÉXICO, JULIO DEL 2023



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.

TABLA DE CONTENIDO.

RESUMEN	3
ANTECEDENTES	4
MARCO CONCEPTUAL	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	13
JUSTIFICACIÓN	13
OBJETIVOS GENERALES	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
MÉTODO	15
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN	23
CONCLUSIÓN	25
LIMITACIONES	26
REFERENCIAS	27
ANEXOS	31

Resumen

La esquizofrenia es uno de los trastornos psiquiátricos que más repercute en la funcionalidad y capacidad social de los pacientes, el hospital de fin de semana del HPFBA está encaminado a crear habilidades socio laborales, control de los síntomas y complicaciones asociadas a la esquizofrenia. **Objetivo:** Establecer mediante la escala de funcionalidad social y personal (PSP) la funcionalidad de los pacientes que ingresan al primer nivel de atención del programa de hospital de fin de semana y posterior al primer nivel del programa. **Material y métodos:** Se aplicó la escala de funcionalidad social y personal a los pacientes ingresados a hospital de fin de semana del periodo de marzo a septiembre del 2022; posterior a 6 meses se realizó una segunda medición. Se analizaron variables cualitativas y se elaboraron tablas de frecuencias y porcentajes. **Resultados:** Del intervalo establecido ingresaron 24 pacientes su mayoría hombres siendo 83% (n=20) en comparación al 17% de mujeres (n=3). La media edad fue de 31.08 años, con edad mínima de 21 años y máxima de 50 años. La media para inicio de síntomas de esquizofrenia fue de 24.54 años, con edad mínima de inicio de 14 y máxima de 42. En relación al tiempo con el diagnóstico de esquizofrenia la media fue de 9.54 años, con un mínimo de 1 año y máximo de 34 años. El número de pacientes con abandono de tratamiento fue del 54.1% (n=13); con media de 2.23. **Conclusiones:** La rehabilitación y reinserción es fundamental en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, el servicio de hospital de fin de semana del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez cuenta con un programa que tiene como meta proporcionar atención y herramientas de rehabilitación para pacientes y familiares, se debe ahondar en la evaluación de funcionalidad de los pacientes antes y después de la intervención del programa con la finalidad desarrollar estrategias eficaces de acción.

Palabras clave: esquizofrenia, funcionalidad social y personal, tratamiento ambulatorio, hospital parcial.

Antecedentes.

De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), la esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que se caracteriza por delirios, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento desorganizado/catatónico y síntomas negativos, repercutiendo en el funcionamiento global previamente alcanzado en las principales áreas; así mismo, por sus características es uno de los trastornos que en mayor medida compromete la salud y funcionalidad de los pacientes que la padecen.¹

Pese a que el estado y los medios de comunicación masiva educan y buscan sensibilizar a la población acerca de la salud mental y padecimientos como esquizofrenia

En general la población presenta un deficiente nivel de información y creencias estereotipadas sobre la esquizofrenia.² Suárez-Vergne y colaboradores realizaron una investigación sobre estereotipos, en esta queda patente el papel de Twitter como potencial difusor negativo y al mismo tiempo, paradójicamente, como herramienta para transmitir ideas contra el estigma.³

La falta de conocimiento sobre el padecimiento y su consecuente disfunción dificulta su tratamiento, por esto deber de haber una mejor comprensión de los procesos sociales básicos, dinámicos y adaptativos.⁴

Los déficits en los dominios psicosociales son una característica central de la esquizofrenia, se pueden observar en las primeras etapas de la enfermedad, en exacerbaciones agudas y como parte del síndrome residual.

Apiquian y colaboradores validaron la versión en español de la escala de Desempeño Personal y Social (PSP), en una muestra compuesta por pacientes estables con esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos, en la que se apoya la PSP como instrumento fiable y válido para evaluar el funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia.⁵

La finalidad de evaluar y estadificar el funcionamiento de los pacientes con esquizofrenia va de la mano al planteamiento actual del modelo comunitario, que ha mostrado eficacia desde el punto de vista clínico y desde la perspectiva de salud pública.⁶

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se ha caracterizado por el progreso, desarrollo de técnicas y planes innovadores que han enriquecido el campo de la psiquiatría clínica para impactar de forma positiva en los padecimientos psiquiátricos y de consecuencia en la sociedad.

Las nuevas líneas de aproximación en el abordaje de la esquizofrenia han ampliado y fortalecido ámbitos tales como aspectos genéticos, psicodinámicos, éticos, entre otras; abarcando desde la infancia hasta el momento actual e incorporando el ámbito familiar y social, a partir de los cuales se establecen las estrategias terapéuticas a seguir en los pacientes.⁷

En comparación a décadas previas, el enfoque de tratamiento actual se orienta en disminuir los tiempos de hospitalización de las personas con trastornos mentales, apoyado en la práctica clínica e intervenciones de prevención primaria y secundaria.

El programa de hospital de fin de semana tiene el objetivo de ofrecer a los usuarios atención integral ambulatoria para trastornos psiquiátricos (afectivos, ansiosos y psicóticos) más allá de aquella brindada por el servicio de consulta externa; esto con la finalidad de abordar los padecimientos de forma integral; capacitando, orientando y educando a individuos y familiares. Para esto se utilizan intervenciones terapéuticas con el fin de lograr en los pacientes su rehabilitación y reintegración a la sociedad, aprovechando aptitudes y capacidades específicas.

Marco conceptual

Históricamente, la esquizofrenia ha sido descrita como un padecimiento crónico, sin embargo, tiene este curso en solo el 40% de casos, Klosterkötter et al, encontraron que entre el 25 y el 30% de los pacientes logran una recuperación completa de su actividad y funcionamiento premórbidos después de un primer episodio, mientras que el resto de pacientes no logra la remisión total de los síntomas.⁸

Antes de la instauración y desarrollo de la esquizofrenia, a menudo hay una fase prodrómica con síntomas básicos como alteraciones en la percepción, procesamiento del pensamiento, lenguaje y atención.⁸

Tras una alternancia entre síntomas, los síntomas positivos disminuyen con el tiempo, mientras que los negativos y los síntomas depresivos comórbidos se mantienen, observándose que en los pacientes diagnosticados en etapas tempranas y de mediana edad aumenta el deterioro cognitivo.⁹

Algunos estudios relacionan el funcionamiento social con los síntomas negativos de la esquizofrenia; Kielan-Cebo encontró que los dominios de funcionamiento social están claramente afectados en la esquizofrenia.¹⁰

La presencia de síntomas negativos junto con el deterioro cognitivo asociado a la esquizofrenia, tienen un impacto negativo en el funcionamiento de los pacientes, con una tasa de 72% de bajo nivel de conducta prosocial, al no poder trabajar. Es decir, que puede ser útil incorporar programas con ajustes farmacológicos individualizados, que al mejorar las funciones cognitivas puedan prevenir el deterioro cognitivo y así mejorar tanto funcionamiento social como la calidad de vida.⁹

Corbera S. et al, mostró que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia presentan déficits en empatía cognitiva y afectiva; además encontró que los síntomas negativos en estas poblaciones pueden ser un papel importante en la predicción del funcionamiento, siendo así, estos podrían ser utilizados en futuros estudios como instrumento de medición.

11

La anhedonia es reconocida dentro de los síntomas negativos, en esta, el sistema de recompensa se encuentra afectado lo que repercute en el funcionamiento social; la hipótesis de dicha disfunción, se explica por un déficit de información social entrante y retraimiento social, lo que finalmente contribuye a los síntomas psicóticos, es por esto que el funcionamiento social puede ser reconocido como un marcador significativo para el desarrollo de esquizofrenia y deterioro en el funcionamiento social.¹²

Dependiendo de la edad de inicio de la enfermedad, es posible que las personas no logren desarrollar ciertas habilidades sociales; e incluso cuando estas ya habían sido adquiridas, pueden perderse debido a la sintomatología. Por esta razón, estos pacientes suelen tener marcados déficits en la esfera social; esto es importante dado que puede influir en la calidad de vida al mostrar dificultad en adaptarse ante estresores del día a día. Por otra parte, es sabido que los pacientes que tienen apoyo social, con mejores redes, tienen una menor incidencia de reinicio de síntomas y reingreso hospitalario.

En el caso de los pacientes más jóvenes, es fundamental trabajar estrategias para adaptarse a la enfermedad, mejorar las habilidades sociales, apoyo al empleo e intervención familiar con la finalidad de mejorar la integración comunitaria, para mantener la recuperación evitando la cronicidad y lograr una mejor calidad de vida.

Lo anterior se debe enfatizar especialmente en pacientes menores de 45 años, para minimizar el deterioro cognitivo y promover una mejor integración social.⁹

Un estudio realizado por Guedes de Pinho y colaboradores demuestra la importancia de la rehabilitación psicosocial a través del reforzamiento del apoyo social y promoviendo el papel ocupacional y la satisfacción ante el mismo.¹³

Los déficits cognitivos que se presentan en la esquizofrenia, según diversos autores, abarcan lenguaje y pensamiento abstracto, memoria de trabajo, función ejecutiva, aprendizaje verbal, razonamiento, resolución de problemas, velocidad de procesamiento, percepción y capacidad motora. Desde el punto de vista cognitivo, los resultados sugieren que los pacientes que muestran un alto nivel de deterioro, también tienen bajo rendimiento en tareas asociadas a la coordinación motora, percepción visual, velocidad perceptiva y precisión; además, puntajes bajos en tareas que miden el procesamiento.¹⁴

En cuanto al deterioro cognitivo en función de edad, varios estudios han encontrado un rendimiento más pobre en pacientes mayores sobre todo en el procesamiento de la información, función ejecutiva y tareas de memoria de trabajo, con resultados similares en otras tareas, como en habilidades verbales.

Como se comentó previamente, dichos déficits pueden condicionar incapacidad para adquirir y mantener habilidades propias del funcionamiento social, ocupacional y para la vida independiente. Diversos estudios sugieren la existencia de una fuerte relación entre funcionamiento cognitivo y social, aunque no hay consenso en las funciones específicas en dicha asociación. También se ha expuesto que el deterioro cognitivo es predictor del desempeño en funcionalidad social.¹³

Síntomas cardinales como el lenguaje desorganizado se ha relacionado con pobreza del habla, deterioro de comprensión abstracta y alteraciones en el pensamiento, lo que conlleva a déficits en la comunicación y en consecuencia menor funcionamiento social.¹⁵

Los trastornos formales del pensamiento son otras de las alteraciones características en la esquizofrenia, el deterioro causado por estas se expresa principalmente en la funcionalidad social, relaciones sociales y ambiente laboral.

Marggraf MP et al, encontró una relación significativa entre los trastornos formales del pensamiento y funcionamiento social, documentando que la tangencialidad, incoherencia y discurso ilógico tienden a condicionar mayor dificultad para formar y mantener relaciones interpersonales, siendo menos capaces de participar de manera efectiva en las interacciones sociales.¹⁶

Otro punto importante a mencionar es la falta de conciencia de la enfermedad, definida como el desconocimiento de los síntomas y de la necesidad de recibir tratamiento, históricamente se ha considerado un déficit esencial de la esquizofrenia; por ser una herramienta para evaluar los propios síntomas, corregir interpretaciones y conclusiones inadecuadas; de esta forma el análisis de las bases neuropsicológicas de la cognición y el insight es un objetivo útil para mejorar la sintomatología y la calidad de vida.

Aunque se cuenta con diferentes instrumentos para medir la respuesta farmacológica a los síntomas en agudo; en décadas recientes se han desarrollado y perfeccionado instrumentos que tengan la finalidad de evaluar y/o medir el deterioro asociado a los padecimientos psiquiátricos más incapacitantes.

La evidencia actual disponible hace aconsejable evaluar el funcionamiento premórbido en los dominios social y cognitivo; dicha evaluación, especialmente en protocolos de intervención, sería de gran relevancia en la práctica clínica ya que los datos obtenidos permitirían medir el impacto de las intervenciones terapéuticas.¹⁷

El funcionamiento social se define como la capacidad de una persona para el adecuado desempeño en diferentes roles sociales y sus funciones reales, por lo tanto, es indispensable un instrumento de medición para responder a las expectativas de pacientes, familiares y médicos.¹⁸

La principal limitación de las escalas de calificación del funcionamiento social es la falta de consenso en cuanto a la definición y evaluación del funcionamiento social, que se relaciona con no identificar un objetivo claro y tener indicadores subjetivos. La escala de evaluación global del funcionamiento, por sus siglas en inglés (GAF) suele utilizarse para medir el funcionamiento incluyendo relaciones interpersonales y síntomas.¹⁸

La escala de funcionamiento de desempeño personal y social, por sus siglas en inglés (PSP); se reconoce como una herramienta útil dado que sus puntajes incluyen indicadores objetivos que abordan las principales limitaciones en la medición del funcionamiento social.¹⁹

La PSP es un instrumento puntuado que evalúa el funcionamiento del paciente en 4 áreas: autocuidado, actividades sociales habituales (trabajo y estudio, relaciones personales y sociales, y comportamientos agresivos); utilizando una escala Likert de gravedad de 6 puntos, que va del 1 (ausente) al 6 (muy grave). Las áreas 1-3 tienen los mismos criterios operativos, mientras que el área 4 tiene sus propios criterios operativos para facilitar a los clínicos la evaluación de la gravedad de las dificultades que presenta el paciente.

La puntuación de la PSP se realiza mediante 3 etapas, la primera utilizando los criterios operativos, se puntúa la gravedad de las dificultades existentes en las 4 áreas previamente comentadas; en segundo lugar, usando un algoritmo estas 4 puntuaciones se transforman en una sola con un intervalo de 10 puntos, que va de 1-10 (falta de autonomía para el funcionamiento básico) a 91-100 (funcionamiento excelente en las 4 áreas principales), y por último, teniendo en cuenta el funcionamiento en una relación de otras 9 áreas de la vida, se

elige una puntuación específica del intervalo de 10 puntos; por lo que proporciona puntuaciones para cada una de las 4 áreas, de tal manera que la puntuación de 91 a 100 se refiere a un funcionamiento excelente, de 90 a 71 dificultades en el funcionamiento leve, de 70 a 31 discapacidades manifiestas y menos 30 funcionamiento pobre que requiere supervisión intensiva.¹⁹

Apoyados en la correlación entre la puntuación global de PSP y de GAF, se encontraron hallazgos consistentes que sugieren que los síntomas negativos tienen un mayor impacto en el funcionamiento social que los síntomas positivos; reforzando la idea de que la cognición en pacientes con esquizofrenia es relevante para el funcionamiento. Sin embargo, se requiere de estudios futuros para corroborar la asociación de la escala PSP y la cognición, y así establecer utilidad de la escala PSP como instrumento de medición cognición.¹⁸

La asunción de que el tratamiento farmacológico es insuficiente y que se debe complementar el manejo con diferentes estrategias comienza a ganar protagonismo y su estudio y desarrollo son objetivo prioritario en instituciones y líneas de investigación.

La premisa en la actualidad y para futuras generaciones debe ir orientada en ayudar a mejorar el diseño de estrategias de intervención centradas en las necesidades más representativas de los pacientes y facilitar el desarrollo de intervenciones enfocadas en el déficit específico.²⁰

Programa de hospital de fin de semana de HPFBA.

En el año 2022 en el Hospital Fray Bernardino Álvarez hubo una incidencia de 1 720 de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, de los cuales 35 pacientes ingresaron a hospital de fin de semana a lo largo de 2022; en ese mismo año en el periodo comprendido de marzo a septiembre, se incorporaron 24 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia al programa de hospital de fin de semana.

El programa de hospital de fin de semana de HPFBA, los domingos recibe pacientes con trastornos psicóticos primarios, los cuales inicialmente son tamizados con base el cumplimiento de criterios de inclusión preestablecidos. Los pacientes aceptados son incorporados a un programa de 3 niveles de atención que se describen a continuación.

1er nivel → Duración 6 meses: El objetivo de este nivel es orientar con relación al padecimiento específico. Además de otorgarles las consultas psiquiátricas individualizadas, con base a necesidad del paciente y criterio del psiquiatra. Con la intención de desarrollar habilidades específicas se brinda taller de música; este espacio ofrece al equipo terapéutico elementos para una evaluación clínica ampliada y observacional, observando el manejo de su corporalidad, emociones, de su creatividad, incorporando el análisis del proceso simbólico del paciente. Durante el primer nivel de atención y como parte del programa psicoeducativo, se brindan pláticas a familiares sobre generalidades de la enfermedad, tratamiento y datos de alarma, para el desarrollo de estrategias conjuntas de manejo del paciente en caso de descontrol.

2do nivel → Duración 9 meses: se incorpora una vez concluido el primer nivel, en esta etapa se dará continuidad a la atención psiquiátrica individual, y se integran a grupos abiertos/cerrados de terapia grupal breve con enfoque psicodinámico que permite mediante identificación proyectiva y reforzamiento de la información la identificación de síntomas específicos de la enfermedad, conductas desadaptativas, datos de recaída y se promueve la búsqueda de reinserción social, familiar, laboral, académica, interpersonal, sexual, entre otras para mejorar calidad de vida y minimizar el riesgo de recaída. Se integran a un taller de dibujo/pintura; el cual, desde el contexto terapéutico, se utiliza como un medio de comunicación no verbal, para acompañar, facilitar y posibilitar un cambio significativo en la persona mediante la utilización de diversos medios artísticos.

3er nivel → Duración 3 meses: El paciente en esta etapa mantendrá atención psiquiátrica individualizada e ingresara a un grupo de transición, donde se identifican y puntualizan los alcances logrados durante el proceso y se prepara para continuar seguimiento externo ya que será canalizado a sitio de atención que corresponda.

Desde el 2022 hasta la fecha 13 pacientes fueron egresados del servicio de fin de semana, permaneciendo al momento en el programa un total de 22 pacientes.

La calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia es significativamente menor debido a la enfermedad. Los pacientes corren un alto riesgo de estar fuera del mercado laboral, viviendo solos y aislados de la sociedad durante su vida, sin lograr independencia. Esto conduce a enormes pérdidas sociales y causa un daño económico importante. En este sentido, los métodos del tratamiento de la esquizofrenia y los programas de rehabilitación deben tener como objetivo principal mejorar el funcionamiento social de dichos pacientes, otorgarles las herramientas para conseguir trabajo factible e integrarlos en la sociedad.²¹

El modelo comunitario de psiquiatría surge como una alternativa para disminuir la brecha de tratamiento de los pacientes con esquizofrenia, buscando métodos para lograr la adaptación en la comunidad más allá de la contención intrahospitalaria.³² Y ante el fracaso en los modelos previamente instaurados, se proponen alternativas residenciales y hospitalizaciones parciales.

Planteamiento del Problema.

La palabra esquizofrenia a lo largo de la historia ha sido asociada a los individuos que la padecen marcándolos como seres incapaces de ser parte de la fuerza laboral, teniendo un desempeño inadecuado, o inundándolos de estereotipos irracionales.

Los trastornos del espectro psicótico presentan un curso crónico y episódico, provocando alteraciones en todas las áreas de la vida generando pérdidas de funciones psicosociales, discapacidades y sufrimiento en el paciente y la familia. Respecto a la capacidad de participación en sociedad, los resultados obtenidos en diversos estudios, muestra que los grupos de pacientes que no son laboralmente activos presentan mayor discapacidad en comparación a los que sí lo son.²²

Por otra parte, el 60% de personas con esquizofrenia se ven gravemente afectados en funcionamiento social y presentan déficits cognitivos que dificultan la adaptación comunitaria, académica y laboral requiriendo apoyo permanente del sistema sanitario y/o de la familia.²³

Revisiones de estudios sobre el estado cognitivo de las personas de mediana edad y mayores con esquizofrenia apuntan a mayor presencia de déficit en cognición global, en

donde variables como la edad, ser hombre, bajo nivel educativo, sintomatología activa, institucionalización y la duración de la enfermedad, contribuyen a mayor presencia del déficit.²⁴

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez cuenta con una unidad de seguimiento de forma externa, específicamente con la finalidad de reinsertar y rehabilitar pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Sin embargo, durante los 18 meses del programa de trastornos psicóticos en hospital de fin de semana, no se cuenta con una herramienta que cuantifique la funcionalidad de los pacientes al ingreso y al egreso por lo que no contamos con indicadores objetivos del impacto de la intervención. En respuesta, y partiendo de una visión de mejora continua, se debe estadificar la funcionalidad de los pacientes, para seguir otorgando y perfeccionando herramientas que permitan su adaptación y reincorporación social a la brevedad.

En septiembre del 2022 y marzo del 2023 dentro de los consultorios del área de hospital de fin de semana, se aplicó la escala de funcionalidad social y personal (PSP) a los pacientes que ingresaron a hospital de fin semana y que tenían el diagnóstico de esquizofrenia.

Pregunta de Investigación.

¿Cuánta mejoría en la funcionalidad social y personal logran los pacientes ingresados en el primer nivel del programa hospital de fin de semana del HPFBA?

Justificación.

La esquizofrenia es un padecimiento que condiciona en el paciente alteraciones de conducta y se asocia con importantes cambios, como disfunciones laborales y sociales; el riesgo de recurrencia se ha relacionado a persistencia de síntomas, pobre apoyo familiar, ausencia o poca conciencia de enfermedad y comorbilidades. Además de los síntomas comentados ansiedad y labilidad afectiva, se han relacionado con el empeoramiento de la función cognitiva y afectiva.

A partir de instrumentos validados puede ser medida la evolución clínica de los pacientes que padecen esquizofrenia, no solo síntomas positivos y negativos, sino también los

relacionados a funcionalidad laboral, cognitiva y social; considerándose estos últimos pilares indispensables para la rehabilitación, y más importante aún, la reinserción como personas con capacidad desempeñar un papel útil en la sociedad.

En la actualidad el enfoque para abordar pacientes con esquizofrenia debe ir orientado a disminuir el grado de discapacidad y pérdida de las funciones psicosociales; es indispensable evaluar y estadificar el funcionamiento en el ámbito social y personal de los pacientes.

La atención de salud mental no debe centrarse únicamente en déficits y discapacidades de las personas, sino también en fortalezas, capacidades y aspiraciones en relación a recuperación; en consecuencia, las instituciones de salud deben ofrecer alternativas de apoyo a familiares con intervención grupal e involucrarlos en los tratamientos.

Debido a que las hospitalizaciones generan grandes costes económicos, se deben seguir incorporando una serie de innovaciones y avances en las modalidades terapéuticas con la consiguiente reordenación de los servicios asistenciales.

Objetivo general: Establecer mediante la escala de funcionalidad social y personal (PSP) la funcionalidad de los pacientes que ingresan al primer nivel de atención del programa Hospital de fin de semana al ingreso y al concluir el primer nivel del programa.

Objetivos específicos:

- 1.- Establecer mediante la escala de funcionalidad social y personal la funcionalidad de los pacientes que egresan del primer nivel del programa de hospital de fin de semana.
- 2.- Identificar variables sociodemográficas y clínicas asociadas a la recuperación de funcionalidad social y personal en pacientes en el programa de hospital de fin de semana.
- 3.- Identificar cuáles son las características de los pacientes de hospital de fin de semana que presentan mejoría en la escala de funcionalidad social y personal para esquizofrenia.

Método.

Hipótesis: Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que ingresan a hospital de fin de semana presentan mejoría en escala de funcionalidad social y personal.

Hipótesis 0: Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que ingresan a hospital de fin de semana no presentan mejoría en escala de funcionalidad social y personal.

Tipo de diseño.

- Objeto de estudio: Test-retest.
- Fuente de datos: Primaria
- Tiempo en el que se estudia el evento: Longitudinal
- Control de las variables: Observacional

El presente es un estudio test-retest; se aplicará escala a al ingreso y 6 meses después, al contar con los resultados se describieron agrupaciones con los resultados y se consideraron posibles variables confusoras.

- Fin comparativo
- Tipo de muestreo: No probabilístico.

Criterios de elegibilidad:

Inclusión	Exclusión	Eliminación
Pacientes que hayan ingresado al programa de hospital de fin de semana entre marzo y septiembre del 2022.	Presencia de cualquier discapacidad que le impida la participación en un proceso de terapia grupal	Conductas disruptivas; agresividad u otro factor que dificulte su integración a grupos.
Pacientes de ambos sexos que tengan edades 18 años y 59 de edad.	No aceptar ingreso a estudio.	3 inasistencias injustificadas a las actividades programadas en el cronograma.
Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.		Incumplimiento a tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

Procedimiento.

1. Se solicitó la aprobación del proyecto de Tesis por parte del Comité de Ética en Investigación y de Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
2. Tras aceptar participar, durante la entrevista psiquiátrica inicial se solicitó firma de consentimiento informado y posterior a esto se aplicó la escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP) a los pacientes que ingresaron en el periodo comprendido de marzo a septiembre del 2022, mismos que cursaban el primer nivel del programa de psicosis de hospital de fin de semana.
3. Tras finalizar los 6 meses del primer nivel de programa se aplicó nuevamente la escala de funcionalidad social y personal a los pacientes que no abandonaron o fueron excluidos del programa de hospital de fin de semana.
4. Se recabó información y estadificó a pacientes al finalizar el primer nivel del programa para trastornos psicóticos (6 meses de duración).
5. Análisis y procesamiento de la información.

Tamaño de la muestra:

1. Muestreo por conveniencia, determinado a la cantidad de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que ingresaron al programa de hospital de fin de semana entre el mes de marzo y septiembre del 2022.

Cuadros variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Dependiente Independiente
Sexo	Característica biológica que es asignada al nacer.	Mujer Hombre	Cualitativa nominal	Independiente
Edad	Periodo de vida que el individuo refiere en años.	18 años a 59 años.	Cuantitativa discreta	Independiente
Escolaridad	Grado de estudio más alto aprobado por la población en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional o su equivalente	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado	Cualitativa ordinal	Independiente

	en el sistema abierto de enseñanza o en estudios en el extranjero.			
Estado civil	Condición que tiene cada individuo de acuerdo con la legislación matrimonial del país (es decir, la situación legal).	Soltera (o) Casada (o)	Cualitativa nominal	Dependiente
Funcionalidad personal y social	Capacidad de una persona para el adecuado desempeño en diferentes roles sociales y sus funciones reales, además de funciones básicas de autocuidado.	1 al 100	Cuantitativa discreta	Dependiente
Tiempo de psicosis no tratada hasta diagnóstico	Tiempo transcurrido desde que aparecen los primeros síntomas de enfermedad hasta que se establece diagnóstico por personal de salud.	Años diagnóstico hasta inicio de primer tratamiento.	Cuantitativa discreta	Independiente
Tratamiento	Familia de fármacos clasificados según su vía de administración y/o época de desarrollo.	Típicos. Atípicos. Depósito.	Cualitativa nominal	Dependiente
Edad de inicio de síntomas	Periodo de vida del individuo en que familiares o el, identifica inicio de síntomas psicóticos.	De 17 años 6 meses hasta 59 años.	Cuantitativa discreta	Independiente
Abandono a tratamiento	Número episodios en los que se ha abandonado tratamiento por más de 2 semanas desde diagnóstico inicial.	0 a X	Cuantitativa nominal	Independiente

Instrumento

Nombre: Escala de funcionamiento social y personal en pacientes con esquizofrenia (PSP).

Autor y año de publicación: Escala desarrollada por García- Portilla en el 2011. Garcia-Portilla MP 2011. ¹⁸

Características del instrumento: La escala se divide en un proceso de tres etapas, inicialmente se utilizan los criterios operativos, los clínicos puntúan la gravedad de las dificultades existentes en las 4 áreas; posteriormente usando un algoritmo de puntuación estas 4 puntuaciones se estadifican en una puntuación con un intervalo de 10 puntos, que va de 1-10 a 91-100 y por último, teniendo en cuenta el funcionamiento en una relación de otras 9 áreas de la vida, se suma cada una de ellas en caso de encontrarse presente para elegir una puntuación específica.

Análisis estadístico.

Para el análisis de las variables cualitativas se elaboraron tablas de frecuencias y porcentajes. En el caso de las variables cuantitativas se obtuvieron tablas a partir de medidas de tendencia central y dispersión como media o mediana, rango o desviación estándar.

Para la comparación de los resultados antes y después se utilizó diferencias de medias de las variables cuantitativas con prueba t Student o U Mann-Whitney.

Aspectos éticos.

El presente proyecto de investigación se clasifica como investigación con riesgo mínimo y se tomarán tres medidas de protección frente al riesgo emocional que pudiera ocasionar la investigación; antes y posterior al egreso del programa se otorgará una explicación formal detallada respecto a la finalidad de aplicación. De igual forma la investigación se registrará por los criterios éticos de respetar y garantizar los derechos de los participantes, garantizar protección y confidencialidad de los datos e identidad de los participantes.

Por último, el resguardo de la información está a cargo de los médicos tratantes y del responsable del estudio, permaneciendo toda la información obtenida bajo una estricta confidencialidad.

La colección de datos solo se realizará después de obtener el consentimiento informado del participante y este puede salir del protocolo en el momento que lo decida; la escala se aplicará en consultorios destinados a hospital de fin de semana los cuales cuentan con las especificaciones necesarias para aplicación de instrumento.

Financiamiento

Impresión de escalas con recursos del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, resto de fondos a través de investigador principal.

Resultados.

En la muestra inicial se aplicó la escala a los 24 pacientes que ingresaron en el periodo comprendido de marzo a septiembre del 2022; tras 6 meses de primer nivel de programa, se realizó una segunda aplicación del instrumento a los 19 pacientes que continuaron dentro del programa.

En relación a las características sociodemográficas se observó que ingresaron en su mayoría hombres siendo 83% (n=20) en comparación al 17% de mujeres (n=3). Únicamente una usuaria mujer con estado civil casada. **Tabla 1.**

Tabla 1. Estado civil/sexo (n=24)				
		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Estado civil	Soltero	20	3	23
	Casado	0	1	1
Total		20	4	24

La mediana de la edad de los pacientes que ingresaron en el periodo comprendido de marzo a septiembre fue de 31.08 años (mínimo 21 máximo 50).

De la población total, la mediana para inicio de síntomas de esquizofrenia fue de 24.54 años, con edad (mínimo 14-máxima 42). En relación al tiempo con el diagnóstico de esquizofrenia la mediana fue de 9.54 años (mínimo 1-máximo 34) con el padecimiento psiquiátrico. **Tabla 2.**

Tabla 2. Resumen variables cuantitativas años (n=24)			
	Mediana	Mínimo	Máximo
Edad de paciente	31.08 años	21 años	50 años
Edad de diagnóstico	21.54 años	14 años	42 años
Tiempo de evolución	9.54 años	1 año	34 años

Del tiempo transcurrido desde inicio de síntomas hasta establecer diagnóstico de esquizofrenia se obtuvo una mediana de 30.83 meses (mínimo 1-máximo 108).

El número de pacientes que ingresaron y que han tenido desde su diagnóstico al menos un episodio de abandono de tratamiento para esquizofrenia por más de 2 semanas, fue el 54.1% (n=13); con mediana de 2.23 episodios de abandono (máximo 4-mínimo 2). Únicamente una

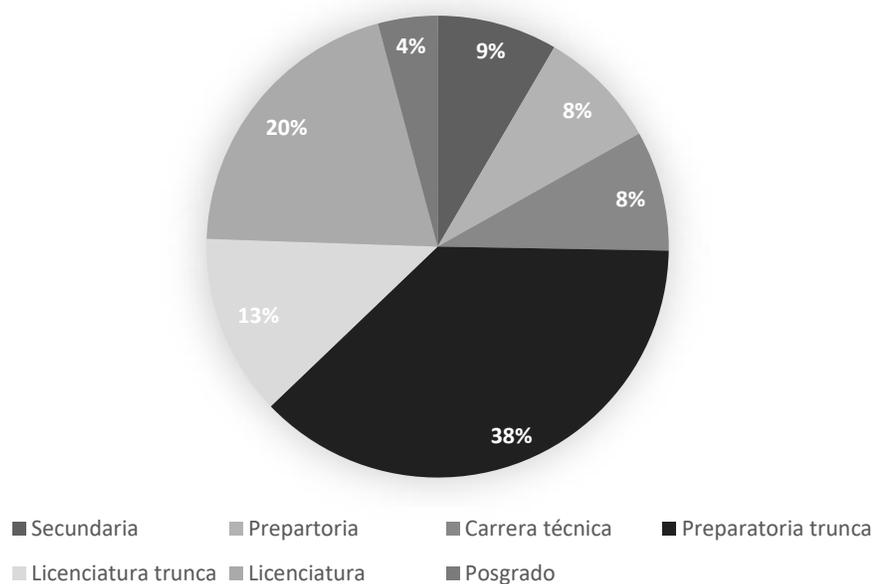
mujer con un episodio de abandono de tratamiento. En el caso de los hombres, 6 pacientes tenían 2 episodios de abandono a tratamiento y 2 pacientes con uno, tres y cuatro episodios.

Tabla 4.

Tabla 4. Episodios de abandono conforme a sexo. (n=13)			
Numero de episodios de abandono	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
1	2	1	3
2	6	0	6
3	2	0	2
4	2	0	2

La escolaridad de los pacientes que ingresaron se distribuyó de la siguiente forma; el 37% (n=9) de los pacientes contaban con preparatoria trunca, el 20% (n=5) contaban con grado de licenciatura, el 12.5% (n=3) con licenciatura trunca; secundaria, carrera técnica y preparatoria cada una con 8.3% (n=2) y 1 paciente con posgrado que representa el 4.1%. **Gráfico 1.**

Gráfico 1. Escolaridad (n=24)



A cinco pacientes de las 24 iniciales no fue posible aplicar la escala PSP a los seis meses de seguimiento por abandono del programa del hospital parcial. La media de puntaje en la muestra inicial fue de 77.21, (mínimo 63-máximo 100). En caso de la segunda aplicación la media fue de 76.8 (mínimo 14-máximo de 100). **Tabla 5.**

Tabla 5. Resumen de puntuaciones en PSP.		
	Medición inicial	Medición final
Total	24	19
Media	77.21	76.8
Mínimo	63	14
Máximo	100	100

De los 19 pacientes se encontró que 9 de los pacientes mostraron mejoría en la escala PSP, 4 se mantuvieron sin cambios y 6 resultaron con puntuaciones más bajas.

Del total de pacientes que concluyeron el seguimiento (19 pacientes) 17 fueron hombres, 9 presentaron mejoría, 3 no presentaron cambios y 5 presentaron puntuaciones más bajas. En el caso de las mujeres (2 pacientes), una no presentó cambios y otra puntuó más bajo. **Tabla 6.**

Tabla 6. Resultados respecto a evolución final conforme al sexo				
		Baja en puntuación	Sin cambios	Mejoría
Sexo	Hombre	5	3	9
	Mujer	1	1	0
Total		6	4	9

De los nueve pacientes que mostraron mejoría, tres tuvieron preparatoria trunca, dos carreras técnicas, 2 con licenciatura, 1 con preparatoria y 1 con licenciatura trunca.

Los pacientes que no mostraron cambios, tenían grados de escolaridad más altos, 1 con posgrado, 2 con licenciatura y 1 con preparatoria completa. Referente a las puntuaciones más

bajas en comparación a la aplicación inicial, 3 contaban con preparatoria trunca, y 1 paciente para secundaria, 1 con licenciatura y 1 con licenciatura trunca. **Tabla 7.**

Tabla 7. Grado académico en relación a evaluación final			
	Baja en puntuación	Sin cambios	Mejoría
Secundaria	1	0	0
Carrera técnica	0	0	2
Preparatoria trunca	3	0	3
Preparatoria	0	1	1
Licenciatura trunca	1	0	1
Licenciatura	1	2	2
Posgrado	0	1	0
Total	6	4	9

En relación al tratamiento psicofarmacológico, de los pacientes con mejoría, 4 tenían tratamiento antipsicótico atípico, 2 con tratamiento de depósito y antipsicótico atípico, 2 con típico y atípico y solo 1 paciente con tratamiento de antipsicótico típico. De los 4 pacientes sin cambios, 2 tenían tratamiento con antipsicótico atípico y 2 con la combinación antipsicótico atípico y atípico. Los pacientes con baja en puntuación, 3 contaban con depósito y típico, 1 con depósito y típico y 2 únicamente tratamiento con atípico. **Tabla 8.**

Tabla 8. Familia de fármacos en relación a evaluación final			
	Baja en puntuación	Sin cambios	Mejoría
Típico	0	0	1
Atípico	2	2	4
Depósito y atípico	3	0	2
Depósito y típico	1	0	0
Típico y atípico	0	0	2
Atípico y atípico	0	2	0
Total	6	4	9

En el transcurso de los 6 meses, del total de 24 pacientes hubo 3 de ellos que presentaron exacerbación de síntomas psicóticos, que cumplieron con criterios y requirieron manejo intrahospitalario. De estos 2 en la evaluación final presentaron puntuación más baja y 1 con mejoría. Posterior a los primeros 6 meses del programa, el 29% (n=7) de los pacientes no continuaron seguimiento, de los cuales 2 fueron por mejoría y 5 por abandono de tratamiento, manteniéndose en seguimiento el 71% (n=16). **Tabla 9.**

Tabla 9. Estatus final de pacientes (n=24)			
	Activos	Egreso mejoría	Egreso por abandono
Estatus de paciente	16	2	7

Discusión.

En el siglo XXI la salud mental se ha convertido en una de las principales preocupaciones por su impacto económico exponencial en los sistemas de salud. El control de los síntomas agudos en los pacientes con esquizofrenia es solo el primer paso para lograr la recuperación global de los pacientes, el presente estudio describe las características sociodemográficas y compara la funcionalidad social y personal al ingreso y tras 6 meses de primer nivel del programa de hospital de fin de semana.

Se reportaron las frecuencias, porcentajes y se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión de las variables consideradas, para los 24 pacientes que ingresaron entre marzo y septiembre del 2022; esta cifra corresponde al 1.3 % de la incidencia de casos de esquizofrenia en el Hospital Fray Bernardino Álvarez en el 2022. Este porcentaje no dista del panorama nacional para manejo de pacientes psiquiátricos, especialmente esquizofrenia en el cual se atiende aproximadamente 26.5% en medio hospitalario y una mínima cantidad de atención para servicios ambulatorios (5.5%).²⁵

La mayoría de los pacientes que ingresaron fueron hombres (n=20) equivalente al 83%, de estos se encontró que la edad máxima fue 50 años, los pacientes que ingresaron tuvieron edad media de diagnóstico de 24 años lo que concuerda con la estadística reportada en nuestro

país, donde se comenta que al menos el 70% de los pacientes son diagnosticados en adolescencia y adultos jóvenes.²⁶ Del 17% (n=4) correspondiente a las mujeres que ingresaron al programa, no se encontraron puntuaciones más altas en comparación a la aplicación final; contrario a lo encontrado en la literatura, donde las mujeres tienen un mejor funcionamiento social total a lo largo del curso de la enfermedad.²⁷

Más de la mitad de los pacientes (54.1%) que ingresaron al programa contaban con al menos 2 episodios de abandono a tratamiento con antipsicóticos lo que ampliamente se ha relacionado con mayor riesgo de recaídas y mayor dificultad para el control de los síntomas asociados al padecimiento.²⁸

Los cambios relacionados a la aplicación antes y después del primer programa de atención no mostraron resultados estadísticamente significativos; encontrando que la media de la medición inicial fue de 77.21 y la final de 76.8, por otra parte, llama la atención que para puntaje mínimo en la aplicación inicial fue de 63 y en el final fue 14 puntos.

El tratamiento que tras la segunda aplicación del instrumento tuvo mayores casos de mejoría fue con antipsicótico atípico único; lo cual ha mostrado evidencia en la literatura nacional e internacional, donde se recomiendan antipsicóticos atípicos como línea inicial de tratamiento por presentar menor cantidad de efectos adversos, principalmente para síntomas extrapiramidales, siempre individualizando al paciente y teniendo en cuenta las posibles complicaciones cardiometabólicas de cada uno.²⁹

Además del tratamiento farmacológico existen otras intervenciones para manejo de la disfunción social, por su parte Kimhy et al, encontró que la actividad física aeróbica deficiente representa un factor de riesgo modificable y sugiere un método de intervención efectivo, a través de actividad aeróbica mostrando mejoría en funcionalidad social, neurocognición y funcionamiento cardiovascular.³⁰

Tras 6 meses de seguimiento; de la muestra inicial hubo 3 pacientes, todos hombres, que requirieron hospitalización en el HPFBA, concordante con la información reportada por Díaz

Castro et al. quien comenta que los hombres con trastornos mentales graves, en especial esquizofrenia, requieren mayormente manejo intrahospitalario.²⁵

Por último, la disfunción social en la esquizofrenia no resulta exclusivamente de la falta de interacción, sino también por los déficits en intercambios en niveles profundos de comunicación, dicho intercambio tiene implicaciones clínicas importantes en la calidad y cantidad de relaciones interpersonales. Literatura reciente sugiere enfoques de tratamiento que específicamente fomenten interacciones sociales.³¹

Al finalizar la recolección de información hubo 9 pacientes que egresaron del programa tras el primer nivel de atención, únicamente 2 casos por mejoría y 7 de ellos por abandono a tratamiento.

Conclusión.

El funcionamiento social es uno de los aspectos más importantes que influyen en el pronóstico de la enfermedad; la estrategia más viable y con mejores resultados, está basada en modelos comunitarios y preventivos, enfocado en rehabilitación y reinserción de los pacientes con trastorno mental grave.

Las principales metas para la salud mental tienen como objetivo mejorar la distribución del presupuesto, fortalecimiento de servicios de atención primaria y reestructuración de hospitales psiquiátricos; es menester no dejar del lado la importancia de la capacitación y enseñanza, en relación a la esquizofrenia para personal de psicología, trabajo social y enfermería, como catalizador para crear una amalgama sólida entre paciente, familiares y asociaciones civiles, permitiendo así el desarrollo de estrategias para fomentar apego/seguimiento y participación.

En la actualidad, el modelo de atención está orientado en el cambio, a través de políticas que permitan que la gran concentración de la atención intrahospitalaria disminuya, permitiendo la transición a una mayoría de manejo ambulatorio como el que se ofrece en hospital de fin de semana. Donde la atención individualizada y el seguimiento extrahospitalario estrecho permite la atención del usuario sin apartarlo de su entorno y núcleo familiar. Esto implica una mejor

vinculación con dispositivos de salud mental, con el fin de evitarse reingresos, fortalecer la autoayuda y fomentar el empoderamiento de los individuos y familiares.

Por último, es conveniente desarrollar estrategias que permitan abaratar los costes frente a la hospitalización convencional, debido a que la inversión en salud mental es rentable en sí misma, dado la alta potencialidad de estos padecimientos, para condicionar disfuncionalidad y discapacidad, principalmente laboral.

Limitaciones.

El presente proyecto no midió impacto de la intervención tras el ingreso a hospital de fin de semana, al no contar con grupo control; se limitó a describir las variables identificadas al inicio y 6 meses después. Con lo observado se puede describir el resultado de haber aplicado el instrumento. En el futuro y tras investigación dirigida, la escala de funcionalidad social y personal para pacientes con esquizofrenia, puede funcionar como escrutinio de ingreso a hospital de fin de semana, estudios posteriores pudiesen dirigirse a utilizar puntajes de 60 y superiores como criterio de ingreso.

Se pueden hacer estudios para evaluar la equivalencia clínica; debido a que todos los ingresos puntuaron arriba de 65 puntos, lo que brindaría objetividad aunada a los criterios clínicos. En resumen, la aplicación inicial puede cuantificar funcionalidad cuando ingresan y hacer match clínicamente con criterios de ingreso de hospital de fin de semana.

Otra línea de investigación puede dirigirse a las ventajas de ingreso con puntuación arriba de 90; los pacientes que ya puntúan alto no presentaron disminución en la segunda aplicación, por lo que se debe estudiar si tienen algún beneficio el ingreso de estos pacientes.

Por último, en comparación con los ingresos nuevos en todo el hospital (con diagnóstico de esquizofrenia) el volumen de pacientes que ingresa a hospital de fin de semana fue bajo, por lo tanto, se deben hacer las investigaciones pertinentes para que la escala pueda ser utilizada como instrumento de selección y/o contribuir a familiarizar a los clínicos con los criterios de ingreso. Con la muestra se planeará hacer estudios de casos y controles con la finalidad de medir impacto de la intervención del programa.

Perspectivas.

El conocimiento de la enfermedad mental y su tratamiento, así como la vinculación de la familia de una manera activa en el cuidado y atención de los pacientes con esquizofrenia son aspectos fundamentales. Es por esto que el manejo fuera del ámbito hospitalario puede ser de gran ayuda en la recuperación de los pacientes, debido a que existe relación directa entre las recaídas y el acompañamiento familiar deficiente.

La atención de salud mental no debe centrarse únicamente en los déficits y discapacidades de los pacientes, sino también en fortalezas, capacidades y aspiraciones en relación a recuperación; en consecuencia, las instituciones de salud deben ofrecer alternativas de apoyo a familiares con intervenciones grupales e involucrarlos más eficientemente en los tratamientos. Se logrará reducir el número de ingresos hospitalarios mediante una amplia red de dispositivos de atención extrahospitalaria, siempre teniendo en cuenta la perspectiva bioética, clínica, económica y jurídica. Sin embargo, deben considerarse los limitantes económicos y sociales inherentes a nuestra población, ergo, los profesionales de salud mental deberán capacitarse y cerciorarse que el manejo fuera del ámbito hospitalario debe ser un lugar terapéutico adecuado.

REFERENCIAS.

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5a). American Psychiatric Association; 1994.
2. Grandón P, Aguilera AV, Bustos C, Alzate EC, Saldivia S. Evaluación del estigma hacia personas con diagnóstico de esquizofrenia mediante una escala de conocimiento. *Rev Colombia Psiquiatría (Engl)* [Internet]. 2018;47(2):72–81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.01.009>
3. Suárez-Vergne Á, Tardivo G, Cano ED, Fernández MF. Estereotipos sobre la depresión y la esquizofrenia en Twitter. *Cuaderno Venezolano de Sociología*. 2019;28(3):75–90
4. Myin-Germeys I. Real-life social interactions in schizophrenia. *Schizophr Res* [Internet]. 2020;216:10–1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2019.11.042>

5. Apiquian R, Elena Ulloa R, Erosa S, Herrera-Estrella M, Moreno-Gomez A, Nicolini H. Validity of the Spanish version of the personal and social performance scale in schizophrenic patients. *Schizophrenia Res* [Internet]. 2008;102(1–3):234–5. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0920-9964\(08\)70707-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0920-9964(08)70707-2).
6. Taborda Zapata EM, Montoya González LE, Gómez Sierra NM, Arteaga Morales LM, Correa Rico OA. Intervención de la esquizofrenia desde el modelo comunitario. *Rev Colombia Psiquiatría* [Internet]. 2016;45(1):46–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.09.001>
7. Eisenberg L. The social construction of the human brain. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1995;152(11):1563–75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.152.11.1563b>
8. Klosterkötter J, Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas RKR, Linszen D, Birchwood M, et al. The European Prediction of Psychosis Study (EPOS): integrating early recognition and intervention in Europe. *World Psychiatry*. 2005;4(3):161–7.
9. Ruiz-Iriondo M, Salaberria K, Echeburua E, Iruin A, Gabaldón Poc O, Fernández Marañón I. Global functioning among middle-aged patients with chronic schizophrenia: the role of medication, working memory and verbal comprehension. *An Psicol* [Internet]. 2019;35(2):204–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.2.336251>.
10. Kielan-Cebo J, Krężolek M, Pionke R, Gawęda Ł. The role of insecure attachment and cognitive biases in the social functioning of schizophrenia spectrum patients. *J Clin Psychol* [Internet]. 2021;77(3):846–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.23072>.
11. Corbera S, Wexler BE, Bell MD, Pearlson G, Mayer S, Pittman B, et al. Predictors of social functioning and quality of life in schizophrenia and autism spectrum disorder. *Psychiatry Res* [Internet]. 2021;303(114087):114087. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114087>.
12. Pelletier-Baldelli A, Strauss GP, Kuhney FS, Chun C, Gupta T, Ellman LM, et al. Perceived stress influences anhedonia and social functioning in a community sample enriched for psychosis-risk. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2021; 135:96–103. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.005>

13. Guedes de Pinho LM, Pereira AM de S, Chaves CMCB. Quality of life in schizophrenic patients: the influence of sociodemographic and clinical characteristics and satisfaction with social support. *Trends Psychiatry Psychother* [Internet]. 2018;40(3):202–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0002>
14. Peralta V, Cuesta MJ. Social cognition in schizophrenia: the relevance of early detection and intervention. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2017;40(2):173–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23938/ASSN.0039>
15. Mutlu E, Abaoğlu H, Barışkın E, Gürel ŞC, Ertuğrul A, Yazıcı MK, et al. The cognitive aspect of formal thought disorder and its relationship with global social functioning and the quality of life in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2021;56(8):1399–410. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-021-02024-w>.
16. Marggraf MP, Lysaker PH, Salyers MP, Minor KS. The link between formal thought disorder and social functioning in schizophrenia: A meta-analysis. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2020;63(1): e34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.30>.
17. Prat G, Marquez-Arrico JE, Río-Martínez L, Navarro JF, Adan A. Premorbid functioning in schizophrenia spectrum disorders with comorbid substance use: A systematic review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* [Internet]. 2021;110(110310):110310. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110310>
18. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Bousoño M, Bascaran MT, Guzmán-Quilo C, Bobes J, et al. Validación de la versión española de la escala de Funcionamiento Personal y Social en pacientes ambulatorios con esquizofrenia estable o inestable. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2011;4(1):9–18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.11.003>
19. Burns T, Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2007;116(6):403–18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01108.x>
20. Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2010;197(5):350–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074526>.

21. Zorkina Y, Morozova A, Abramova O, Reznik A, Kostyuk G. Sex differences in social functioning of patients with schizophrenia depending on the age of onset and severity of the disease. *Early Interv Psychiatry* [Internet]. 2021;15(5):1197–209. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/eip.13063>.
22. Rocca P, Galderisi S, Rossi A, Bertolino A, Rucci P, Gibertoni D, et al. Social cognition in people with schizophrenia: a cluster-analytic approach. *Psychol Med* [Internet]. 2016;46(13):2717–29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291716001100>.
23. Cohen CI, Vahia I, Reyes P, Diwan S, Bankole AO, Palekar N, et al. Focus on geriatric psychiatry: schizophrenia in later life: clinical symptoms and social well-being. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2008;59(3):232–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/ps.2008.59.3.232>.
24. Cardona EYB, editor. *Funcionamiento social y cognitivo en pacientes con esquizofrenia*. Vol. 14. Facultad de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia; 2019.
25. Díaz-Castro L, Cabello-Rangel H, Medina-Mora ME, Berenzon-Gorn S, Robles-García R, Madrigal-de León EÁ. Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2020;62(1):72–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21149/10323>.
26. Escamilla-Orozco RI, Becerra-Palars C, Armendáriz-Vázquez Y, Corlay-Noriega IS, Herrera-Estrella MA, Llamas-Núñez RE, et al. Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. *Gac Med Mex* [Internet]. 2021;157(Supl 4):S1–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/GMM.M21000501>.
27. Vázquez-Reyes A, Ángeles Pérez-San-Gregorio M, Martín-Rodríguez A, Vázquez-Morejón AJ. Ten-year follow-up of social functioning and behaviour problems in people with schizophrenia and related disorders. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2022;68(7):1324–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/00207640211023083>.
28. De personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos DA a. ERP la O se EQ 400 M, De niñas y en AL y. el C se CQ 17 M. *Epidemiología en el ámbito internacional* [Internet]. Gob.mx. [citado el 21 de julio de 2023]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_cap3.pdf.

29. El abordaje temprano y tratamiento mixto en el manejo de la esquizofrenia: Guía de práctica clínica basada en evidencia de un hospital especializado en salud mental del Ministerio de Salud del Perú.

30. Kimhy D, Tay C, Vakhrusheva J, Beck-Felts K, Ospina LH, Ifrah C, et al. Enhancement of aerobic fitness improves social functioning in individuals with schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2021;271(2):367–76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00406-020-01220-0>.

31. Abel DB, Salyers MP, Wu W, Monette MA, Minor KS. Quality versus quantity: Determining real-world social functioning deficits in schizophrenia. *Psychiatry Res* [Internet]. 2021;301(113980):113980. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113980>.

32. Gomez P, Enders JE, Alvarado R, Cometto MC, Fernández AR. Psychological evaluations of operation of patients with mental disorders. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 2015;72(4):243–9.

ANEXO 1

Escala del funcionamiento social y personal (PSP) en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

1. Puntúe el grado de disfunción del paciente durante el *último mes* en las siguientes 4 áreas principales. Para determinar el grado de disfunción ha de utilizar los *criterios operativos* que se facilitan a continuación. Observe que hay unos criterios comunes para las áreas a-c y otros criterios específicos para el área d.

		Ausente	Leve	Manifiesta	Marcada	Grave	Muy grave
a.	Autocuidado	<input type="checkbox"/>					
b.	Relaciones personales y sociales	<input type="checkbox"/>					
c.	Actividades sociales habituales, incluidos trabajo y estudio	<input type="checkbox"/>					
d.	Comportamientos perturbadores y agresivos	<input type="checkbox"/>					
<i>Niveles de gravedad áreas a-c</i>							
(i) Ausente							
(ii) Leve: solamente conocido por alguien muy cercano a la persona							

	Ausente	Leve	Manifiesta	Marcada	Grave	Muy grave
(iii) Manifiesto: dificultades claramente perceptibles por cualquiera, aunque no interfieren sustancialmente con la capacidad de la persona para realizar su actividad en dicha área, teniendo en cuenta el contexto sociocultural, edad, sexo y nivel de educación de la persona						
(iv) Marcado: las dificultades interfieren considerablemente con el desempeño de la actividad en esa área; sin embargo, la persona todavía es capaz de realizar algunas cosas sin ayuda profesional o social, si bien inadecuada u ocasionalmente; si es ayudada por alguien es capaz de alcanzar el nivel de funcionamiento anterior						
(v) Grave: dificultades que hacen que la persona sea incapaz de realizar cualquier actividad en esa área, si no es ayudada profesionalmente, o lleva a la persona a una actividad destructiva; sin embargo, no hay riesgos de supervivencia						
(vi) Muy grave: deterioros y dificultades de tal intensidad como para poner en peligro la supervivencia de la persona						
<i>Niveles de gravedad área d</i>						
(i) Ausente						
(ii) Leve: grosería, insociabilidad o quejas leves						
(iii) Manifiesto: hablar demasiado alto o hablar con otros de una forma demasiado familiar o comer de una forma socialmente inaceptable						
(iv) Marcado: insulta a otros en público, rompe o tira objetos, actúa frecuentemente de una forma socialmente inapropiada, pero no peligrosa (p. ej., desnudarse u orinar en público)						
(v) Grave: amenazas verbales o agresiones físicas frecuentes, sin intención ni posibilidad de lesiones graves						
(vi) Muy grave: actos agresivos frecuentes, dirigidos a causar lesiones graves						

2. Seleccione un intervalo de 10 puntos. La selección del intervalo de 10 puntos se basa en los grados de disfunción que ha determinado para las 4 áreas principales: a) autocuidado; b) relaciones personales y sociales; c) actividades sociales habituales, incluidos trabajo y estudio; y d) comportamientos perturbadores y agresivos.

100-91	Funcionamiento excelente en las 4 áreas principales. Se le tiene en elevada consideración por sus buenas cualidades, afronta adecuadamente los problemas de la vida, está involucrado en un amplio rango de intereses y actividades
90-81	Funcionamiento bueno en las 4 áreas principales, presencia tan sólo de problemas o dificultades comunes
80-71	Dificultades leves en una o más áreas a-c
70-61	Dificultades manifiestas, pero no marcadas en una o más áreas a-c o dificultades leves en d
60-51	Dificultades marcadas en una de las áreas a-c, o dificultades manifiestas en d
50-41	Dificultades marcadas en 2 o más áreas, o dificultades graves en una de las áreas a-c, con o sin dificultades manifiestas en d
40-31	Dificultades graves en una área y dificultades marcadas en al menos una de las áreas a-c, o dificultades marcadas en d
30-21	Dificultades graves en 2 áreas a-c, o dificultades graves en d, con o sin deterioro en las áreas a-c
20-11	Dificultades graves en todas las áreas a-d o muy graves en d con o sin deterioro en las áreas a-c. Si la persona reacciona a provocaciones externas las puntuaciones sugeridas son 20-16; si no, las puntuaciones sugeridas son 15-11
10-1	Falta de autonomía en el funcionamiento básico con comportamientos extremos, pero sin riesgos de supervivencia (puntuaciones 6-10) o con riesgo de supervivencia, p. ej. riesgo de muerte por malnutrición, deshidratación,

infecciones, incapacidad para reconocer situaciones de peligro manifiesto
(puntuaciones 1-5)

Ajuste dentro del intervalo de 10 puntos.

El nivel de disfunción en otras áreas deberá tenerse en cuenta para ajustar la puntuación dentro del intervalo decimal (p. ej., de 31 a 40), como:

- Cuidados de salud física y psicológica
- Alojamiento, área de residencia, cuidado de la vivienda
- Contribución a las actividades del hogar, participación en la vida familiar o en la vida del centro de día/residencial
- Relaciones íntimas y sexuales
- Cuidado de los niños
- Red social, amigos y colaboradores
- Ajuste a las normas sociales
- Intereses generales
- Uso del transporte, teléfono
- Estrategias de afrontamiento en situaciones de crisis

El riesgo y el comportamiento suicida no se tienen en cuenta en esta escala.

Registre, entre 0-100, la puntuación final:

ANEXO 2

Carta de jefe del servicio.

Ciudad de México a 10 de Mayo del 2022.

Dr. (a) **Oscar Ojeda Amador**
Presente

Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: **Aplicación de la escala del funcionamiento social y personal (PSP) en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del programa Hospital de fin de semana del HPFBA.**

Durante un periodo de **mayo a junio del 2022 y enero y febrero del 2023** a partir de **mayo del 2022 y enero del 2023**. El cual se evaluará con entrevista neuropsiquiátricas, estudios de laboratorio y realización de **Escala del funcionamiento social y personal.**

Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

Atentamente


Israel Mendoza Rodríguez
Médico Residente de 4º año CP 10388892

ANEXO 3

Declaración de no conflicto de intereses.

De conformidad con lo que establecen los artículos 108^o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1^o, 2^o, 7^o y 8^o de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, Yo Mendoza Rodriguez Israel como personal adscrito a residencia médica de cuarto año número de empleado y con 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 trámites 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 manejaré 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 intervendré 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 el 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: Ciudad de México, en 09 de mayo del 2022.

NOMBRE Y FIRMA: Mendoza Rodriguez Israel



ANEXO 4

Carta compromiso tutor.

Ciudad de México a 10 de mayo del 2023

*DR. RICARDO MORA DURAN,
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN,
PRESENTE*

*Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto fungir como Asesor teórico y metodológico de Tesis de Israel Mendoza Rodriguez Israel, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:***

- a. **Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este***
- b. **Informar avance y seguimiento de la investigación***
- c. **Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación***

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

ATENTAMENTE
Dr. Pablo Von Flores


*Jefe de Investigación del Hospital Psiquiátrico
"Fray Bernardino Álvarez"*

ANEXO 5

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, Ciudad de México a ___ de _____ del 2022.

Protocolo: Aplicación de la escala del funcionamiento social y personal (PSP) en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del programa Hospital de fin de semana del HPFBA.

Registrado ante el Comité de Investigación con número: _____

Registrado ante el Comité de Ética e Investigación con número: _____

Nombre del investigador principal: _____ Israel _____ Mendoza Rodríguez

Dirección del sitio de investigación: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Esquina San Buenaventura, Calle Niño de Jesús No. 2, Tlalpan, colonia y Alcaldía Tlalpan, teléfono conmutador 5573-1889 o 5655-4405

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: _____ declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de evaluar la existencia de _____

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.

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: **Aplicación de la escala del funcionamiento social y personal (PSP) en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del programa Hospital de fin de semana del HPFBA**

Firma de Consentimiento/Asentimiento

Firma de quien Explicó el Procedimiento

Testigo

Testigo