

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
ESCUELA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL



**FAMILIA Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DEL PACIENTE CON
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2017**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. YAZCIRA KARELIA AQUINO TITO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

PUNO – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
ESCUELA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL

TESIS

**Familia y rehabilitación psicosocial del paciente con Esquizofrenia Paranoide del
Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca 2017**

PRESENTADA POR:

Bach. YAZCIRA KARELIA AQUINO TITO



J. Escobedo
DR. JOSÉ OCTAVIO ESCOBEDO RIVERA
UNIDAD DE INVESTIGACION
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

Fecha de Sustentación: 14 de mayo de 2018

APROBADA POR:

PRESIDENTE

:

Y. Escobedo
Mg. YSABEL CRISTINA HITO MONTAÑO

PRIMER MIEMBRO

:

Maria Emma Zuniga Vasquez
Dra. MARIA EMMA ZUNIGA VASQUEZ

SEGUNDO MIEMBRO

:

M. Sc. Eladia Margot de la Riva Valle
M. Sc. ELADIA MARGOT DE LA RIVA VALLE

DIRECTOR / ASESOR

:

Georgina Alejandrina Pinto Sotelo
Dra. GEORGINA ALEJANDRINA PINTO SOTELO

Área : Familias: realidades, cambio y dinámicas de intervención.

Tema : Procesos y dinámicas al interior de la familia.

DEDICATORIA

Son personas que sencillamente me llenan de orgullo, los amo y no habrá manera de devolverles tanto que me han ofrecido en la vida. Esta tesis es un logro más que llevo a cabo, y sin lugar a duda ha sido en gran parte gracias a ustedes, en este momento no se dónde me encontraría de no ser por su apoyo, su compañía y sobre todo su amor.

Mi reconocimiento y agradecimiento a ustedes (Guti, Nini, Mili, Saúl y mis Puchis) mi AMADA
FAMILIA.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primero me gustaría agradecerlo a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A mi directora y asesora de tesis, Dra. Georgina Pinto Sotelo, por su esfuerzo y dedicación, quien, con su conocimiento, su experiencia, su paciencia, su motivación, su visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, por su rectitud en su profesión como docente, por sus consejos, que ayudaron a formarme como persona e investigador.

También me gustaría agradecer a mis profesores de la Facultad de Trabajo Social, que fueron motivación y compañía durante toda mi carrera profesional porque de todas recogí las mejores enseñanzas y conocimientos que hoy en día me ayudan a desempeñarme satisfactoriamente en el ámbito personal y laboral. A ustedes mis queridas profesoras por sus consejos, sus enseñanzas y sobre todo por su amistad.

A mis jefes y colegas del Area de Servicio Social del Hospital Honorio Delgado Arequipa, al maravilloso equipo de trabajo del Programa de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca y definitivamente a mi segunda familia equipo CAI Sumaq Kausay, porque los mejores grupos humanos se encuentran en estas tres instituciones desempeñando día a día una función tan esencial en pro del desarrollo humano y la mejora de la calidad de vida de las personas. Gracias por su espíritu altruista y filantrópico.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más fáciles y difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones, a la familia Panclas Maydana, Montes de Oca Panclas, Medina Lazarinos y demás.

Muchas gracias y que Dios los bendiga.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS.....	8
RESUMEN	9
ABSTRACT.....	10
I. INTRODUCCIÓN	11
II. REVISIÓN DE LITERATURA	13
2.1. FAMILIA DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, ATENDIDO EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL.	13
2.1.1. Familias con un familiar con esquizofrenia paranoide.....	14
2.2. DINÁMICA FAMILIAR DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.....	15
2.2.1. Alteraciones de la dinámica familiar ante una enfermedad crónica como la esquizofrenia paranoide.....	16
2.3. APOYO FAMILIAR PARA LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.....	17
2.4. ESQUIZOFRENIA.	19
2.4.1. Tipos de esquizofrenia.....	20
2.4.2. Tratamiento.	22
2.5. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.	23
2.5.1. Intervenciones psicosociales para personas con esquizofrenia paranoide del servicio de salud mental.	24
2.5.2. Psicoeducación.	24
2.5.3. Intervenciones familiares.	25
2.6. HABILIDADES SOCIALES DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.....	29
2.7. HABILIDADES COGNITIVAS DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.	30
2.8. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
III. MATERIALES Y MÉTODOS	33
3.1. Ámbito y lugar de la investigación.	33
3.2. Tipo de investigación.	33

3.3. Diseño de investigación.	33
3.4. Método de investigación.	33
3.5. Población.....	34
3.5.1. Población muestra.	34
3.6. Método estadístico.	35
3.6.1. Prueba de hipótesis.....	35
3.6.2. Prueba estadística.	35
3.6.3. Regla de decisión.	36
3.7. Técnicas de recolección de datos.	36
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37
4.1. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO ESPECÍFICO N° 01.	37
4.2. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO ESPECÍFICO N° 02.	45
4.3. PRUEBA DE HIPOTESIS GENERAL.	52
V. CONCLUSIONES	57
VI. RECOMENDACIONES.....	58
VII. REFERENCIAS	60
ANEXOS	65
ANEXO A.....	66
ANEXO B.....	68
ANEXO C.....	71
ANEXO D.....	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla n° 1.....	38
Tabla n° 2.....	40
Tabla n° 3.....	43
Tabla n° 4.....	45
Tabla n° 5.....	49
Tabla n° 6.....	51
Tabla n° 7.....	55

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

AEN : ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA

HCMM : HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO.

HH. SS : HABILIDADES SOCIALES.

HVLH : HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA.

MINSA : MINISTERIO DE SALUD.

OMS : ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD.

OPS : ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD.

PSIQ : PSIQUIATRIA.

SIS : SEGURO INTEGRAL DE SALUD.

SM : SALUD MENTAL.

RESUMEN

La presente investigación titulada “**Familia y rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide del Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca- 2017**”; tuvo por **objetivo general**, describir la relación entre la familia y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide del Servicio de Salud Mental; de la misma forma los objetivos específicos; Identificar la relación de la dinámica familiar y con la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide y determinar la relación entre el apoyo familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con de esquizofrenia paranoide; la **hipótesis general** que oriento el presente fue “Existe relación significativa entre la familia y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide atendido en el Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano” y como hipótesis específicas, existe relación significativa entre la dinámica familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide, y existe relación significativa entre el apoyo familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide. **La prueba estadística** realizada indico como muestra poblacional a cuarenta (40) pacientes con esquizofrenia paranoide atendidos en el servicio de salud mental del hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca. entre mujeres y varones; **la metodología** responde al tipo de investigación descriptivo correlacional, el diseño es no experimental, que permitió observar los fenómenos tal como se demuestran en su contexto; **el método** utilizado es Hipotético–Deductivo, el análisis estadígrafo empleado fue el coeficiente de correlación de RHO SPEARMAN. Se arribo a la **conclusión** de que existe relación significativa entre Familia y rehabilitación psicosocial, con una correlación Rho Spearman de 0,963*, lo que significa que existe una CASI PERFECTA CORRELACIÓN POSITIVA, para un 99% de nivel de confianza.

Palabras clave: Dinámica familiar, esquizofrenia paranoide, familia, rehabilitación psicosocial.

ABSTRACT

The present investigation entitled "Family and psychosocial rehabilitation of the patient with paranoid schizophrenia of the Mental Health Service of the Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca - 2017"; Its general objective was to describe the relationship between the family and the psychosocial rehabilitation of the patient with paranoid schizophrenia of the Mental Health Service; in the same way the specific objectives; To identify the relationship between family dynamics and the psychosocial rehabilitation of patients with paranoid schizophrenia and to determine the relationship between family support and psychosocial rehabilitation of the patient with paranoid schizophrenia; The general hypothesis that guided the present was "There is a significant relationship between the family and the psychosocial rehabilitation of the patient with paranoid schizophrenia treated in the Mental Health Service of the Carlos Monge Medrano Hospital" and as specific hypotheses, there is a significant relationship between family dynamics and psychosocial rehabilitation of the patient with paranoid schizophrenia, and there is a significant relationship between family support and psychosocial rehabilitation of the patient with paranoid schizophrenia. the statistical test showed as a population sample forty (40) patients with paranoid schizophrenia treated in the mental health service of the Carlos Monge Medrano - Juliaca hospital. between women and men; the methodology responds to the type of correlational descriptive research, the design is non-experimental, which allowed observing the phenomena as they are demonstrated in their context; The method used is Hypothetical-Deductive, the statistical analysis used was the correlation coefficient of RHO SPEARMAN. We came to the conclusion that there is a significant relationship between Family and psychosocial rehabilitation, with a Rho Spearman correlation of 0.963 *, which means that there is a ALMOST PERFECT POSITIVE CORRELATION, for a 99% confidence level.

Key words: Family dynamics, schizophrenia, paranoid, family, psycho-social rehabilitation.

I. INTRODUCCIÓN

La investigación titulada “Familia y rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide del Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca- 2017”.

En la cual el **objetivo general**, describir la relacion entre la familia y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide del Servicio de Salud Mental; de la misma forma los objetivos específicos; Identificar la relación de la dinámica familiar y con la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide y determinar la relacion entre el apoyo familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con de esquizofrenia paranoide; la **hipótesis general** que oriento el estudio fue “Existe relación significativa entre la familia y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide atendido en el Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano” y como hipótesis específicas, existe relación significativa entre la dinámica familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide, y existe relación significativa entre el apoyo familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide

Según el AVISA (años de vida saludable perdidos anualmente) del año 2014 por enfermedades neuropsiquiátricas en el PERU. Una de las principales patologías que generó el 27% de los AVISA fue la esquizofrenia con 23 792, siendo esta la primera patología que genera discapacidad.

Si hablamos de capital humano, los pacientes con esquizofrenia poseen una escasa participación espontánea. Esta incapacidad para comunicarse y establecer relaciones sociales coloca a los pacientes en una situación de desventaja para satisfacer sus necesidades y para defender sus derechos. Además, los familiares tienen que intervenir en problemas higiénicos, alimentarios, económicos, de asistencia, entre otros. Frente a

ello la familia debe asumir responsabilidades, sin un idóneo respaldo por parte del Estado a pesar de haberse incorporado este tema en los lineamientos de salud mental del MINSA. Con el desarrollo de los antipsicóticos y la desinstitucionalización que trajo la Reforma Psiquiátrica en Europa de un modelo hospitalario a uno más comunitario incluyendo a las familias en el tratamiento de sus familiares enfermos brindándoles directrices de rehabilitación y reinserción social, se deja atrás, procesos donde el enfermo era retirado de la sociedad e ingresado en instituciones mentales

Hoy en día, la familia juega un papel fundamental como protector (para la rehabilitación del paciente), debido a que una de las características del paciente esquizofrénico es la falta de conciencia de enfermedad y no reconocer la importancia de continuar con el tratamiento especializado (no asistir al médico periódicamente, no tomar sus medicamentos, entre otros). Entonces es la familia es la encargada de motivar, acompañar y brindar apoyo al paciente para asegurar su rehabilitación.

En relación con la estructura del proyecto de investigación tesis consta de la siguiente manera:

En el ítem 1: se presenta la introducción.

En el ítem 2: se expone la revisión de la literatura relacionada a las variables de estudio, sobre la familia y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia.

En el ítem 3: en este apartado se presenta la metodología de la investigación, el tipo de investigación muestra poblacional, técnicas e instrumentos.

En el ítem 4: se muestra los resultados y la discusión de la investigación en relación con el objetivo central e hipótesis planteados en la investigación.

En el ítem 5: se tiene las conclusiones a la que arriba la investigación.

En el ítem 6: se encuentra las recomendaciones de acuerdo con la investigación.

En el ítem 7: se ilustran las referencias bibliográficas.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. FAMILIA DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, ATENDIDO EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL.

Para Satir (2002) la familia es un microcosmos del mundo. Para entender al mundo, podemos estudiar a la familia: situaciones como el poder, la intimidad, la autonomía, la confianza y la habilidad para la comunicación. Estas situaciones que indica la autora son esenciales para poder entender la forma de vida en la sociedad. Así mismo nos indica que existen cuatro aspectos de la vida familiar como: “autoestima, comunicación, reglas que rigen en la vida familiar y el enlace con la sociedad”, la autora detalla a cada una de estas y de acuerdo con sus aportes en relación con nuestra población de estudio, identificamos que gran parte de las familias no desarrollaron estos aspectos o se encuentran debilitados.

Así mismo Ortega, Torres, Garrido y Reyes (2012) expresan que la familia es un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción.

Según Bowen (...), la familia constituye un sistema predominantemente relacional y emocional. Así, la familia funciona como una unidad emocional. Cuando la ansiedad crónica es mayor de lo que el sistema puede manejar, surgirá algún tipo de problema clínico. Entender los problemas clínicos en un contexto interpersonal requiere ir más allá del modelo médico, que asume que la causa de la disfunción está en el paciente, para asumir un modelo sistémico, que ve a la familia como la unidad en la que se encuentra esta disfunción. Las familias no causan la enfermedad, pero el sistema emocional familiar afecta

significativamente al modo en que las personas se adaptan al estrés, factor que, sin lugar a duda, es en muchos casos la base de disfunciones físicas, psicológicas y sociales. (Citado por Rodríguez y Martínez, 2015 p. 15).

Sin embargo, frente a los diferentes planteamientos en relación con familia, inferimos de acuerdo con nuestro estudio que no existe una definición que pueda ser utilizada universalmente, ya que la misma tipología y las funciones de esta varían de unas sociedades a otras a lo largo del tiempo y en su propio ciclo vital.

2.1.1. Familias con un familiar con esquizofrenia paranoide.

Las familias de personas diagnosticadas de esquizofrenia han sido estudiadas desde diferentes perspectivas teóricas que a lo largo de los años las han situado en diferentes posiciones.

Tal como afirma Ribé (2014) “la familia pasado de ser consideradas, en la década de los cincuenta del siglo XX, causantes de la enfermedad por alteraciones que se producían en su seno, a ser, en la actualidad, un recurso rehabilitador fundamental”(p. 3).

Del mismo modo Pagés (...) sostiene que la familia es una relación social que sirve de ligamen y mediación ante tal complejidad [esquizofrenia], es el punto de unión entre los individuos y la sociedad. La familia es el principal agente de mediación social [desde que nace comienza a vivir la influencia formativa del ambiente familiar y depende de ello si la enfermedad en este caso Esquizofrenia se aprende a controlar o atraviesa por diferentes crisis] (citado por Rejas, 2011 p.13).

Siguiendo esta línea Rejas (2011) afirma que “frente a la enfermedad como tal, el cambio y la transformación de la familia son contemplados como una readaptación continúa a las nuevas circunstancias y situaciones sociales que le rodean” (p.13).

Por lo que, a la pérdida de redes sociales, falta de empatía social, reconocimiento y apoyo de las instituciones, la afectación del bienestar emocional, la falta de conocimiento para afrontar la enfermedad de sus familiares y la carga económica que supone el cuidar de los pacientes con esquizofrenia se le suman los cambios en los modelos familiares cada vez menos protectores. El autor señala en este apartado precisamente hechos como la incorporación de la mujer al mercado laboral, quien también de acuerdo a varios otros planteamientos asumía el rol de cuidador principal del paciente con esquizofrenia. (Ribé, 2014)

Así mismo, frente a la enfermedad, la familia tiene que asumir responsabilidades no solo para el cuidado del paciente sino el cuidado de la misma familia tal como dan cuenta Gutiérrez - Maldonado y Caqueo – Urizar (2007) los familiares que participan en talleres perciben mayor funcionalidad familiar, ya que esta instancia provee apoyo profesional e informal al ser un espacio social con otros cuyas condiciones son similares, por ello es necesario facilitar la participación de los cuidadores, de la familia en su conjunto en programas psicoeducativos, como parte integral del tratamiento del paciente.

2.2. DINÁMICA FAMILIAR DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.

Agudelo (2005) afirma que la dinámica familiar comprende situaciones psicológica, biológica y social que están presentes en las relaciones que se dan entre los miembros que conforman la familia y que a su vez les posibilita el ejercicio de la cotidianidad en todo lo relacionado con la comunicación, afectividad, autoridad y crianza de los miembros y subsistemas de la familia. Así mismo Gallego (2012) refiere que la dinámica familiar se puede interpretar como los encuentros entre las subjetividades,

encuentros mediados por una serie de normas, reglas, límites, jerarquías y roles, entre otros, que regulan la convivencia y permite que el funcionamiento de la vida familiar se desarrolle armónicamente.

De acuerdo con Ortiz (2013) en la familia el comportamiento de cada sujeto está conectado de un modo dinámico con el de los otros miembros de la familia, por lo tanto, es una red de comunicación entrelazada en la que todos los miembros influyen en la naturaleza del sistema, en la que todos se ven afectados por el mismo [Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de estos, pero, por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y define mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar].

2.2.1. Alteraciones de la dinámica familiar ante una enfermedad crónica como la esquizofrenia paranoide.

Fernández (citado por Rejas 2011), en su artículo *el impacto de la enfermedad en la familia* señala que es necesario apoyar el sistema familiar en su conjunto de manera que las respuestas adaptativas sean lo más funcionales posibles. El autor analiza las consecuencias que tiene la aparición de una enfermedad crónica o terminal en las familias, considera que las consecuencias pueden asemejarse a una crisis debido a la capacidad que tiene para desorganizar el mismo sistema familiar, al igual que pudiera hacerlo una separación, la pérdida de algún miembro, el nacimiento del primer hijo, entre otros. El desajuste puede tener diferentes intensidades en las que influye el tipo de enfermedad, la evolución de ésta y la dinámica del grupo familiar en torno a ella. Generalmente se comienza con el procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la que

se añaden valores, costumbres y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla. (p.16).

Así mismo señala los factores que influyen en el impacto que la enfermedad produce en la familia y por otro lado los principales síntomas de desajuste por la enfermedad. El autor señala que los principales factores que influyen en la familia en relación con la enfermedad son los siguientes: La etapa del ciclo vital, para determinar en qué etapa de la familia se da la enfermedad; la flexibilidad o rigidez de los roles familiares, en la que los miembros de la familia deben negociar los roles a cumplir, es necesario que la asignación de roles no sea tan riguroso pues esto decaería en una mayor dificultad para enfrentarse a la nueva dinámica familiar; la cultura familiar, los valores, costumbres y creencias de la familia influyen en la evolución de la enfermedad; el nivel socioeconómico, la familia debe hacer frente a los nuevos gastos económicos que surgen frente a la enfermedad; el tipo de respuesta familiar (centrípeta o centrifuga) no sobrecargar a un cuidador principal, la familia en conjunto de compartir responsabilidades; capacidad de grupo familiar para la resolución del conflicto, debido al estigma que sufre esta enfermedad. Así mismo, el autor señala Síntomas de desajuste tales como: Aislamiento y abandono, se aíslan de la sociedad; conflicto de roles y límites, pérdida de jerarquía, lucha por el poder; Problemas económicos, incremento de gastos; Negación, cólera y miedo] (Fernández, citado en Rejas 2011, p. 16).

2.3. APOYO FAMILIAR PARA LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.

Leal, Espinosa, Vega y Vega (2002) señalan que el apoyo familiar comprende la protección y ayuda que la familia otorga a un pariente con trastornos psiquiátricos severos que se encuentra recibiendo tratamiento en servicios de atención ambulatoria, en este

sentido los autores consideran aspectos tales como: a) Cuidados básicos: ayuda en alimentación, higiene, entre otros; b) Implicancia en el tratamiento: acompañamiento a las visitas psiquiatra, asistente social, terapeuta ocupacional y sesiones de psicoterapias; c) Preocupación por la medicación: supervisión de la autoadministración de los medicamentos y rigurosidad de las dosis de psicofármacos, respecto al horario y cantidad; d) Interacción social: integración del paciente a las relaciones sociales de su grupo familiar y de pares; e) Búsqueda de la autovalencia del enfermo.

Aylwin y Solar señalan que la “familia debe ser capaz de impulsar la autonomía del paciente, de acuerdo con sus limitaciones y capacidades” (p. 219). Se podría entender, entonces, como autovalencia todas aquellas tareas domésticas básicas que la familia asigne al paciente, por ejemplo; botar la basura, regar las plantas, cuidar mascotas, cuidar de su higiene personal, entre otros (citado por Leal et al. 2002).

Ardila (2009), argumenta que el apoyo familiar definido como proceso psicosocial implica considerar que las formas en las que éste se dé y los significados y valores que se le atribuyan, sólo podrán ser comprendidos a la luz de un contexto sociohistórico específico. Esto significa que el apoyo familiar, además de ser una estrategia individual y relacional particular, anclada a su vez en condiciones biológicas, se configura y se transforma de maneras específicas, de acuerdo con las condiciones sociales e históricas presentes.

Entonces, Las familias de las personas con esquizofrenia paranoide podrán realizar su tarea de la mejor manera, si además de brindarse apoyo entre ellos, cuentan con los apoyos necesarios por parte de los demás actores sociales: la comunidad, el mercado y el Estado.

2.4. ESQUIZOFRENIA.

Diagnóstico.

Según la American Psychiatric Association (2001) la esquizofrenia es un trastorno en el cual las capacidades cognitivas y emocionales se traducen en un comportamiento fragmentado de ambas, tienden a combinarse o a separarse; es por ello que en muchas ocasiones se suele tener dificultad para comprender el pensamiento, actitud y comportamiento en global de las personas que tienen dicho trastorno.

Por otro lado, Napal (2012) menciona que en la esquizofrenia hay un deterioro significativo de la interacción social y familiar, y sobre todo en las funciones neurocognitivas. En referencia al deterioro cognitivo de la esquizofrenia, el mismo progresa a medida que lo hace la enfermedad y una vez consolidada la misma, el deterioro se inclina a permanecer estable en conjunto con el tratamiento psicofarmacológico. (citado por Montaña, Nieto, Mayorca: 2013).

Aspectos clínicos.

Así como señala el concepto de la Asociación Americana de Psiquiatría, los síntomas característicos de la esquizofrenia involucran múltiples disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez, productividad del pensamiento, el habla, la capacidad de disfrutar, la voluntad, la motivación, la atención, y la capacidad de enjuiciamiento de la propia situación.

La Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (2011) plantea que:

La enfermedad o trastorno mental puede definirse como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la

conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, entre otros, lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

De acuerdo con esto, los síntomas que presenta la persona con esquizofrenia se asocian con dificultades en el funcionamiento social y laboral. A pesar de que existe un marcado deterioro en distintos dominios de funcionamiento (por ejemplo, aprendizaje, auto cuidado, trabajo, relaciones interpersonales, habilidades sociales, etc.), existen grandes variaciones entre los distintos individuos afectados por la enfermedad y, en el mismo individuo, a lo largo del tiempo y gran parte de esto se da por la misma dinámica familiar.

2.4.1. Tipos de esquizofrenia.

Por lo general son reconocidos 5 tipos de trastornos esquizofrénicos, en relación con nuestro estudio nos enfocamos en la Esquizofrenia Paranoide:

Existen 5 tipos de esquizofrenia señalados a continuación:

a) Esquizofrenia paranoide. se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo auditivas. Los delirios y las alucinaciones a veces constituyen una unidad. Es la más frecuente, suele iniciarse entre los 20 y 30 años, es la que mejor evoluciona a pesar de la aparatosidad del cuadro. **b) Esquizofrenia catatónica.** A pesar de tener la conciencia despierta, el enfermo no reacciona a los intentos de entrar en contacto con él. Su rostro permanece inmóvil e inexpresivo, no se percibe ningún movimiento interior y aún fuertes estímulos de dolor pueden no provocar reacción alguna. En los casos más graves pueden llegar a no hablar, ni comer, ni beber durante periodos lo suficientemente

largos como para que peligre su vida. **c) Esquizofrenia desorganizada o hebefrénica.** Predomina un afecto absurdo. Se suelen reír cuando se les da una mala noticia, las conductas suelen ser infantiles, el humor es absurdo, existe desinhibición en los sentimientos. A menudo muestran falta de interés y de participación. Hay casos en los que se manifiestan alucinaciones y delirios. **d) Esquizofrenia indiferenciada.** Es un tipo en la cual no predomina un síntoma concreto para el diagnóstico, es como la mezcla de los otras anteriores. **e) Esquizofrenia residual.** En estos casos debe haber habido, por lo menos, un episodio de esquizofrenia anteriormente, pero en el momento actual no hay síntomas psicóticos importantes. Según (Arias 2009).

Para nuestro estudio tomaremos la esquizofrenia de tipo paranoide que es la que predomina en nuestra población de estudio.

Consecuencias de la esquizofrenia paranoide. Según Ibacache (2000) cuenta con 2 consecuencias, descritas a continuación:

“Mortalidad. Fenómeno asociado al descuido en el cuidado por parte de los propios pacientes y sus familias, a las pobres condiciones de vida, a enfermedades relacionadas con estilos de vida no saludables y a limitaciones en su acceso a los sistemas de salud. Estudios recientes de pacientes viviendo en la comunidad muestran una alta incidencia de mortalidad por suicidio y por accidentes.

Discapacidad social. En la esquizofrenia, la discapacidad puede afectar el funcionamiento social en varias Áreas, por ejemplo: Autocuidado (higiene, vestuario y alimentación); Rendimiento Ocupacional (trabajo remunerado, estudios, labores domésticas); Funcionamiento en Roles Familiares; Funcionamiento en Roles Sociales

(participación con otros miembros de la comunidad en actividades de esparcimiento y de otro tipo).

2.4.2. Tratamiento.

El tratamiento de la esquizofrenia debe hacer simultáneamente en los tres niveles de prevención que se han establecido para todas las enfermedades y que consiste en: a) Eliminar los síntomas una vez que se han presentado; b) prevenir la aparición de nuevas crisis y c) rehabilitar al paciente para favorecer un mejor funcionamiento global. Para evaluar los resultados de un tratamiento se deben observar los siguientes parámetros: mejoría de los síntomas, aumento del rendimiento laboral, aumento del funcionamiento social, frecuencia de hospitalizaciones, duración de los internamientos y disminución de la dependencia a otras personas para poder funcionar (Zoch, 2004).

El tratamiento debe privilegiar en todo momento las intervenciones ambulatorias, restringiendo al máximo, y sólo para fines específicos (crisis), las hospitalizaciones. Según Ibacache (2000) muchos pacientes requieren tratamiento y cuidados de por vida, con necesidad de apoyo para la realización de una buena parte de las actividades de su vida cotidiana y de su participación social. En la actualidad no existe cura para la enfermedad, sin embargo, el tratamiento integral puede disminuir la mortalidad y discapacidades asociadas con la esquizofrenia.

El objetivo primordial del tratamiento es asegurar una mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias. Ibacache (2000) El tratamiento es una labor de un equipo clínico multidisciplinario que planifica junto al paciente y la familia, estrategias para abordar la globalidad de las dimensiones de la vida de la persona afectada. El seguimiento prolongado de la evolución de un paciente por el mismo equipo contribuye a desarrollar

una alianza terapéutica más fuerte permitiendo una buena adherencia al tratamiento y asegurando la continuidad de los cuidados.

El tratamiento debe incorporar a los miembros de la familia de la persona afectada, y/o a otras personas significativas, como actores fundamentales de la recuperación del paciente.

2.5. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.

La esquizofrenia provoca una discapacidad de largo plazo en una gran proporción de los pacientes. Esto ha llevado a desarrollar una serie de técnicas de rehabilitación con énfasis en las funciones y capacidades de las personas. “El objetivo es optimizar el desempeño de los roles sociales, vocacionales, educacionales y familiares alcanzando la mejor calidad de vida y productividad posible” (Contreras, 2009 p. 18). Sin embargo, es muy importante señalar que no se debe separar rehabilitación de tratamiento (Lieberman, 1988).

La rehabilitación psicosocial, cuya meta es la de dotar a las personas de las habilidades físicas, intelectuales y emocionales, necesarias para vivir, aprender y trabajar en la comunidad con los menos apoyos de servicios y profesionales posibles.

Román y Zapata (2012) las rehabilitaciones psicosociales resaltan la importancia de la recuperación de roles sociales e instrumentales de los enfermos mentales crónicos, del aprovechamiento de las capacidades individuales y del establecimiento de un entorno lo más normal posible de manera de convertirlo en un soporte social sólido. Estas definiciones ponen en común el acento de que la rehabilitación debe ser del individuo en conjunto con el medio que lo rodea: familia y comunidad.

Según la OMS y WAPR (1996), los objetivos del proceso de rehabilitación psicosocial son: reducir la sintomatología a través de farmacología apropiada, determinar tratamientos psicológicos e intervenciones sociales, Mejorar la competencia social mejorando las habilidades sociales individuales, la competencia psicológica y el funcionamiento ocupacional.

2.5.1. Intervenciones psicosociales para personas con esquizofrenia paranoide del servicio de salud mental.

La rehabilitación psicosocial es mucho más que un conjunto de técnicas. Para Ibacache (2000) es una filosofía asistencial que ofrece una visión de la enfermedad mental en la cual la dimensión socio ambiental tiene tanta importancia como la visión biológica, en donde la evaluación de la discapacidad y la minusvalía es tan importante como el tratamiento de los síntomas.

Otro planteamiento refiere que las intervenciones psicosociales efectivas reducen las readmisiones hospitalarias, previenen las recaídas, disminuyen los síntomas, mejoran el funcionamiento social, aumentan la capacidad para funcionar independientemente, también proveen de soporte a los familiares y cuidadores. Así, mientras que la farmacoterapia apunta a la supresión de los síntomas, las intervenciones psicosociales están dirigidas a otorgar apoyo emocional y a superar los déficits específicos asociados a la esquizofrenia (Nolasco 2015, p. 31).

2.5.2. Psicoeducación.

Según el Ministerio de Salud Chile (2000) se ha demostrado que la educación acerca de la enfermedad mejora la adherencia al tratamiento y el pronóstico, la educación abarca al paciente y a sus familias o cuidadores, se puede realizar en forma individual o

en grupos. La psicoeducación facilita a la familia la aceptación de la enfermedad y las limitaciones del paciente, integrándola de una manera activa al tratamiento. El contacto más estrecho con la familia asegura una colaboración más confiable, cordial y abre un espacio para intervenciones destinadas a mejorar la relación y la comunicación entre los distintos miembros de ella.

La psicoeducación cumple así un rol preventivo; los contenidos deben incluir, a lo menos: la naturaleza de la enfermedad; las manifestaciones clínicas; la importancia de factores como el estrés, la vulnerabilidad, la comunicación, etc.; Tratamiento farmacológico (importancia, beneficios, efectos colaterales, alternativas); tratamiento Psicosocial (importancia, beneficios, alternativas); derechos y alternativas de apoyo social; reconocimiento precoz de síntomas y signos de descompensación; el reconocimiento de complicaciones (abuso de alcohol y drogas, conductas de riesgo); el reconocimiento de signos de alerta de riesgo de suicidio. (Ibacache 2000, p. 22)

2.5.3. Intervenciones familiares.

Según Contreras (2009) en su trabajo sobre Esquizofrenia y Rehabilitación explica que con el proceso de desinstitucionalización implica que la carga del cuidado del paciente que asumía el Estado a través de las instituciones hospitalarias es transferida a las familias, lo cual provoca efectos económicos, sociales y de salud directos e indirectos, incluyendo aspectos negativos y positivos.

Hoening y Hamilton (...) “establecieron la distinción entre carga objetiva y carga subjetiva” (citado por Leal et.al. 2002). La carga subjetiva hace referencia a la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva, o sea, a la reacción subjetiva del cuidador ante las tareas que asume por el hecho de cuidar al paciente. La carga objetiva se define

como la descripción de todos los cambios que la familia sufre como consecuencia de la enfermedad de uno de sus miembros, cualquier alteración de la vida familiar debida a la enfermedad del paciente, potencialmente verificable y observable. Estas cargas pueden variar, entre otras cosas, según la sintomatología del paciente y su nivel de funcionamiento social, lo que se traduciría en diferentes reacciones del cuidador, como el nivel de la emoción expresada.

Según Martines (...) en la familia se dan algunas formas que asumen las cargas objetivas tales como: tareas de la casa; relaciones intrafamiliares; relaciones sociales; tiempo libre y desarrollo personal; economía; hijos, hermanos y familia; y salud” (citado por Leal et.al. 2002) las cuales de acuerdo al autor de caracterizan del siguiente modo: a) Tareas de la casa: cuando un miembro de la familia presenta una enfermedad crónica deja de cumplir algunas funciones habituales, que otros deben asumir; asimismo, algún miembro de la familia debe hacerse cargo de las tareas adicionales de cuidado, supervisión y control del paciente, viéndose obligado a abandonar o delegar en otro sus funciones habituales en el hogar o a sobrecargarse; b) Relaciones intrafamiliares: suelen volverse tensas debido a la aparición de nuevas obligaciones con el familiar enfermo y por la necesidad de asumir más tareas de la casa; c) Relaciones sociales: la estigmatización de una enfermedad psiquiátrica puede inducir a mantener el secreto e incluso ocultar y negar la enfermedad a todo el mundo. En ocasiones, para conseguirlo se rompe el contacto con los familiares y amigos hasta perder todo contacto social y toda posibilidad de ayuda por su parte. Incluso cuando esto no es así, la sobrecarga de tareas puede reducir significativamente la posibilidad de relaciones sociales fuera de la familia; d) Tiempo libre y desarrollo personal: la sobrecarga de tareas no solo limita las relaciones sociales sino también cualquier posibilidad de desarrollo personal o vocacional. El tiempo libre desaparece y, con él, las oportunidades para desarrollar las aficiones, deportes,

vacaciones, etc.; e) Economía: los ingresos económicos de la familia se reducen, en primer lugar, por la pérdida de capacidad de trabajo del enfermo. Pero no es infrecuente que la necesidad de cuidar al enfermo disminuya también la capacidad de trabajar de otros miembros de la familia; f) Hijos, hermanos y familia: los hermanos de los enfermos mentales reciben menos atención de sus padres al verse estos obligados a volcarse en el hijo enfermo: al mismo tiempo, se ven forzados a realizar más tareas de la casa, con la finalidad de ayudar a los padres en el cuidado del hermano que padece trastorno mental; g) Salud: considera tanto la salud física como mental del adulto responsable, las cuales se presentan como alteraciones psicosomáticas. La salud física puede alterarse por agresiones provocadas por el enfermo o por alteraciones psicosomáticas (pérdida de apetito, dolor de cabeza, etcétera). La salud mental del cuidador y del grupo familiar puede alterarse y aparecer síntomas de tensión (ansiedad, irritabilidad, insatisfacción o depresión).

Así mismo, Pasquale (2000) como menciona que en el marco de la atención prestada y de la rehabilitación del contexto, el interlocutor principal sigue siendo la familia. Las familias son las integrantes significativas en el crecimiento, por ello el autor hace mención a que se deben Establecer con las familias relaciones y comunicaciones internas, equilibrios entre emotividad y racionalidad, entre protección y separación, porque son elementos que constituyen un factor de protección para la salud mental de los pacientes, e incluso de los demás componentes, en un enfoque de prevención y rehabilitación del trastorno psíquico.

La construcción y reconstrucción de una válida red social, que empieza por la familia, siendo éste el único índice de pronóstico positivo a largo plazo para el trastorno mental (cf. investigaciones de la OMS). Más que las tecnologías, la psicofarmacología, los Servicios de por sí, lo que cuenta en el transcurso del tiempo es el respaldo social.

Existen numerosos estudios respecto de cómo las interacciones familiares, las creencias y las expectativas de los miembros de la familia afectan el curso y el pronóstico de la enfermedad. Por esta razón, el trabajo con la familia debe ser parte de cualquier programa de manejo de pacientes con esquizofrenia.

Algunos miembros de la familia, especialmente aquellos que tienen poco conocimiento de las manifestaciones conductuales de la esquizofrenia pueden ser altamente críticos o sobre protectores y, con estas actitudes, aumentar significativamente el riesgo de recaídas.

La familia es, en la mayoría de los casos, la principal fuente de cuidado de los pacientes esquizofrénicos. Las intervenciones familiares están destinadas, por una parte, a elaborar el proceso de duelo por la enfermedad de su familiar y, por otra, a fortalecer los recursos de esta unidad a través de las siguientes líneas de acción: comprometer en forma temprana a la familia en el tratamiento en una atmósfera sana; proveer a la familia con información actualizada (modelo de la vulnerabilidad, factores de riesgo, cambios en el pronóstico, lógica de los tratamientos, etc.); ayudar a los miembros de la familia a desarrollar habilidades de comunicación, mejorando la expresión de emociones tanto positivas como negativas en un ambiente constructivo; entrenar en resolución de problemas para manejar las dificultades derivadas de la convivencia con el paciente, para enfrentar eventos estresantes, para anticipar posibles dificultades, etc.; contribuir a la resolución adecuada de las crisis.

Estas intervenciones familiares deben ser entendidas no como una intervención de apoyo de largo plazo, sino como una serie de intervenciones breves y específicas, que pueden ser necesarias en distintos momentos del curso longitudinal de la enfermedad, destinadas al abordaje de situaciones que afectan la estabilidad del paciente.

2.6. HABILIDADES SOCIALES DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.

En la actualidad existe dificultad a la hora de definir una conducta socialmente habilidosa.

Según Caballo (1993), hay una gran diversidad terminológica, para referirse a una conducta socialmente habilidosa, como se muestra en los siguientes términos: habilidades sociales, habilidades de interacción social, conducta asertiva, habilidades interpersonales, destrezas sociales, entre otros. De acuerdo con el autor, los componentes de las habilidades sociales se analizan desde un nivel global, que contiene elementos generales, subjetivos y cualitativos. Como por ejemplo la defensa de los derechos, la capacidad de actuar con eficacia en las entrevistas laborales.

Otro nivel de análisis es molecular, se refiere a aspectos objetivos, concretos, por ejemplo, contacto ocular, la sonrisa, la postura, volumen de la voz.

Paralelamente los componentes de las habilidades sociales se clasifican en componentes verbales, no verbales, cognitivos, fisiológicos y situacional ambiental.

Según Pérez (2000), las habilidades sociales contienen componentes motores manifiestos (abrazar, mirar, jugar con alguien), componentes emocionales y afectivos (ansiedad, motivación, alegría, tristeza) y componentes cognitivos (percepción, comunicación de las normas sociales, autoinstrucciones). (p. 41).

Las habilidades de interacción social son un conjunto de comportamientos que las personas hacen, sienten, expresan y piensan.

En este sentido Caballo (1993), nos señala que los componentes más utilizados de las habilidades sociales han sido: contacto ocular, las cualidades de la voz, el tiempo de conversación y el contenido verbal de la misma.

Así mismo las habilidades receptivas se refieren a la atención e interpretación de signos relevantes y el reconocimiento de la emoción. Esta combinación de atención, análisis y conocimiento se conoce como percepción social. Los esquizofrénicos tienen una dificultad particular en esta área (Bellack et al., 1997).

2.7. HABILIDADES COGNITIVAS DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.

La rehabilitación cognitiva es un proceso terapéutico cuyo objetivo es el de incrementar o mejorar la capacidad del individuo para procesar y usar la información que entra, así como permitir un funcionamiento adecuado en la vida cotidiana.

En la esquizofrenia se presentan déficits en las habilidades cognitivas (memoria de trabajo y velocidad de procesamiento) así como en el aprendizaje y en el concomitante procesamiento en paralelo. Según Cuesta y Col (...) las habilidades sociales como funciones cognitivas de una gran complejidad, requieren procesamientos complejos en paralelo para su desarrollo. Por ello, los déficits en el procesamiento paralelo están estrechamente relacionados con las alteraciones en el área social típicas de esta patología, dificultando la adaptación adecuada del sujeto a su entorno social (ambiente). (Citado por Selma 2012).

En esta misma línea Kanashiro (2005) afirma que las habilidades cognitivas comprenden gran parte del comportamiento humano, orientado hacia la obtención y procesamiento de la información; es decir, hacia el incremento del conocimiento, manifestándose a través de la ejecución de cada tarea en particular. Se caracterizan también por la utilización en grandes variables de la habilidad mental general.

2.8. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Nolasco (2015), en la investigación titulada actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. Hospital Víctor Larco Herrera 2014; la investigación tiene como objetivo: Determinar la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar; se realizó bajo el paradigma cuantitativo, nivel descriptivo; los principales resultados arribaron a lo siguiente: la mayoría de los familiares de los pacientes presentan una actitud favorable hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar, presentan una actitud desfavorable hacia la dimensión de necesidades básicas del paciente esquizofrénico en el hogar, presentan una actitud desfavorable hacia la alimentación balanceada, mantenimiento de la higiene, vivienda saludable y realización de actividades físicas, lo que podría conllevar no solo a deficiencias alimentarias, problemas dérmicos sino también a comportamientos que podrían agravar su condición de paciente como la falta de actividad física y finalmente presentan una actitud favorable hacia la dimensión psicosocial del paciente esquizofrénico.

Sotelo y Tapia (2014), en la investigación titulada relación de género y el funcionamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del centro de salud Moisés Heresi Arequipa, la investigación tiene como hipótesis: Es probable que el género de los pacientes esquizofrénicos se relacione con el funcionamiento psicosocial; presenta los siguientes objetivos: a) Precisar cuál es el género de mayor frecuencia en los pacientes, b) Identificar como es el funcionamiento psicosocial en los pacientes esquizofrénicos, c) Establecer la relación del género y el funcionamiento psicosocial en los pacientes esquizofrénicos; la investigación se realizó bajo el paradigma cuantitativo, nivel descriptivo relacional y de corte transversal; los principales resultados arribaron: El funcionamiento psicosocial identificado en los pacientes esquizofrénicos muestra que

más de la cuarta parte de la población en estudio presenta grados de dificultad entre bastante y mucha; en cuanto a las distintas áreas del funcionamiento psicosocial se encuentra mayor grado de dificultad en el área del Funcionamiento Laboral; al relacionar género y funcionamiento psicosocial en los pacientes esquizofrénicos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi se encuentra que en el género masculino existe mayor grado de dificultad en el funcionamiento psicosocial.

Villora Galindo (2011) en la investigación titulada Satisfacción y apoyo social familiar en una muestra de personas con Trastorno Mental Grave – España; la investigación tiene dos hipótesis: La madre se configura como la principal figura de prestación de apoyo y las dimensiones más valoradas con respecto al apoyo, por las personas con TMG serán las incluidas en el factor instrumental; la investigación tiene como objetivo: Establecer los factores que las personas con Trastorno Mental Grave consideran más importantes en la prestación de apoyo por parte de sus familiares en relación a la satisfacción con el apoyo recibido; la investigación se realizó bajo la triangulación metodológica (cuantitativa y cualitativa); los principales resultados a los cuales se llega en la investigación son: En cuanto a la composición de la red de apoyo, la madre es una figura clave dentro del apoyo familiar, en el 58% de los casos se informa que es la madre, o la madre acompañada de otras personas las prestadoras de apoyo, estos resultados determinan que a mayor apoyo familiar mayor sensación de apoyo subjetivo, los familiares que tienen buenas habilidades de afrontamiento posiblemente influyen en la percepción subjetiva de apoyo y seguridad del enfermo.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. **Ámbito y lugar de la investigación.**

El ámbito de estudio de investigación es en el departamento de Puno, provincia de San Román, Distrito Juliaca - Hospital Carlos Monge Medrano, donde se incorpora la Reforma de la atención en salud mental del hospital general 2-II de Juliaca “CMM”, se desarrolló la reestructuración del nosocomio y se garantizó 3 camas para los usuarios con problemas de salud mental a partir de abril del 2016. Con resolución directoral N° 205 – 2016 – DE – RED S SR.

3.2. **Tipo de investigación.**

El tipo de investigación es básica correlacional.

3.3. **Diseño de investigación.**

La investigación es de diseño no experimental de corte transversal: estos recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación; asimismo es correlacional causal, ya que estos diseños describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, con la finalidad de conocer la relación o el grado de asociación que existe.

3.4. **Método de investigación.**

Es Hipotético Deductivo, la investigación parte de una base teórica, antecedentes y referencias para su planteamiento donde se desarrolla una investigación de lo general a lo particular, usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición

numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías establecidas.

3.5. Población.

La población de la investigación la conformaron jóvenes y adultos entre varones y mujeres diagnosticados con esquizofrenia paranoide (criterios CIE 10 y DSM IV TR, tipo más frecuente de esquizofrenia atendidos en Programa de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano.

Desde que inicio el trabajo en el área de salud mental del hospital, paulatinamente durante los primeros meses aumento la población atendida. Hoy en día son 90 pacientes atendidos con el mismo diagnóstico.

3.5.1. Población muestra.

El muestreo es el procedimiento mediante el cual se extraen algunos elementos de una población total, esto va de acuerdo con nuestro conocimiento de dicha población y las características que posee la misma.

La muestra que se utilizo es “no probabilística” de muestreo aleatorio simple, donde cada elemento de la población tenía una probabilidad conocida para ser incluida dentro de la muestra, considerando lo siguiente:

Se considero para la encuesta a aquellos pacientes y familias que llevaron como mínimo 12 meses de tratamiento y rehabilitación, en el Hospital Carlos Monge Medrano.

Finalmente, el tamaño de muestra fue $n = 40$, unidades de observación, debido a que la población es pequeña trabajaremos con todos los pacientes que tienen esta característica.

La prueba estadística realizada indico que se tiene como muestra poblacional a cuarenta (40) pacientes con esquizofrenia paranoide atendidos en el área de salud mental del hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca.

3.6. Método estadístico.

Coefficiente de correlación de Spearman (Rho de Spearman).

Es una medida de asociación lineal que utiliza los rangos, números de orden, de cada grupo de sujetos y compara dichos rangos. Este coeficiente es muy útil cuando el número de pares de sujetos (n) que se desea asociar es pequeño (menor o igual a 40). Aparte de permitir conocer el grado de asociación entre ambas variables, con Rho de Spearman es posible determinar la dependencia o independencia de dos variables aleatorias (Elorza & Medina Sandoval, 1999).

3.6.1. Prueba de hipótesis.

Donde:

Ha: $p = 0$ Existe relación significativa entre la familia y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide atendido en el Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano.

3.6.2. Prueba estadística.

La fórmula de este coeficiente es:

$$r_s = 1 - \frac{6\sum d_1^2}{n(n^2 - 1)}$$

Siendo:

n = la cantidad de sujetos que se clasifican

x_i = el rango de sujetos i con respecto a una variable

y_i = el rango de sujetos i con respecto a una segunda variable

$d_i = x_i - y_i$

Es decir que d_i , es la diferencia entre los rangos de X e Y .

3.6.3. Regla de decisión.

El coeficiente de correlación de rangos de Spearman puede puntuar desde -1.0 hasta +1.0, y se interpreta así: los valores cercanos a +1.0, indican que existe una fuerte asociación entre las clasificaciones, o sea que a medida que aumenta un rango el otro también aumenta; los valores cercanos a -1.0 señalan que hay una fuerte asociación negativa entre las clasificaciones, es decir que, al aumentar un rango, el otro decrece. Cuando el valor es 0.0, no hay correlación.

3.7. Técnicas de recolección de datos.

- **Cuestionario.**

Se utilizó la escala de Likert, el cual contó con 36 afirmaciones, relacionadas a la variable (X) y la variable (Y), con la cual se obtuvo todos los datos que planteamos para la aplicación, de forma oral a la población objetiva, con una guía realizada.

- **Observación.**

Esta técnica permitió visualizar los gestos y comportamientos el cual indicaban los pacientes como las familias de estos al momento del recojo de información.

- **Procesamiento de datos.**

Se utilizó los programas estadísticos Excel y SPSS en la versión actualizada los mismos que procesaron la información en tablas, cuadros y gráficos estadísticos. El estadígrafo utilizado fue RHO SPEARMAN.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente ítem se analizan las dimensiones que abarca nuestra investigación: dinámica familiar, apoyo familiar, habilidades sociales y habilidades cognitivas, para así responder a los objetivos planteados. Este estudio permitió conocer describir, identificar y determinar la relación que existe entre las dos variables: (x) familia y (y) rehabilitación psicosocial, ya que esto nos ayudara a identificar el rol importante que cumple la familia para que el paciente con esquizofrenia paranoide atendido en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, pueda desarrollar habilidades y reinsertarse a la sociedad.

Los servicios que se brindan en el Hospital Carlos Monge Medrano, específicamente en el programa de salud mental (piloto a nivel regional), es atención en psiquiatría, psicología, enfermería y otros. Se brinda atención ambulatoria, hospitalaria y atención comunitaria.

El tratamiento farmacológico psiquiátrico es uno de los más costosos y debe ser para toda la vida, desde el diagnóstico de la enfermedad, por ende, es necesario que los pacientes atendidos cuenten con SIS para así asegurar la continuidad del tratamiento, y evitar las posibles recaídas y crisis.

Por ello, es que a partir de estos primeros alcances empezaremos a desarrollar cada una de las dimensiones planteadas en la investigación y así responder los objetivos de este.

4.1. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO ESPECÍFICO N° 01. Nos planteamos identificar la relación de la dinámica familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide, entonces:

TABLA N° 1

Dinámica familiar de pacientes con esquizofrenia paranoide

INDICADORES	DINÁMICA FAMILIAR DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA		NIVEL DE ACUERDO				TOTAL
			MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	
Compatibilizar el cuidado con otras responsabilidades (trabajo, familia)	N	16	20	-	4	-	40
	%	40.0	50.0	-	10.0	-	100.0
Todos los miembros de la familia son responsables del cuidado del familiar	N	10	19	3	8	-	40
	%	25.0	47.5	7.5	20.0	-	100.0
Solvencia económica para cubrir las necesidades del paciente	N	1	18	1	16	4	40
	%	2.5	45.0	2.5	40.0	10.0	100.0

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario aplicado a las familias de los pacientes con esquizofrenia paranoide atendidos en el servicio de salud mental del HCMM – Juliaca 2017.

De la tabla N° 1 relacionada la dimensión de dinámica familiar, podemos inferir que: de la población muestra, 20 familias que equivale al **50%** de nuestra población de estudio manifiestan estar de acuerdo con la afirmación, se sienten agobiados por intentar compatibilizar el cuidado del familiar con esquizofrenia paranoide y las otras actividades que deben realizar como: el trabajo, la educación, la familia, frente a la enfermedad las familias no pueden organizar sus diferentes actividades. Por otro lado, tenemos que, 19 familias que equivale al **47.50%** están de acuerdo con la afirmación de que todos los miembros de la familia son responsables del cuidado del familiar con esquizofrenia paranoide. Además, 18 familias que representa el **45%** está de acuerdo con la afirmación cuenta con ingresos económicos necesarios para cubrir las necesidades del paciente con esquizofrenia paranoide, la mayoría de pacientes con esquizofrenia paranoide cuenta con SIS, por ende el tratamiento farmacológico es cubierto en su totalidad, salvo en ocasiones

que el programa se desabastece de los medicamentos necesarios y este es un problema de Estado a nivel nacional, por lo que las familias deben asegurar tener un ahorro, para cubrir esta necesidad cuando se presente.

De acuerdo con Gallego (2012) la dinámica familiar se puede interpretar como los “encuentros entre las subjetividades, encuentros mediados por una serie de normas, reglas, límites, jerarquías y roles, entre otros, que regulan la convivencia y permite que el funcionamiento de la vida familiar se desarrolle armónicamente”. Para ello, es indispensable que cada integrante de la familia primero organiza las funciones, luego conozca e interiorice su rol dentro del núcleo familiar, pues facilitaría en gran medida su adaptación a la nueva dinámica interna de su grupo.

En nuestro grupo de estudio, identificamos en primer nivel que la mayoría de las pacientes con esquizofrenia son los hijos menores de la familia, en segundo nivel se encuentran a padres de familia (padre o madre) que tienen hijos comprendidos en etapas de niñez, adolescencia y adolescencia. Situación en la que es más drástico el asumir nuevos roles, por lo general estas familias buscan apoyo para atender al familiar con esquizofrenia paranoide, por ende, me reafirmo con la compatibilidad de atención al paciente y cumplir con otras responsabilidades, puesto que estas familias corren el riesgo de romper lazos o disolverse.

Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de los pacientes con esquizofrenia paranoide. De hecho, la gran mayoría viven con sus familias. Sin embargo, la convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos no solo dentro de la familia sino también con la familia extensa y la misma comunidad, que en ocasiones puede llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas. Asimismo, en algunos casos esta situación puede

degenerar en una importante tensión y sobrecarga para las familias. Es ahí, donde interviene el trabajador social articulando la dinámica de la familia, implementando una metodología de intervención, empezando por trabajar con los recursos que posee esta, primero analizar y detectar aquellas situaciones de riesgo y/o necesidades tanto del paciente como de la familia, realizar una valoración socio familia (genograma), para trabajar sobre aquellas debilidades identificadas, brindar apoyo y contención a las familias tanto a nivel grupal como individual para que participen en el proceso de cambio.

TABLA N° 2

Habilidades sociales de pacientes con esquizofrenia paranoide

INDICADORES		MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTAL
Evitar que el paciente participe en los quehaceres del hogar aún bajo supervisión de un familiar	N	5	10	4	12	9	40
	%	12.5	25.0	10.0	30.0	22.5	100.0
Es importante que el paciente esquizofrénico participe en los quehaceres del hogar	N	10	20	4	6	-	40
	%	25.0	50.0	10.0	15.0	-	100.0
El paciente genera autónomamente sus ingresos económicos	N	2	2	3	22	11	40
	%	5.0	5.0	7.5	60.0	27.5	100.0

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario aplicado a las familias de los pacientes con esquizofrenia paranoide atendidos en el servicio de salud mental del HCMM – Juliaca 2017.

De la tabla N° 2 relacionada a la dimensión habilidades sociales, podemos inferir que: de la población muestra, 12 familias que equivale al **30.0%** de nuestra población de estudio manifiestan estar en desacuerdo con la afirmación, es preferible evitar que el paciente participe en los quehaceres del hogar aún bajo supervisión de un familiar, esto significa

que si consideran necesario que los pacientes con esquizofrenia paranoide participen con los que hacen del hogar, tratando de mantenerlos bajo vigilancia cuando realizan alguna actividad en la cocina, como el uso de cuchillos o tijeras. Por otro lado, tenemos que, 20 familias que equivale al **50.0%** están de acuerdo con la afirmación el paciente con esquizofrenia paranoide realiza de manera autónoma su higiene personal: bañarse, peinarse, cambiarse de ropa, entre otros; sin embargo, en este grupo existe un pequeño porcentaje que necesita que se les haga recuerdo de realizar esta actividad. Además, 22 familias que representa el **60.0%** está en desacuerdo con la afirmación el paciente con esquizofrenia paranoide genera autónomamente sus ingresos económicos, en este grupo de familias los pacientes son económicamente dependientes de sus familias, existe en este grupo un pequeño porcentaje que si generan sus ingresos económicos, realizando actividades como: ayudantes de construcción civil, vendedor de dulces, ayudantes de payasito, realizando actividades en imprentas, lo cual les ayuda a generarse ingresos económicos y cubrir gastos como alimentación, movilidad y vestido.

Tomaremos la afirmación de Caballo (1993), “hay una gran diversidad terminológica, para referirse a una conducta socialmente habilidosa, como se muestra en los siguientes términos: habilidades sociales, habilidades de interacción social, conducta asertiva, habilidades interpersonales, destrezas sociales, entre otros”. En nuestra población de estudio si identificamos el desarrollo habilidades sociales, aunque en menor porcentaje **17.50%** de nuestra población realiza actividades que le generen ingresos económicos, algunos bajo supervisión y otros no, nos preguntamos por el otro grupo de familias que afirman que sus familiares con esquizofrenia no realizan actividades, esto se debe al desconocimiento, escaso interés por la enfermedad, la desorganización, entre otros, que hace posible que la familia no estimule, no desarrolle actividades para fortalecer las habilidades sociales de los pacientes con esquizofrenia paranoide.

Es necesario fortalecer las habilidades de los pacientes con esquizofrenia iniciando por actividades básicas alrededor del 60% de la población considera que es indispensable iniciar con actividades básicas como ayudar en los que haceres del hogar, en la limpieza, en el lavado de ropa, en ayudar a cocinar y esta es parte de la rehabilitación psicosocial, para que los pacientes se sientan parte del entorno que los rodea (familia - comunidad).

La integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia de integración social de cualquier persona más aun tratando de la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide. Sin embargo, la mayoría de los pacientes con esquizofrenia, están desempleados o excluidos del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos. Necesitan, por tanto, programas de rehabilitación laboral que les orienten y ayuden a adquirir aquellos hábitos laborales y habilidades que les permitan estar en mejores condiciones para acceder y manejarse en el mundo laboral.

También necesitan mejorar su escasa cualificación profesional a través de programas adaptados de formación ocupacional. Asimismo, dadas las exigencias y barreras del mercado laboral, serán necesarias acciones y medidas que potencien la incorporación de este colectivo en el mundo laboral, tanto a través del fomento de la creación de empresas en las que se puedan integrar enfermos mentales, como apoyando específicamente la contratación de dichas personas en el mercado laboral ordinario.

Parte de la intervención del trabajador social tambien es lograr que el paciente pueda alcanzar una mínima autosuficiencia económica, la que debido a su escasa o esporádica historia laboral y a sus dificultades para acceder y mantenerse en un puesto de trabajo hace casi imposible que pueda desempeñarse en este aspecto formalmente. Entonces nuestra función implica apoyar a estos pacientes para que se puedan beneficiar de los

sistemas de prestaciones económicas existentes, quizá implementando modelos de atención ejecutados en otras ciudades en las que contratan a personas con enfermedades mentales para cumplir funciones principales en cuanto al reciclaje o mejorar incluso el modelo de reinserción laboral que implemento el mismo hospital Hermilio Valdizan - Lima, en el que apertura plazas de trabajo para que algunos pacientes puedan realizar actividades de lustra botas al equipo de profesionales que laboran en el mismo hospital y este fue descontados de sus sueldos mensuales (planilla) para asegurar también un sueldo mensual a estos pacientes. Logrando así la rehabilitación psicosocial del paciente y estabilidad laboral e incluso brindar la posibilidad de que sus familias mejoren su calidad de vida que es esencial.

TABLA N ° 3

Prueba de hipótesis específica

CORRELACIÓN RHO SPEARMAN		DINÁMICA FAMILIAR	REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
DINAMICA FAMILIAR	Coefficiente de correlación	1,000	,869**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	40	40
REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	Coefficiente de correlación	,869**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	40	40

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

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario aplicado a las familias de los pacientes con esquizofrenia paranoide atendidos en el servicio de salud mental del HCMM – Juliaca 2017.

Como se observa, los resultados entre dinámica familiar y rehabilitación psicosocial mantienen una correlación de Rho Spearman de 0,869**, lo que significa que existe una CASI PERFECTA CORRELACIÓN POSITIVA, para un 99% de nivel de confianza, lo cual es significativo.

a. Prueba de hipótesis.

$H_0 : \rho = 0$ No Existe relación significativa entre la dinámica familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide atendido en el Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano.

$H_a : \rho \neq 0$ Existe relación significativa entre la dinámica familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide atendido en el Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano.

b. Nivel de significancia.

Se usa un nivel de significancia del 1 % (equivalente a un 95% de nivel de confianza), es decir $\alpha = 0,01$.

c. Prueba estadística.

$$r_s = 1 - \frac{6\sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

$$r = 0.869$$

d. Conclusiones para la hipótesis.

h i = 0.011 SE ACEPTA LA HIPÓTESIS, esto significa que: Existe relación significativa entre la dinámica familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide atendido en el Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano.

4.2. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO ESPECÍFICO N° 02. Nos planteamos determinar la relacion entre el apoyo familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con de esquizofrenia paranoide.

TABLA N° 4

Apoyo familiar para los pacientes con esquizofrenia paranoide

INDICADORES		NIDE					TOTAL
		MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	
Como consecuencia de la enfermedad, las relaciones sociales y familiares son negativas	N	3	17	5	13	2	40
	%	7.5	42.5	12.50	32.5	5.0	100.0
Integración del paciente en el ámbito socio familiar	N	7	19	3	9	2	40
	%	17.5	47.5	7.5	22.5	5.0	100.0
Apoyo al paciente en relacion a su tratamiento médico	N	3	26	5	6	-	40
	%	7.5	65.0	12.5	15.0	-	100.0

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario aplicado a las familias de los pacientes con esquizofrenia paranoide atendidos en el servicio de salud mental del HCMM – Juliaca 2017.

De la tabla N° 3 relacionada a la dimensión apoyo familiar, podemos inferir que: de la población muestra, 17 familias que equivale al **42.50%** de nuestra población de estudio manifiestan estar de acuerdo con la afirmación, la enfermedad del familiar con

esquizofrenia paranoide afecta negativamente a los miembros de la familia en las relaciones sociofamiliares. Por otro lado, tenemos que, 19 familias que equivale al **47.50%** están de acuerdo con la afirmación es necesario integrar al familiar con esquizofrenia paranoide en el ámbito socio familiar. Además, 26 familias que representa el **65.0%** está de acuerdo en que la familia debe apoyar al familiar con esquizofrenia paranoide en llevar el tratamiento farmacológico.

Para esta tabla tomamos el proposición de Leal, Espinosa, Vega y Vega (2002) quienes señalan que “El apoyo familiar comprende la protección y ayuda que la familia otorga a un pariente con trastornos psiquiátricos severos que se encuentra recibiendo tratamiento en servicios de atención ambulatoria” en relacion a ellos los autores consideran aspectos tales como: Cuidados básicos: ayuda en alimentación, higiene, entre otros; Implicancia en el tratamiento: acompañamiento a las visitas psiquiatra, asistente social, psicólogo y sesiones de psicoterapias; Preocupación por la medicación: supervisión de la autoadministración de los medicamentos y rigurosidad de las dosis de psicofármacos, respecto al horario y cantidad; Interacción social: integración del paciente a las relaciones sociales de su grupo familiar y de pares; Búsqueda de la autovalencia del enfermo.

Las familias con las que trabajamos para la presente investigación procuran cumplir con varios de los aspectos que consideran los autores, los cuales fueron enunciados líneas más arriba, ya que en su mayoría las familias se encuentran de acuerdo con las afirmaciones brindadas. Sin embargo, aún queda fortalecer el tema de autoestima de la familia frente a la enfermedad del paciente y esto se logrará cuando la familia se empodere de lo que implica la enfermedad esquizofrenia paranoide, pues en nuestra población aún existe desconocimiento o mal entendimiento de parte de la familia con respecto a la enfermedad. Es cierto que el familiar con esquizofrenia paranoide necesita de la familia para poder lograr la rehabilitación psicosocial, que le ayude a mejorar su relacion con el entorno y

reinsertarse a esta, pero también es cierto que la familia necesita de su comunidad de la sociedad en general para tener respaldo frente a esta enfermedad. Durante el proceso de recojo de datos de los pacientes con esquizofrenia paranoide se identificó un aspecto bastante importante e interesante de recuperar que está relacionado al tema de identidad y cultura; pues de acuerdo con lo observado, la población con descendencia Aymara presenta un sentido de solidaridad, de apoyo al prójimo promueven el AYNÍ (forma de ayuda mutua) frente a la enfermedad que presentara alguno de los miembros de su comunidad. A diferencia de la población con descendencia quechua, quienes son más indiferentes o presentan actitudes de desconfianza frente a una enfermedad psiquiátrica. Por lo que surge también necesario el fortalecer las capacidades de la población frente a las enfermedades psiquiátricas, porque son parte del entorno del paciente con esquizofrenia paranoide.

La problemática psiquiátrica y psicosocial de los pacientes con esquizofrenia, así como las barreras y desventajas sociales que sufren, hacen de esta población un grupo especialmente indefenso y vulnerable ante posibles abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para el pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles como ciudadanos de pleno derecho. Por poner un pequeño ejemplo, los vecinos de la urbs Taparachi en Juliaca denunciaron ante la comisaría y defensoría del pueblo el caso de un joven que se paraba en la puerta de su casa para molestar a las señoritas que salían del colegio, el paciente en reiteradas oportunidades fue amenazado e incluso golpeado por varios vecinos dejándolo inconsciente (los vecinos no tenían conocimiento que el joven era un paciente con una enfermedad mental – esquizofrenia paranoide). Por ello es preciso asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento como en la vida cotidiana. Para el caso intervinieron diferentes instituciones

principalmente salud mental, reuniendo a los vecinos y detallando la condición del joven que hoy en día recibe tratamiento en el servicio.

En función de lo anterior, las familias deben ser apoyadas y cuidadas (es necesario «cuidar a los que cuidan»), necesitan información, educación, asesoramiento y apoyo para entender la problemática de su familiar enfermo mental crónico y contar con estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia y para ser agentes activos de la rehabilitación de su familiar enfermo. Asimismo, necesitan ayuda y apoyo para mejorar la calidad de vida de la propia familia.

La función del trabajador social, frente a estas problemáticas y necesidades específicas de este colectivo de personas con esquizofrenia paranoide, debe de ser tenido en cuenta en su globalidad a la hora de ofrecer una adecuada atención a este colectivo. La organización y articulación de una adecuada y comprehensiva red de atención comunitaria que permita el mantenimiento e integración en la sociedad de la población con enfermedades psiquiátricas graves crónicas, constituye uno de los retos más desafiantes e interesantes a los que se enfrentan los profesionales. Tenemos el ejemplo del departamento de la Libertad donde en el año 2017 crearon la primera Asociación Regional de Familiares y Usuarios con Problemas en Salud Mental, denominada Misky Puquio “dulce manantial”, asociación que tiene la finalidad de promover la participación activa de las familias, para mejorar la calidad de vida de las mismas e instar a crear organizaciones sociales, que se encuentren comprometidas con las necesidades de este grupo poblacional, es necesario planificar, gestionar, y evaluar planes, y programas de intervención local.

TABLA N° 5

Habilidades cognitivas del paciente con esquizofrenia paranoide

INDICADORES		MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTAL
Capacidad de concentración del paciente	N	-	9	12	19	-	40
	%	-	22.5	30.0	47.5	-	100.0
El paciente mantiene un dialogo fluido con los demás	N	3	14	10	9	4	40
	%	7.5	35.0	25.0	22.5	10.0	100.0
Apoyar al paciente realizando ejercicios para mejorar lenguaje, concentración entre otros	N	9	17	8	4	2	40
	%	22.5	42.5	20.0	10.0	5.0	100.0

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario aplicado a las familias de los pacientes con esquizofrenia paranoide atendidos en el servicio de salud mental del HCMM – Juliaca 2017.

De la tabla N° 4 relacionada a la dimensión habilidades cognitivas, podemos inferir que: de la población muestra, 19 familias que equivale al 47.50% de nuestra población de estudio manifiestan estar en desacuerdo con la afirmación, el familiar con esquizofrenia paranoide tiene buena capacidad de concentración, realizando actividades como estudiar una carrera técnica, o actividades básicas como ir a comprar algún producto al mercado o a una tienda en específico, entre otros. Por otro lado, tenemos que, 14 familias que equivale al 35.0% están de acuerdo con la afirmación, el dialogo del paciente que presenta esquizofrenia paranoide con las demás personas es fluido y sin interrupciones. Además, 17 familias que representa el 42.50% está de acuerdo con la afirmación es necesario motivar al familiar con esquizofrenia paranoide mediante ejercicios que le ayuden a mejorar el lenguaje, la concentración, el dialogo, entre otros.

Para la presente tabla, tomaremos el planteamiento de Según Kanashiro (2005) “las habilidades cognitivas comprenden gran parte del comportamiento humano, orientado

hacia la obtención y procesamiento de la información; es decir, hacia el incremento del conocimiento, manifestándose a través de la ejecución de cada tarea en particular. Se caracterizan también por la utilización en grandes variables de la habilidad metal general”.

En nuestra población podemos encontrar que el 47.5% de la población tiene dificultades para lograr la comprensión y concentración en algunos aspectos, sobre todo en relación al tratamiento médico que deben percibir, por lo que requiere apoyo continuo de sus familias, en esta población se encuentran a aquellos pacientes que de acuerdo a lo observado durante la investigación, también se quedan solos o el único apoyo que reciben de sus familiares es el de la administración de comida y tan solo ello, se alejan del familiar que presenta esta enfermedad discapacitante, por ende no pueden desarrollar habilidades como comprensión, concentración o diálogo fluido, incluso se identificó a pacientes que por varios días se alejaron de sus hogares y regresaron, situación que se normalizó también con los familiares, pues manifiestan que siempre regresan. Gran debilidad que debe ser trabajada con la familia, con nuevas metodologías de intervención e incluso con más entidades públicas por el abandono que sufren estos pacientes.

TABLA N° 6

Prueba de hipótesis específica

CORRELACIÓN RHO SPEARMAN		APOYO FAMILIAR	REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
APOYO FAMILIAR	Coefficiente de correlación	1,000	,898**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	40	40
REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	Coefficiente de correlación	,898**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	40	40

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

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario aplicado a las familias de los pacientes con esquizofrenia paranoide atendidos en el servicio de salud mental del HCMM – Juliaca 2017.

Como se observa los resultados entre el apoyo familiar y la rehabilitación psicosocial, mantienen una correlación de Rho Spearman de 0,898**, lo que significa que existe una **CASI PERFECTA CORRELACIÓN POSITIVA**, para un 99% de nivel de confianza, lo cual es significativo.

a. Prueba de hipótesis.

$H_0 : \rho = 0$ No Existe relación significativa entre el apoyo familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide atendido en el Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano.

$H_a : p \neq 0$ Existe relación significativa entre el apoyo familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide atendido en el Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano.

b. Nivel de significancia.

Se usa un nivel de significancia del 1 % (equivalente a un 95% de nivel de confianza), es decir $\alpha = 0,01$.

c. Prueba estadística.

$$r_s = 1 - \frac{6\sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

$$r_s = 0.869$$

d. Conclusiones para la hipótesis.

$h_i = 0.011$ SE ACEPTA LA HIPÓTESIS, esto significa que: Existe relación significativa entre la dinámica familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide atendido en el Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano.

4.3. PRUEBA DE HIPOTESIS GENERAL. Nos planteamos, describir la relación entre la familia y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide del Servicio de Salud Mental

Para nuestra última tabla tomaremos el planteamiento de Fernández (2004), quien señala que, existen “factores que influyen en el impacto que la enfermedad produce en la familia

y por otro lado los principales síntomas de desajuste por la enfermedad [el autor señala como principales factores que influyen en el impacto que la enfermedad produce en la familia los siguiente: La etapa del ciclo vital, para determinar en qué etapa de la familia se da la enfermedad; la flexibilidad o rigidez de los roles familiares, en la que los miembros de la familia deben negociar los roles a cumplir, es necesario que la asignación de roles no sea tan riguroso pues esto decaería en una mayor dificultad para enfrentarse a la nueva dinámica familiar; la cultura familiar, los valores, costumbres y creencias de la familia influyen en la evolución de la enfermedad; el nivel socioeconómico, la familia debe hacer frente a los nuevos gastos económicos que surgen frente a la enfermedad; el tipo de respuesta familiar (centrípeto o centrífuga) no sobrecargar a un cuidador principal, la familia en conjunto de compartir responsabilidades; capacidad de grupo familiar para la resolución del conflicto, debido al estigma que sufre esta enfermedad. Así mismo, el autor señala Síntomas de desajuste tales como: Aislamiento y abandono, se aíslan de la sociedad; conflicto de roles y límites, pérdida de jerarquía, lucha por el poder; Problemas económicos, incremento de gastos; Negación, cólera y miedo]” (citado por Rejas 2011 p.16).

De acuerdo con los resultados obtenidos podemos inferir en respuesta al objetivo general describir la relación entre la familia y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide. La familia dentro de su gran dinámica posee particularidades que la diferencian una de la otra, algunas de mejor manera otras con no tan buena intervención, que requieren de apoyo continuo para también apoyar a sus familiares con esquizofrenia paranoide.

Definitivamente existe relación significativa entre la familia y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide. En nuestra población encontramos que existen familias que tienen mayor conexión con sus familiares que si los apoyan de

modo positivo incluso llegando a lograr que el paciente pueda desarrollar habilidades para reinsertarse a la sociedad y laborar, sin supervisión alguna. La inserción del paciente en el ambiente familiar es indispensable a nivel de inclusión en las conversaciones, en las reuniones familiares, en las actividades de ocio y toma de decisiones, ese es un modo de ayudar al paciente lográndose buenos resultados. Sin embargo, también tenemos población que brinda apoyo en relación al aspecto farmacológica dejando de lado esta inclusión familiar, lo cual es una gran debilidad.

Finalmente es necesario mencionar que la función del trabajador social dependerá de lo que seamos capaces de emprender, tenemos una dinámica social muy compleja, pero rica en recursos que siendo bien utilizados y articulados nos ayudaran a mejorar las condiciones de los pacientes y familias de pacientes con esquizofrenia paranoide.

TABLA N° 7

Prueba de hipótesis general

CORRELACIÓN RHO DE SPEARMAN		FAMILIA	REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	DINAMICA FAMILIAR	HABILIDADES SOCIALES	APOYO FAMILIAR	HABILIDADES COGNITIVAS
FAMILIA	Coefficiente de correlación	1,000	,963**	,914**	,915**	,953**	,936**
	Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000	,000	,000
	N	40	40	40	40	40	40
REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	Coefficiente de correlación	,963**	1,000	,906**	,899**	,940**	,924**
	Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000	,000	,000
	N	40	40	40	40	40	40
DINAMICA FAMILIAR	Coefficiente de correlación	,914**	,906**	1,000	,869**	,951**	,865**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000	,000	,000
	N	40	40	40	40	40	40
HABILIDADES SOCIALES	Coefficiente de correlación	,915**	,899**	,869**	1,000	,866**	,929**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.	,000	,000
	N	40	40	40	40	40	40
APOYO FAMILIAR	Coefficiente de correlación	,953**	,940**	,951**	,866**	1,000	,898**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	.	,000
	N	40	40	40	40	40	40
HABILIDADES COGNITIVAS	Coefficiente de correlación	,936**	,924**	,865**	,929**	,898**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	.
	N	40	40	40	40	40	40

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

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario aplicado a las familias de los pacientes con esquizofrenia paranoide atendidos en el servicio de salud mental del HCMM – Juliaca 2017.

Como se observa los resultados entre Familia y rehabilitación psicosocial, se mantienen una correlación de Rho Spearman de 0,963*, lo que significa que existe una CASI PERFECTA CORRELACIÓN POSITIVA, para un 99% de nivel de confianza, lo cual es significativo.

a. Prueba de hipótesis.

$H_a: p = 0$ Existe relación significativa entre familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide atendido en el Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano.

b. Conclusiones para la hipótesis.

$h_i = 0.011$ se acepta la hipótesis, esto significa que: Existe relación significativa entre familia y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide atendido en el Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano.

V. CONCLUSIONES

PRIMERA. Existe relación significativa entre familia y rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide. mantiene correlación de RHO SPEARMAN de 0,963**, lo que significa que existe una CORRELACIÓN POSITIVA CASI PERFECTA.

SEGUNDA. Existe relación significativa entre la dinámica familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide. Mantiene correlación de RHO SPEARMAN de 0,869**, lo que significa que existe una CORRELACIÓN POSITIVA CASI PERFECTA. Lo que se evidencia en la tabla N° 01. Teniendo como componente principal en dinámica familiar, que el 50% de las familias se encuentran de acuerdo con la afirmación, se sienten agobiados por intentar compatibilizar el cuidado del familiar con esquizofrenia paranoide y las otras actividades que deben realizar como: el trabajo, la educación, la familia, frente a la enfermedad.

TERCERA. Existe relación significativa entre apoyo familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide. Mantiene correlación de RHO SPEARMAN de 0,898**, lo que significa que existe una CORRELACIÓN POSITIVA CASI PERFECTA. Lo que se evidencia en la tabla N° 4, en la que 26 familias que representa el 65.0% está de acuerdo en que la familia debe apoyar al familiar con esquizofrenia paranoide en llevar el tratamiento, para así lograr la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide.

VI. RECOMENDACIONES

1. Al Hospital Carlos Monge Medrano, a través del Programa de Salud Mental, debe promover la organización de cuidados comunitarios para la atención integral de esta población, a través del fortalecimiento del equipo de profesionales de Salud Mental Comunitaria, atender no sólo la problemática medico psiquiátrica sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales brindando a la población por medio del area de promoción social, las herramientas necesarias para que la población en general colabore con el programa, en la detección y seguimiento del paciente para la rehabilitación del mismo, con el fin de evitar situaciones de deterioro y marginación, y de procurar posibilidades y oportunidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad. Por ello además se sugiere, incrementar el número de plazas para trabajadoras sociales. El apoyo familiar para la rehabilitación psicosocial del paciente es indispensable, pero también es indispensable el brindar apoyo a la familia y la comunidad.
2. Al Colegio de Trabajadores Sociales del Perú – Región Puno, debe considerar seriamente el implementar cursos de actualización, seminarios, congresos, cursos, entre otros relacionados a la Salud Mental, tenemos una primera experiencia implementada en Huamanga Ayacucho, que debe tener continuidad para posicionar nuestras funciones en el ámbito de trabajo social y salud mental. Ello nos brindara herramientas para mejorar nuestra intervención en el este ámbito. Así mismo promover eventos para socializar experiencias exitosas en el campo de la Salud Mental Comunitaria, teniendo en cuenta que ya son varias las provincias en las que se están implementando el Programa de Salud Mental Comunitaria.

3. A la Universidad Nacional del Altiplano, a través del vicerrectorado de investigación para que estudiantes y docentes de pre y post grado realicen investigaciones en relacion a la Salud Mental a nivel local y regional. E incluso la apertura de menciones en salud mental, trabajo social psiquiátrico o gestión y desarrollo de programas de intervención social.
4. A la Facultad de Trabajo Social a través de la dirección de estudios, se considere en el curso de metodología de la intervención comunitaria incidir en Salud Mental para fortalecer la intervención del trabajador social a nivel comunitario.

VII. REFERENCIAS

- Agudelo, M. E., (2005): Descripción de la dinámica interna de las familias Monoparentales, simultáneas, extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión. Medellín. Colombia. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, (3) 1 p.157-179.
- Ardila, S., (2009) El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. Pontificia Universidad Javeriana – Bogotá. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74745020090001000009&script=sci_arttext.
- Arias, S., (2009) Cuando las alucinaciones y el delirio te cambian la vida/ El Impacto de la Enfermedad Mental de la Esquizofrenia y la Bipolaridad en la Calidad de Vida del Paciente y de su Familia. Revista Puertorriqueña de medicina y salud pública, (17).
- Aylwin N, Solar M. (2002): Trabajo social familiar. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile; 2002.
- Burmeister, C; Peters, P. (2006) Dinámicas Familiares Asociadas al Surgimiento de la Esquizofrenia. Universidad de Chile. setiembre 2016.
- Caldas, J. (2007 P. 113): Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina. Revista de Psiquiatría Uruguay 2007; volumen 71; numero 2. Uruguay.
- Caballo, V. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI.
- Castillo, H. (2012): Impacto de la esquizofrenia en la calidad de vida y desarrollo humano de pacientes y familias de una institución de atención de salud mental de la ciudad de lima. Volumen 25 numero 1. Perú.
- Contreras, C., Navarro, P., & Salazar, G., (2009): Informe de Psicología Social Tema: Esquizofrenia y rehabilitación. UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS. Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades Escuela de Trabajo Social.

- Gallego, A. M., (2012): Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. México. “Revista Virtual Universidad Católica del Norte”. No. 35, pp.20.
- Gómez, M. (2009): Insight y calidad de vida objetiva y subjetiva en la esquizofrenia universidad de Barcelona España Barcelona 15 de setiembre del 2009.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., Y Kavanagh, D., (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (40) p. 899 - 904.
- Hidalgo, L. (2013) sobrecarga y afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia. Pontifica universidad católica del Perú 2013.
- Ibacache, L., (2000) Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de esquizofrenia. Ministerio de salud chile. (p. 11-12).
- Kamashiro, K. (2005) Habilidades cognitivas en pacientes con esquizofrenia paranoide. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima – Perú 2005.
- Leal, F., Espinoza, C., Vega, J., & Vega, S., (2012) Sobrecargas objetivas y nivel de apoyo familiar a pacientes adultos con esquizofrenia. *Salud Uninorte* (28, 2), 218-226.
- Liberman, R.M., (1988.): *Psychiatric Rehabilitation of chronic mental patients*. American Psychiatric Press.Inc. 1400 K Street NW. Washington DC 20005.
- López, B. (1999): *Rehabilitación cognitivas del paciente con esquizofrenia: aplicación APT 1999*. Universidad complutense de Madrid – España.
- Montaño, L., Nieto, T. Y Mayorca, N., (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicología*, (4-1). <http://umbnoticias.umb.edu.co/revp/index.php/vanguardiapsicologica/article/view/88/120>
- Nolasco, M. (2015) Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar. Hospital Víctor Larco Herrera. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima – Perú 2015.

- Ortega, P; Torres, L. E; Reyes, A. & Garrido, A. (2012) Cambios en la dinámica familiar con hijos e hijas con discapacidad. Revista Psicología Científica.com, 14(6). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/hijos-con-discapacidad-cambios-familia>
- Ortiz, M., (2013) Caracterización de los roles en las familias de origen de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el hospital psiquiátrico Julio Endara de Quito. Universidad politécnica salesiana. Ecuador.
- Pasquale, E. (2000): Psiquiatría y salud mental. Obtenida el 11 de Setiembre del 2013, de http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/06-intervencion_fam.htm.
- Pérez I. (2000). Habilidades sociales: Educar hacia la autorregulación. Barcelona: Horsori. España - Barcelona. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=204823>
- Rejas, L., (2011) Familia y Esquizofrenia: 24 horas al día, 365 días al año. España.
- Rev. Katál. Florianópolis V. 13 N. 1 P. 126-132 jan./jun. 2010 Família e trabalho social: intervenções no âmbito do Serviço Social, Dalva Azevedo Gueiros. Universidade Cruzeiro do Sul (Unicsul, São Paulo).
- Rev. Virtual Universidad Católica Del Norte N° 35. Febrero/mayo del 2012 Colombia. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. Acceso. <http://revista.virtual.ucn.edu.co/>.
- Ribé, J.M., (2014). El cuidador principal del paciente con esquizofrenia: calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional. Disertación doctoral no publicada. Universidad Ramon Llull, Barcelona, España.
- Rodríguez, A. Y De Sierra Morales, D., (2008): Proyecto de declaración El Senado de la Nación Secretaría Parlamentaria Dirección General de Publicaciones. Disponible en: <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCwQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.senado.gov.ar%2Fparlamentario%2Fparlamentaria%2F273020%2FdownloadPdf&ei=QpynUsC7KtHpkQfCwoGoCA&usg=AFQjCNF8QyKet4B3H67cre2vjxf1hXDKvQ&bvm=bv.57799294,d.eW0>.

- Rodríguez, M., Martínez, M., (2015). La teoría familiar sistémica de Bowen: avances y aplicación terapéutica (1). España: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.L.
- Román, N; Zapata J: (2012) Proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos en hogares protegidos forenses. Universidad academia de humanismo cristiano Santiago Chile 2012.
- Saavedra J. (2002): Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental. Informe General. Anales de Salud Mental. 2002; VIII (1-2):1-197 Perú.
- Satir, V., (2002). Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. Editorial PAX México, (2), 15.
- Selma, h. (2012) Psicología conocimiento y sociedad. Universidad de la republica Uruguay. facultad de psicología. (2)1 p. 80 – 129.
- Silva, J. C. M. Familia: demandas para o Serviço Social. Obtenida el 12 de agosto, de <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1592/1525>
- Sotelo, A; Tapia, A: (2015) Relación del género y el funcionamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del centro de salud mental Moisés Heresi, Arequipa 2014. Universidad Católica de Santa María. Arequipa Perú 2015.
- Torres, L., Orteaga, P., Garrido, A., & Reyes, A., (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, (10), 2, 31-56.
- Villora B. (2011): Satisfacción y apoyo social familiar en una muestra de personas con Trastorno Mental Grave – Universidad de Castilla la Mancha - España. Disponible en:
<http://www.uclm.es/bits/archivos/trabajos/BEATRIZ%20V%20C3%8DLLORA%20GALINDO.pdf>.
- Zoch, C., (2004): Esquizofrenia. Temas en psiquiatría. Capítulo VI Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica. Obtenida el 4 de abril del 2013.
<http://www.binasss.sa.cr/poblacion/esquizofrenia.htm>.
- LEY N.ª 29889 La reforma de la atención en salud mental – Perú. (2015) Ministerio De Salud. Recuperado de:
www.elperuano.com.pe/normaselperuano/2015/10/06/1296283-1.html.

LIBRO DE INGRESOS Y EGRESOS. Área de hospitalización del servicio de psiquiatría del Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca.

OTROS:

American Psychiatric Association (2001), Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV T.R. España.

Asociación Mundial De Rehabilitación Psicosocial – Organización Mundial De La Salud (1996). Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso (WAPR-WHO), recuperado de:
http://www.wapr.org/wpcontent/uploads/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_esp.PDF.

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (2011) – salud mental y medios de comunicación – guía de estilo. Recuperado de:
https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludMental/docs/Salud_Mental_Guia_de_estilo.pdf

Ministerio de salud Chile - División de salud de las personas - Depto. Programas de las personas - Unidad de salud mental. Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de esquizofrenia (2000). Recuperado de:
<http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd050644/ibacache.pdf>

Organización Mundial De Salud (2001): Informe sobre salud mental en el mundo, salud mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas. 1211 Ginebra 17 Suiza. Disponible en http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf

ANEXOS

ANEXO A.**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO****FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL 2017****DATOS FAMILIARES:**

Datos Personales:

Edad: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____

Grado de instrucción: _____

Ocupación principal: _____

Parentesco con el usuario: _____

Composición familiar: Señale con quiénes vive en casa, sus edades, el parentesco que tiene cada persona con el usuario y si ayuda en el cuidado del usuario.

Nombre	Edad	Parentesco	¿Tiene algún problema de salud mental y/o física?	¿Ayuda en el cuidado?

Tipo de familia: _____

¿Es usted el principal cuidador del usuario? Sí No

¿Hace cuánto tiempo cuida al usuario? _____

¿Vive usted algún otro miembro de la familia que tenga esquizofrenia? Sí No

¿Existe aceptación de la enfermedad por parte de los miembros de la familia nuclear (padres, hermanos, hijos)??

¿Existe aceptación de la enfermedad por parte de los miembros de la familia extendida (¿tíos, primos, abuelos, sobrinos?)

DATOS DEL PACIENTE

Edad: _____ Sexo: _____

Grado de instrucción: _____

Ocupación: _____

Tiempo de enfermedad: _____

¿Ha tenido recaídas? Sí No ¿Cuántas? _____

¿Tiene conciencia de enfermedad? Sí No

FIRMA

ANEXO B.**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO****FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL – 2017**

El presente es un instrumento que recoge información estrictamente académica para la investigación titulada: “Familia y rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide del Hospital Carlos Monge Medrano 2017”. Por tanto, se le agradece responder las preguntas, marcando con una “X” en la proposición que le parece.

N°		MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
VARIABLE: FAMILIA						
	DIMENSIÓN: DINÁMICA FAMILIAR					
1	Se sienten agobiados por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)					
2	Todos los miembros de la familia son responsables del cuidado de su familiar.					
3	El familiar enfermo, es completamente dependiente de la familia.					
4	La familia no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar al familiar enfermo, además de sus otros gastos					
5	Tienen suficiente dinero para cubrir sus necesidades.					
6	Promueven abiertamente el diálogo familiar para aliviar tensiones o diferencias.					
7	Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa					

8	Los miembros de la familia son un equipo eficiente para la atención del familiar enfermo.					
	DIMENSIÓN: APOYO FAMILIAR					
9	La familia se siente avergonzada por la conducta del familiar enfermo.					
10	La enfermedad del familiar enfermo afecta negativamente en la relaciones sociales y familiares.					
11	La familia tiene miedo por el futuro del familiar enfermo					
12	Brindar afecto ayuda a la recuperación de la salud del paciente esquizofrénico					
13	Es importante escuchar tranquilamente al familiar enfermo.					
14	Integración del paciente en el ámbito socio familiar.					
15	Es necesario tomar en cuenta las opiniones de nuestro familiar enfermo.					
16	Apoyar al familiar enfermo en relacion a su tratamiento médico.					
	VARIABLE: REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL					
	DIMENSIÓN: HABILIDADES SOCIALES					
17	Es preferible evitar que el paciente participe en los quehaceres del hogar aún bajo supervisión de un familiar.					
18	Es importante que el paciente asista a las terapias psicosociales.					
19	El paciente realiza su higiene personal de modo autónomo.					
20	El paciente puede tomar sus medicamentos por sí solo, sin que nadie lo vigile.					
21	El paciente mantiene sus relaciones sociales (amigos, vecinos).					

22	El paciente realiza actividades económicas que le generen ingresos monetarios.					
23	El paciente puede ir solo al control médico o terapia.					
24	Es beneficioso para la salud del paciente que realice actividades recreativas.					
	DIMENSIÓN: HABILIDADES COGNITIVAS					
25	Toma sus propias decisiones acerca de su vida					
26	Es una persona capaz de hacer las cosas bien					
27	Realiza planes y proyectos acerca de su vida frecuentemente.					
28	Tiene buena capacidad de concentración.					
29	Se distrae fácilmente.					
30	El dialogo con los demás es fluido y sin interrupciones.					
31	Es necesario motivar a su familiar a hacer ejercicio (caminar).					
32	Es necesario motivar a su familiar a hacer ejercicio que le ayuden a mejorar lenguaje, concentración retención de pensamiento entre otros.					

VALORACIÓN			
MD	MUY DE ACUERDO	1	
DA	DE ACUERDO	2	
I	INDECISO	3	
ED	EN DESACUERDO	4	
MD	MUY EN DESACUERDO	5	
TOTAL			

ANEXO C.

DATOS TABULADOS

Cuestionario aplicado a las familias de los pacientes con esquizofrenia paranoide atendidos en el servicio de salud mental del HCMM – Juliaca 2017.

ID N°	DINAMICA FAMILIAR			APOYO FAMILIAR			HABILIDADES SOCIALES			HABILIDADES COGNITIVAS			FAMILIA	REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
	P1	P2	P3	P1	P2	P3	P1	P2	P3	P1	P2	P3	V1	V2
1	1	1	2	4	2	2	5	1	4	4	2	2	1	1
2	2	3	5	2	3	3	2	2	5	4	4	3	1	1
3	1	4	2	2	4	2	4	4	5	4	5	4	1	1
4	2	4	3	2	4	2	2	2	5	4	5	4	1	1
5	1	4	2	2	4	2	2	4	4	4	2	2	1	1
6	2	2	4	4	2	2	5	2	4	4	3	2	1	1
7	1	4	2	2	2	4	4	2	4	2	2	1	1	2
8	4	1	4	4	2	2	5	1	4	2	2	2	2	2
9	2	2	4	3	1	1	1	1	5	2	2	3	2	2
10	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2
11	2	2	5	2	1	4	2	2	5	3	3	3	2	2
12	2	2	4	3	3	3	4	2	4	3	4	3	2	2
13	4	1	4	1	1	2	5	1	1	3	1	1	2	2
14	2	2	4	4	2	2	5	2	4	4	3	2	2	2
15	1	4	2	5	4	2	3	3	3	4	2	2	2	2
16	2	1	2	4	2	2	3	3	4	4	4	2	2	2
17	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
18	2	2	4	2	2	2	4	1	4	3	3	2	2	2
19	1	2	4	4	2	2	2	2	5	4	4	5	2	2
20	1	1	2	4	2	2	1	1	4	2	3	1	2	2
21	1	2	4	2	2	2	4	2	4	4	3	2	2	2
22	2	2	2	3	4	3	3	3	4	3	3	2	3	2
23	1	2	2	5	2	1	4	2	4	3	2	1	3	3
24	2	3	5	2	2	3	1	1	5	4	4	3	3	3
25	1	4	2	2	5	2	4	4	5	3	5	5	3	3
26	1	4	2	2	5	2	2	2	5	4	5	4	3	3
27	1	4	2	2	4	2	1	4	3	3	1	1	4	3
28	2	2	4	4	2	2	5	2	4	4	3	2	4	3
29	1	3	2	1	1	4	4	2	4	2	2	1	4	4
30	4	1	4	4	2	2	5	1	4	2	2	2	4	4
31	2	2	4	3	2	1	1	1	4	2	2	2	4	4
32	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4
33	2	2	5	2	1	4	2	2	5	3	3	3	4	4
34	2	2	4	3	3	3	4	2	4	3	4	3	4	4
35	4	1	4	1	1	2	5	1	1	3	1	1	4	4
36	2	2	4	4	2	2	5	2	4	4	3	2	4	4
37	1	1	2	2	4	2	2	2	3	4	2	2	5	4
38	1	1	1	4	2	2	3	3	4	4	4	2	5	4
39	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	1	5	5
40	1	1	4	2	1	2	4	2	5	3	2	2	5	5

ANEXO D.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Familia y rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide del Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca- 2017

Planteamiento del problema	Hipótesis	Objetivo(s)	Variante(s)	Dimensiones	Indicadores e índices	Método	Estadística
<p>Problema General ¿En qué medida la familia guarda relación con la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide del Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano?</p>	<p>Hipótesis General Existe relación significativa entre la familia y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide atendido en el Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano.</p>	<p>Objetivo General Describir la relación entre la familia y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide del Servicio de Salud Mental del Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca – 2017</p>	<p>Vx. Familia</p>	<p>dinámica familiar</p>	<ol style="list-style-type: none"> Roles familiares. <ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de la enfermedad. • Cumplimiento de funciones. • Comunicación familiar. Cultura familiar. <ul style="list-style-type: none"> • Interpretación del proceso de la enfermedad. Nivel socioeconómico. <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos. • Necesidades básicas. Relaciones intrafamiliares. <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación. • Toma de decisiones. 	<p>Hipotético deductivo</p>	<p>Estadística no paramétrica. Estadígrafo RHO SPEARMAN.</p>
<p>Problemas Específicos • ¿En qué medida la dinámica familiar guarda relación con la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide? • ¿En qué medida el apoyo familiar</p>	<p>Hipótesis Específicas • Existe relación significativa entre la dinámica familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide. • Existe relación significativa entre</p>	<p>Objetivos Específicos • Identificar la relación de la dinámica familiar y con la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide. • Determinar la relación entre el apoyo familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con de</p>	<p>Vy. Rehabilitación psicosocial del paciente con</p>	<p>Apoyo familiar</p> <p>Habilidades sociales</p>	<ol style="list-style-type: none"> Estigma social. <ul style="list-style-type: none"> • Actitud de rechazo. Actitudes familiares <ul style="list-style-type: none"> • Escucha activa. • Integración del paciente en el ámbito socio familiar. • Participación de realizar actividades en el hogar. • Brindar afecto. <ol style="list-style-type: none"> Seguimiento de Rehabilitación. <ul style="list-style-type: none"> • Resocialización. • Autonomía. • Desarrollo de capacidades. Roles sociales. 	<p>Hipotético deductivo</p>	<p>Estadística no paramétrica. Estadígrafo RHO SPEARMAN.</p>

guarda relación con la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide?	el apoyo familiar y la rehabilitación psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide.	esquizofrenia paranoide	esquizofrenia paranoide.	<ul style="list-style-type: none"> Recuperación y cambio de hábitos básicos. Utilización del tiempo. Actividades pasivas, físicas, creativas y recreativas. 	<ul style="list-style-type: none"> Recuperación y cambio de hábitos básicos. Utilización del tiempo. Actividades pasivas, físicas, creativas y recreativas.
Habilidades cognitivas				<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo cognitivo. Capacidad de atención. Toma de decisiones. Lenguaje. Concentración 	

Tipo, nivel y diseño	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Estadística
<p>TIPO: Investigación Básica</p> <p>NIVEL Investigación descriptivo correlacional</p> <p>DISEÑO. El diseño de estudio usado en la presente investigación se ubica entre los estudios No Experimentales de Corte Transversal. El cual, solo estudia el fenómeno de interés sin manipular las variables involucradas en el estudio, los estudian en su forma y entorno natural; y para este tipo de estudios, se recolectan la información en un momento determinado en el tiempo. El siguiente esquema corresponde a este tipo de diseño:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> </div> <ul style="list-style-type: none"> Donde: “M” es la muestra donde se realiza el estudio; Los subíndices “x,y,” en cada “O” nos indican las observaciones obtenidas en cada una de las variables (x,y); “r” hace mención a la posible relación existente entre las variables bajo estudio. 	<p>Población.</p> <p>La población universo está determinado por 40 pacientes con esquizofrenia paranoide.</p> <p>Muestra.</p> <p>La muestra de estudio está representada por 40 pacientes con esquizofrenia paranoide.</p> <p>Es una muestra no probabilística de la conveniencia de la investigadora.</p>	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario tipo escala de Likert.</p>	<p>Estadística No Paramétrica</p> <p>Estadígrafo Rho. Spearman</p>