



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA
SALESIANA
SEDE QUITO
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y LA
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, EN PACIENTES DE EDAD ADULTA
DENTRO DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO SAN JUAN DE DIOS, EN EL
PERIODO 2021- 2022**

Trabajo de titulación previo a la obtención del
Título de Licenciado/a en Psicología

AUTOR:

KELLY MICAELA ESOBARALBAN

INGRID NICOLE VIZUETE PFEIL

TUTORA:

PSIC. SARA ALEXANDRACASTILLO YANÉZ, MGTR.

Quito-Ecuador

2022

CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Nosotros, Escobar Albán Kelly Micaela con documento de identificación N° 1717920019 y Vizuite Pfeil Ingrid Nicole con documento de identificación N° 1729405066; manifestamos que:

Somos los autores y responsables del presente trabajo; y, autorizamos a que sin fines de lucro la Universidad Politécnica Salesiana pueda usar, difundir, reproducir o publicar de manera total o parcial el presente trabajo de titulación.

Quito, 1 de agosto del año
2022

Atentamente,



Escobar Albán Kelly Micaela
1717920019



Vizuite Pfeil Ingrid Nicole
1729405066

**CERTIFICADO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL
TRABAJO DE TITULACIÓN A LA UNIVERSIDAD
POLITÉCNICA SALESIANA**

Nosotras, Escobar Albán Kelly Micaela con documento de identificación No. 1717920019 y Vizute Pfeil Ingrid Nicole con documento de identificación No. 1720405066, expresamos nuestra voluntad y por medio del presente documento cedemos a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que somos autores del Trabajo de Titulación en el ámbito investigativo: “**RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, EN PACIENTES DE EDAD ADULTA DENTRO DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO SAN JUAN DE DIOS, EN EL PERIODO 2021- 2022**” el cual ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciado/a en Psicología, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En concordancia con lo manifestado, suscribimos este documento en el momento que hacemos la entrega del trabajo final en formato digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

Quito, 1 de agosto del año 2022

Atentamente,



Escobar Albán Kelly Micaela
1717920019



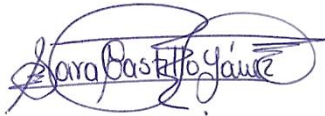
Vizute Pfeil Ingrid Nicole
1729405066

CERTIFICADO DE DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Castillo Yánez Sara Alexandra con documento de identificación N° 0401287099, docente de la Universidad Politécnica Salesiana, declaro que bajo mi tutoría fue desarrollado el trabajo de titulación: “RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN PACIENTES DE EDAD ADULTA DENTRO DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO SAN JUAN DE DIOS EN EK PERIODO 2021-2022”, realizado por Escobar Albán Kelly Micaela con documento de identificación N° 1717920019 y por Vizuete Pfeil Ingrid Nicole con documento de identificación N° 1720405066, obteniendo como resultado final el trabajo de titulación bajo la opción Sistematización de experiencias prácticas de investigación y/o intervención que cumple con todos los requisitos determinados por la Universidad Politécnica Salesiana.

Quito, 1 de agosto del año 2022

Atentamente,



Castillo Yánez Sara Alexandra

0401287099

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LA EMPRESA



ALBERGUE

San Juan de Dios

QUITO | ECUADOR

San Juan de Dios S2 - 209 y Argentina | Valle de Los Chillos
San Carlos de Alangasí | Apartado Postal 17-03-345 | Quito, Ecuador
Tel: +593 (02) 286-1197 | Fax: +593 2-286-2499
hospital-sanjuandedios.ec | www.hospital-sanjuandedios.com.ec

Quito, 08 de agosto de 2022

De mis consideraciones;

Estimadas, MICAELA ESCOBAR con C.I. 171792001-9 e INGRID VIZUETE con C.I. 172940506-6, por medio de la presente extiendo la autorización para que puedan realizar su tesis y posterior publicación y divulgación de datos en base al tema: **"RELACIÓN EXISTENTE EN EL DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES ADULTOS QUE PADECEN ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DENTRO DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO SAN JUAN DE DIOS, EN EL PERIODO 2021- 2022"** en este hospital; debido a que es información de una población vulnerable es necesario que la realicen bajo la supervisión de la Dra. Gabriela Guevara, Médica Psiquiatra, quien regirá como tutora intrainstitucional en desarrollo de su tesis.

Cordialmente

Dra. Marcela Valladares
Coordinadora de Investigación de HESJDD.



📍 San Juan de Dios S2-209 y Argentina / Valle de los Chillos
☎ Teléfono: +593-2-286-1197 Ext: 206

DEDICATORIA MICAELA ESCOBAR

Le dedico con todo mi corazón a mi familia, especialmente a mi madre, padre y mis hermanos pues sin ellos no lo habría logrado, gracias a su soporte incondicional en todos los ámbitos de mi vida, por ser mis guías para lograr la superación, es una manera de retribuirles llenándolos de gozo al saber que logre lo que tanto anhelaba.

DEDICATORIA INGRID VIZUETE

El presente proyecto está dedicado a mi padre, mi madre, mis hermanos y mi hija, quién a través de su apoyo me animó durante todos los años de carrera a poder culminarla, además que me enseñaron que el mejor conocimiento que se puede tener es el que se aprende por sí mismo.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia, damos gracias a la Universidad por permitirnos en convertirnos en profesionales en lo que tanto nos apasiona, a nuestra tutora Sara Castillo que fue parte de este proceso integral de formación que deja como producto terminado este trabajo de titulación, que perdurará dentro de los conocimientos y desarrollo de las demás generaciones de profesionales. Así como, agradecemos a nuestras familias las cuales han creído siempre en nosotros, dándonos su apoyo incondicional.

I. Resumen

El presente trabajo de investigación intitulado “Relación existente entre el deterioro cognitivo y la esquizofrenia paranoide, en pacientes de edad adulta dentro del hospital especializado san juan de dios, en el periodo 2021- 2022”, buscó analizar desde las narrativas del personal de salud la relación entre el deterioro cognitivo y la esquizofrenia paranoide, en pacientes de edad adulta dentro del hospital especializado San Juan De Dios, con el objetivo de comprender la incidencia del deterioro cognitivo en las diferentes esferas tanto fisiológicas, cuanto psicológicas de las personas con este diagnóstico, prestando especial atención a las funciones ejecutivas que pudieran estar perjudicadas por dicha patología.

Para realizar el análisis de este proyecto se utilizó un diseño de tipo cualitativo, con el enfoque epistemológico racionalista-deductivo, debido a que se trabajó con argumentos, deducciones y explicaciones. Asimismo, se examinaron los datos a través de narrativas como eventos, hechos y experiencias, mediante una entrevista semi-estructurada, por medio de preguntas abiertas que fueron aplicadas al personal médico. Por otro lado, se empleó una revisión bibliográfica de varios artículos científicos y estudios acerca de los principales conceptos de la esquizofrenia paranoide y el deterioro cognitivo.

Finalmente, se obtuvieron resultados que corroboraban los objetivos planteados en el proyecto. Encontramos que existe deterioro cognitivo en las personas que padecen esquizofrenia paranoide, en las categorías de: deterioro de funciones cognitivas relacionadas con el funcionamiento fisiológico y psicológico; deterioro de funciones cognitivas relacionadas al funcionamiento social; atribuciones de causalidad del deterioro cognitivo, impacto del deterioro cognitivo en la esfera psicosocial; tratamiento y acceso a la salud. Por otro lado, se evidenció una gran estigmatización alrededor de la esquizofrenia, debido a la falta de información en la sociedad ecuatoriana.

- Palabras claves: esquizofrenia, deterioro cognitivo, terapia cognitivo conductual, esferas psicosociales

II. Abstract

The present research work entitled "The existing relationship in cognitive impairment in adult patients suffering from paranoid schizophrenia in the period 2021-2022", sought to analyze from the narratives of health personnel the relationship between cognitive impairment and paranoid schizophrenia, in patients of adulthood within the specialized hospital San Juan De Dios, with the aim of understanding the incidence of cognitive impairment in the different physiological and psychological spheres of people with this diagnosis, paying special attention to the executive functions that could be impaired by said pathology.

To carry out the analysis of this project, a qualitative type design was used, with the rationalist-deductive epistemological approach, due to the fact that arguments, deductions and explanations were used. Likewise, the data was examined through narratives such as events, facts and experiences, through a semi-structured interview, through open questions that were applied to the medical personnel. On the other hand, a bibliographic review of several scientific articles and studies about the main concepts of paranoid schizophrenia and cognitive impairment was used.

Finally, results showed and corroborated the objectives set out in the project. We found that there is cognitive impairment in people with paranoid schizophrenia, in the following categories: impairment of cognitive functions related to physiological and psychological functioning; deterioration of cognitive functions related to social functioning; causal attributions of cognitive impairment, impact of cognitive impairment in the psychosocial sphere; treatment and access to health. On the other hand, a great stigmatization around schizophrenia was evidenced, due to the lack of information in Ecuadorian society.

- **Keys words:** Paranoid Schizophrenia, Cognitive Impairment, Cognitive Behavioral Therapy, Psychosocial Spheres.

III. Índice de Contenido

IV. Datos informativos del proyecto	1
V. Objetivo	1
Objetivo general	1
Objetivos específicos	2
VI. Eje de la intervención o investigación	2
Dimensiones	2
Marco conceptual	2
<input type="checkbox"/> Tipos de esquizofrenia:	3
<input type="checkbox"/> La esquizofrenia desde una visión cognitivo-conductual	4
<input type="checkbox"/> Tratamiento	6
Esferas psicosociales	7
VII. Objeto de la intervención o de la práctica de investigación/intervención.	10
VIII. Metodología	11
IX. Preguntas clave	13
X. Organización y procesamiento de la información	13
Tabla No.1	13
Tabla No. 2	15
X1. Análisis de la información	16
SEGUNDA PARTE	25
XII. Justificación	25
XIII. Caracterización de los beneficiarios	26
<i>Beneficiarios directos</i>	27
<i>Beneficiarios indirectos</i>	27
XIV. Interpretación	28
XV. Principales logros del aprendizaje	29
XVI. Conclusiones y Recomendaciones	31
XVII. Referencias bibliográficas	32
XVIII. Anexos	36

IV. Datos informativos del proyecto

Relación existente en el deterioro cognitivo en pacientes adultos que padecen esquizofrenia paranoide en el periodo 2021-2022

El presente trabajo, con un diseño de tipo cualitativo, se enfocó en la relación que existe entre el deterioro cognitivo y la esquizofrenia paranoide en pacientes que padecen este trastorno; desde las narrativas del personal de salud que interviene con esta población, en donde se sintetizó sus perspectivas sobre el deterioro cognitivo y la relación con la variable esquizofrenia, debido a que se encontró información actualizada pero limitada entorno a este tema, la presente investigación tendrá un aporte de tipo teórico, al igual que los datos relevantes para facilitar la comprensión de los receptores del texto.

Además, la presente investigación permitirá mostrar información fundamental que demuestre cómo la esquizofrenia paranoide afecta a los ámbitos psicosociales como laboral, académico, social, relaciones interpersonales y familiares, de las personas que padecen este trastorno.

V. Objetivo

Objetivo general

Analizar la relación existente entre el deterioro cognitivo y la esquizofrenia en pacientes adultos desde una metodología de tipo cualitativa y una revisión bibliográfica, en el hospital especializado San Juan De Dios del valle de los chillos de la ciudad de Quito, dentro del periodo 2021-2022.

Objetivos específicos

- Describir las narrativas de atribuciones de causalidad para que se produzca un deterioro cognitivo en los pacientes adultos que padecen esquizofrenia paranoide.
- Analizar las esferas psicosociales que se ven afectadas debido al deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia paranoide.
- Describir la eficacia y pertinencia de los tratamientos para la esquizofrenia paranoide.

VI. Eje de la intervención o investigación

Dimensiones

Deterioro cognitivo: Según Pérez (2005), se puede considerar deterioro cognitivo si se ve reflejado una disminución del rendimiento, por lo menos, en una de las capacidades mentales o intelectivas. El motivo de esta investigación es estudiar la relación existente entre el deterioro cognitivo en pacientes que presentan esquizofrenia paranoide, los cuales son severos y afectan directamente sobre la memoria declarativa verbal, las funciones ejecutivas, la atención sostenida, y la memoria de trabajo. Asimismo, presuponen un nivel cognitivo inferior al considerado como adecuado en comparación a la población en general, es decir, existe un declive con respecto al nivel de funcionamiento, una pérdida parcial o global de las capacidades previamente adquiridas.

Esquizofrenia: El DSM-V (2013), define a los síntomas de la esquizofrenia como disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales. Por consiguiente, los pacientes que presentan esquizofrenia diagnosticada, manifiestan un deterioro funcional en los ámbitos psicosociales, generando una dificultad al relacionarse con las personas dentro de su entorno.

Marco conceptual

A lo largo de la historia, los trastornos mentales han sido estigmatizados, generando prejuicios en torno a este tema; siendo uno de ellos la esquizofrenia. Este trastorno mental, puede tener tanto síntomas positivos como negativos, por lo cual podría haber tantas alucinaciones, delirios, ideas delirantes como, deterioro en el pensamiento y el comportamiento, que afecta el funcionamiento diario y puede ser incapacitante para el paciente que lo padece. DSM-V (2013)

El concepto de esquizofrenia tuvo una aproximación más aceptable, en la edad contemporánea; Kraepelin, como cita en Novella & Huertas (2010), en su libro “Tratado de enfermedades mentales” introdujo a la esquizofrenia como demencia precoz, en ella diferenció tres tipos de esquizofrenia: hebefrenia, catatónica y paranoide. Morel, como cita en Novella & Huertas (2010), describe a la esquizofrenia como un trastorno mental que afecta a adolescentes y adultos jóvenes generando con el tiempo un deterioro cognitivo, llevándole al sujeto a una discapacidad mental. Bleuler, como cita en Novella & Huertas (2010), propuso el concepto de esquizofrenia al grupo de las demencias precoces.

Otto Kenberg, como cita Ortiz (2013), agrega una propuesta más elaborada acerca de la esquizofrenia, englobando los aspectos fisiológicos, psíquicos y ambientales; define a la misma como una alteración profunda y progresiva de la personalidad, dando como finalizada la comunicación con las personas que les rodean, para sumergirse en un pensamiento delirante con alucinaciones y psicosis, donde prevalecen construcciones imaginarias.

- **Tipos de esquizofrenia:**

Según el DSM-V (2013), la esquizofrenia paranoide, es determinada por ideas delirantes y alucinaciones, en especial auditivas, las cuales son las más frecuentes, la edad más tardía de aparición es entre los 20 y 30 años de edad.

El DSM-V (2013), define la sintomatología de la esquizofrenia en algunos criterios. Es importante mencionar que dichos factores de riesgo, ya sean biológicos, sociales o familiares, pueden ser generadores de la aparición de esta enfermedad mental, es decir, se considera que la esquizofrenia puede ser provocada por una combinación entre dotación genética y factores externos.

Por otro lado, el CIE-10 (2000), define a la esquizofrenia por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y la percepción, a la par con una afectividad inadecuada. Aunque, se mantiene la lucidez de la conciencia, al pasar el tiempo, se puede observar ciertas deficiencias intelectuales. En cuanto a la esquizofrenia paranoide, predominan los delirios que pueden ser relativamente estables, que a su vez pueden estar acompañados por alucinaciones, especialmente alucinaciones de tipo auditivo y de perturbaciones de la percepción.

Tabla 1 Diferencias de los tipos de esquizofrenia según autores.

KRAEPELIN (1898)	BLEULER (1911)	CROW (1980)	LIDDLE (1984)	DSM-IV (1994)
E. Paranoide E. Hebefrénica E. Catatónica	E. Paranoide E. Hebefrénica E. Catatónica E. Simple	<i>Tipo 1:</i> Síntomas positivos <i>Tipo 2:</i> Síntomas negativos	Síndrome de distorsión de la realidad: Delirios, alucinaciones <i>Síndrome de desorganización:</i> Trastorno de la forma del pensamiento, afecto inapropiado, conductas extrañas. <i>Síndrome de pobreza psicomotriz:</i> Pobreza del lenguaje, afecto plano, hipoactividad motriz.	E. Paranoide E. Hebefrénica E. Catatónica E. Indiferenciada E. Residual

Fuente: (Vélez, Rojas, & Restrepo, 2004)

- **La esquizofrenia desde una visión cognitivo-conductual**

Según Muñoz M, Francisco J, & Ruiz Cala, Silvia L (2007), desde una visión cognitivo-conductual, la esquizofrenia se puede denominar desde una distorsión cognitiva que posee hábitos de pensamiento los que se utiliza para interpretar la realidad de forma irreal. En estos pacientes es importante el análisis de las creencias básicas, como, por ejemplo: “si oigo voces, eso quiero decir que alguien está tratando de controlar mi mente”. Entre las distorsiones más comunes se encuentran el filtrado, la autoacusación, la personalización y la lectura de la mente.

Los diagnósticos que determinan a la esquizofrenia según el DSM-V (2013) están caracterizados por los siguientes síntomas:

- Por lo menos dos de las siguientes sintomatologías durante un período de un mes.
 1. Ideas delirantes
 2. Alucinaciones
 3. Discurso desorganizado
 4. Síntomas negativos como: Abulia, apatía, anhedonia y retraimiento social.

Asimismo, otro criterio asociado con la esquizofrenia desde el comienzo del trastorno se puede evidenciar una o más áreas de funcionamiento están por debajo del nivel habitual, como, por ejemplo, el trabajo, las relaciones interpersonales o los autocuidados. La sintomatología persiste al menos seis meses, en este período debe incluir al menos un mes de la fase activa o puede incluir períodos intermitentes. Se debe evaluar para posteriormente excluir posibles trastornos de ánimo o esquizoafectivo. Por último, el trastorno no debe estar asociado por abuso de sustancias o alguna enfermedad médica general. (DSM-V, 2013)

Dentro del trastorno de la esquizofrenia, se ha considerado el deterioro a nivel cerebral como un factor predominante; la severidad de estas alteraciones es constatar que los pacientes con esquizofrenia tienen un rendimiento global en pruebas neuropsicológicas mucho más pobre que el de los pacientes que han sufrido Terapia Electro Convulsiva. Tienen peor memoria y capacidad conceptual que los pacientes con epilepsia focal, y los pacientes alcohólicos crónicos. Desde este punto de vista, las habilidades perceptivas básicas, la memoria de reconocimiento y la capacidad para nombrar figuras son afectadas, así como la capacidad para concentrarse, la memoria de recuperación, las habilidades visuo-motoras, y la memoria de trabajo. Finalmente, la memoria declarativa verbal, las funciones ejecutivas, la función de vigilancia, la velocidad motora, y la fluidez verbal están severamente dañadas. (Barrera, 2006)

Asimismo, otro de los tipos fundamentales es el deterioro en el lenguaje que se caracteriza por presentar problemas dentro de la comunicación, tales como afasias, disartria o alteraciones en el tono de voz de las personas que lo padecen; adicional se encuentra el deterioro en la lectura el cual se manifiesta al tener problemas en la capacidad para reconocer palabras, al presentar una lectura lenta e insegura y escasa

comprensión. Por otro lado, existe el deterioro en escritura donde se muestra dificultad para estructurar un relato y utilizar sintaxis simples. (Rioja, 2016)

Igualmente, en el mismo autor Rioja (2016), se muestra otro tipo de deterioro que afecta las funciones ejecutivas, presenta dificultad en la habilidad para la regulación y readaptación de acciones frente a estímulos. Y, por último, se expone el deterioro en funciones de evocación el cual tiene una imposibilidad para crear hechos últimos, pero el paciente puede comentar hechos pasados que mantengan una relación con estímulos emocionales.

- **Tratamiento**

- **Tratamiento Farmacológico:**

Según Hirsch, como cita García, Morejón & Jiménez (2007), en pacientes con esquizofrenia se utiliza los antipsicóticos, en episodios agudos y también a lo largo de la vida de las personas con este trastorno. Además, algunos estudios han constatado que las personas que no son administrados con el tratamiento farmacológico tienden a presentar episodios profundos de la sintomatología dentro de los tres primeros años. Los antipsicóticos o neurolépticos ayudan a controlar los síntomas positivos como son las alucinaciones, las ideas delirantes, los delirios y síntomas catatónicos, evitando el desarrollo de nuevos síntomas psicóticos.

- **Tratamiento en terapia cognitivo-conductual (TCC)**

Desde el punto de vista de la TCC se intenta establecer una relación entre las creencias, emociones y sentimientos que experimenta la persona con esquizofrenia, y se intenta distinguir el estilo de pensamientos que refuerza este tipo de creencias.

Se establece un protocolo en el cual se pone en acción los siguientes puntos:

- a. Se observa los pensamientos, sentimientos y conductas en relación a los síntomas.
- b. Se promueve alternativas de afrontamiento sobre estos síntomas.

- c. Se prioriza la reducción del estrés en pacientes con esquizofrenia paranoide.

Mediante este tipo de tratamiento, se pretende aplicar una experiencia correctiva, con el objetivo de reducir la angustia y la interferencia de los síntomas psicóticos con el funcionamiento normal del paciente, ayudando así al individuo a entender cómo sus cogniciones pueden llegar a afectar en sus emociones y, por ende, afectan en su conducta. (Montaño, Nieto, & Mayorga, 2013)

Esferas psicosociales

Esfera familiar:

La manera de relacionarse las personas es entendida como un proceso en el que la persona aprende a lo largo de su vida, los elementos tanto sociales como culturales dentro de su medio, influyen en la personalidad de la persona a través de experiencias y de su círculo social en el que está presente, conllevando a que se adapte al entorno. Por ello, tanto el círculo social, familiar, educativo y los medios de comunicación de la persona es la que le trasmite conocimientos, valores y normas. (Suriá, 2010)

En un estudio cualitativo de diseño observacional que comprende entrevistas a 60 familiares de individuos con esquizofrenia realizado en Nigeria, publicado en el año 2004, tuvo un resultado que, el 60% de las familias creen que el trastorno es una maldición o causa de una vida desorganizada, generando rechazo por parte de la comunidad y familia hacia al paciente. Los pensamientos entorno a esta enfermedad afectan áreas sociales, emocionales y psicológicas tanto de la persona con esquizofrenia como a su familia. (Ewhrudjakpor, 2009)

Por otro lado, un estudio realizado en Sao Paulo a 10 familiares de pacientes con esquizofrenia paranoide, se les realizo sesiones de grupo de terapia ocupacional, en donde los familiares cuando se enteraron del diagnóstico de esquizofrenia, supieron expresar que atravesaron por un periodo difícil, debido a que hay temor ante la enfermedad ya que hay desconocimiento acerca del trastorno y cuidados que requieren las personas, afectando la salud física, emocional y psicológica en el grupo familiar.(Araujo & Kebbe, 2014)

Los pacientes que padecen esquizofrenia tienen distorsiones en el lenguaje, lo que provoca que tengan problemas al momento de expresarse y comunicarse con el resto; y debido a la estigmatización social, las personas que padecen este trastorno no saben cómo expresar sus síntomas y sentimientos con respecto a la enfermedad, pero dicha conducta cambia en cuanto están en sesión con el profesional de salud mental. Encuanto a la expresión de sus síntomas, un estudio sobre las conversaciones y estudios analíticos en las consultas de pacientes psicóticos (McCabe, Heath, Burns & Priebe, 2002) expuso que numerosos pacientes buscaban información durante la consulta médica acerca del trastorno y una explicación de sus experiencias vividas. Cabe destacar que la comunicación de estos síntomas les resultaba muy complicada puesto que presentaban una gran dificultad a la hora de expresarse, debido en parte a la presencia de un proceso mental desorganizada.

Esfera social:

En lo que respecta al ámbito social, se puede mencionar que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, presentan una pérdida continua en sus roles sociales, esto se debe a que existe un deterioro en las habilidades en diversas áreas, un ejemplo es la fluidez verbal, al disminuir esta capacidad en el paciente, puede conllevar que se perjudique el funcionamiento en contextos sociales haciendo que la comunicación se convierta difícil e incómoda. (Araujo & Bastida, 2016)

Según Araujo & Bastida (2016), manifiestan que los problemas en las relaciones sociales se presentan al inicio de la esquizofrenia y, usualmente dura gran parte de la vida del paciente con este trastorno. En cuanto al inicio y el desarrollo del trastorno, la autora resalta que, mientras mayor sea el paciente que padece de esquizofrenia y mientras más tardía aparezcan los signos, mejores probabilidades hay que mantenga buenas relaciones sociales.

Esfera laboral:

Por otro lado, la esquizofrenia paranoide al tener un inicio temprano en la edad adulta, en muchas ocasiones puede afectar a la adaptación de hábitos laborales o generar una imposibilidad para adquirir nuevos conocimientos. De igual manera, al reducirse la velocidad en el procesamiento se puede ver afectada a la capacidad de mantenerse a la altura en los empleos basados en tareas que realizan en forma cotidiana. (Araujo & Bastida, 2016)

Eventualmente, cuando este trastorno se agrave, aumenta la probabilidad de falta de acceso a recursos educativos, en consecuencia, los pacientes se encuentran frente a un mercado laboral altamente competitivo y al no ser capaz de absorber a una población con escasa capacitación, bajo rendimiento y alto riesgo de absentismo. (Araujo & Bastida, 2016)

Esfera personal:

Dentro de la esfera personal, se pueden producir tensiones y temores extremos a raíz de los signos y síntomas del paciente; en consecuencia, pueden quebrantarse los apoyos sociales y se puede producir un aislamiento. Estas alteraciones pueden afectar a la vida cotidiana de las personas que padecen esquizofrenia, y agravar los síntomas. Por otro lado, se puede considerar que las personas que padecen esquizofrenia son más propensas a que se vulneren sus derechos humanos, como la desatención, el abandono, la falta de vivienda, el abuso y la exclusión. (OMS, 2019)

Para Araujo y Bastida (2016), estas dos esferas tienen una relación sumamente grande, esto se debe a que, los pacientes que poseen dificultades con sus relaciones sociales, usualmente se les dificulta obtener y concurrir a un trabajo.

De igual forma, Lieberman, Stroup & Perkins (2008) manifiestan que la incapacidad de trabajar aísla a los pacientes que presentan esquizofrenia paranoide, generando una marginalización social de las personas con este padecimiento. Además, el autor hace hincapié en que dentro de la sociedad existe aún el estigma que se encuentra asociado a la esquizofrenia, que conlleva discriminación hacia los pacientes.

VII. Objeto de la intervención o de la práctica de investigación/intervención.

El presente trabajo de investigación sobre la relación existente entre el deterioro cognitivo y la esquizofrenia paranoide en pacientes adultos en el periodo 2021-2022, indagó, cómo los procesos psíquicos superiores se deterioran a nivel cognitivo, lo que conllevan a que exista una anomalía a en las funciones ejecutivas.

La esquizofrenia es una enfermedad muy compleja que a lo largo de la historia ha merecido varias investigaciones para su estudio. Ocupa el 1% o el 1.1% de prevalencia a nivel mundial, siendo una patología que a consideración de la Organización Mundial de la Salud es una de las enfermedades más incapacitantes y de asistencia prioritaria de este siglo. Se ha observado que, los pacientes que presentan esquizofrenia paranoide puedan llegar a ser funcionales en la interacción con la sociedad. (Ashby, 2017)

Para los autores, Lozano y Acosta (2009), la esquizofrenia se define como un proceso patológico que ocurría en el contexto previo a un diagnóstico, con un deterioro cognitivo y social que sólo se desarrollaba con posterioridad a los primeros episodios psicóticos, lo que llevó a Kraepelin a considerarla una “demencia precoz”.

Según Machado y Morales (2013), la esquizofrenia es uno de los términos más utilizados para describir un trastorno o un conjunto de trastornos psiquiátricos significativos e importantes que alteran la percepción, el pensamiento, el afecto y el comportamiento de un individuo; asimismo, los pacientes que padecen este tipo de trastorno, tienen su propia relación sintomatológica como situacional, ya que cada paciente tiene influencia por sus circunstancias personales particulares.

Finalmente, Bhugra (2010) comenta que esta enfermedad se caracteriza por un deterioro en el funcionamiento personal, creando dificultades directas en los ámbitos de: memoria, concentración, habilidades sociales, comportamiento y conducta, comunicación, experiencias perceptivas, interés por hobbies, y motivación para las actividades diarias, cada uno de estos cambios afectan la capacidad del individuo para mantener su trabajo, su estudio o en general, sus relaciones con las personas que lo rodean.

Los déficits cognitivos, como ya se han mencionado anteriormente, son muy frecuentes en trastornos psicóticos como es la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el trastorno esquizo-afectivo; sin embargo, son factores menos considerados, tanto en su evaluación como en su investigación y en la rehabilitación integral. (Bhugra, 2010)

Según la página del Hospital la orden hospitalaria de San Juan de Dios nace en Granada, España, en 1539, en donde su fundador Juan de Dios, instauró los primeros hospitales y casas de salud que se dedicaban a la atención de los pobres y enfermos de dicha época; aquellas casas de salud y hospitales eran financiados por donaciones y limosnas de las personas. Por ello, desde ese momento la iniciativa de Juan de Dios recibe bastante apoyo y seguimiento de las personas, entre ellos quienes se dedicaban a la asistencia de los enfermos serían llamados “Hermanos de San Juan de Dios”. (Anónimo 2020)

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la cual, se han encontrado pocos estudios que abordan directamente esta problemática de la esquizofrenia, en los institutos de neurociencias dentro del país, no hay estudios analíticos que demuestren y evalúen el deterioro cognitivo con todo lo que esto implica. Lo que nos lleva a preguntarnos, ¿existe una relación entre el deterioro cognitivo y la esquizofrenia paranoide en pacientes adultos que padecen este diagnóstico?

VIII. Metodología

Perspectiva metodológica: la presente investigación sobre la relación existente entre el deterioro cognitivo y pacientes adultos con esquizofrenia, consiste en un diseño de tipo cualitativo ya que en este método científico se utiliza como herramienta fundamental la observación para recopilar datos no numéricos. Asimismo, el enfoque epistemológico que se utilizó es el racionalista-deductivo, debido a que se trabajó con argumentos, deducciones y explicaciones.

Diseño de investigación: se utilizó un diseño narrativo como lo plantea Anguera & Hernández (2014), a través de una serie de procedimientos, se analizó los datos mediante historias como eventos, hechos y experiencias, con sistema de herramientas que por medio de preguntas fueron orientadas al personal médico, para poder comprender mejor la investigación desde las narrativas de los mismos. Los procedimientos para la recolección de datos que se tomaron en cuenta son: entrevistas

semiestructuradas y documentos (escritos, audios y si lo amerita videos).

Se empleó el diseño sistemático, según Méndez (2001) lo define como una metodología que pretende descubrir la interpretación de significados, desde la realidad social de los individuos, con el fin último de crear una teoría que explique y afirme el supuesto que hemos planteado previamente. De igual forma, nos basamos entre la interacción de estudios previos y la información recolectada mediante los historiales clínicos y las experiencias de los pacientes al padecer esquizofrenia paranoide.

Tipo de investigación: el tipo de investigación que se utilizó dentro del estudio fue de tipo exploratorio, ya que según Méndez (2001) en este tipo de investigación se define, analiza y se compara conceptos, y datos bibliográficos previamente recolectados. Además, se priorizó los puntos de vista de las personas que estarán dentro de la investigación.

Adicionalmente, empleamos dentro del método exploratorio las opiniones de expertos en la temática de interés, tales como psiquiatras y psicólogos.

Instrumentos y técnicas de producción de datos: se utilizó la técnica de observación y entrevistas semi-estructuradas de profundidad, misma que permitió presentar preguntas previamente elaboradas, ya que la entrevista es la que te permite plantear preguntas. De tal forma que, se obtuvo información relevante para el proceso investigativo.

Plan de análisis: se utilizó la metodología de análisis del discurso, ya que según Méndez (2001), en vista de que es una herramienta útil para organizar, describir y analizar los datos recogidos tanto en las entrevistas como en las historias clínicas. Asimismo, nos permitirá identificar y analizar la presencia o ausencia de la relación entre el deterioro cognitivo y la esquizofrenia paranoide en pacientes adultos; al igual que se podrá obtener una respuesta al supuesto de investigación y el cumplimiento de los objetivos planteados previamente.

IX. Preguntas clave

- ¿Cuál es la relación existente entre el deterioro cognitivo y la esquizofrenia paranoide en pacientes adultos?

- ¿Cómo influyen los factores ambientales y biológicos en el deterioro cognitivo de las personas con esquizofrenia paranoide?
- ¿Cuál es el impacto psicosocial en las personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en relación al deterioro cognitivo?
- ¿Cuál es la importancia un adecuado tratamiento en la evolución de las personas con esquizofrenia paranoide?
- ¿Cuáles son las principales narrativas del personal de salud frente al manejo del deterioro cognitivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide?

X. Organización y procesamiento de la información

A través de la siguiente matriz se ha podido procesar y organizar la información recopilada para el proyecto de investigación.

Tabla No.1

Categorías	Instrumentos utilizados	Elementos abordados	Acotaciones relevantes
Deterioro de funciones cognitivas relacionadas con el funcionamiento fisiológico y psicológico	Entrevistas semiestructuradas Revisión bibliográfica	Influencia del deterioro cognitivo en la memoria, habilidades visomotoras y el lenguaje oral y escrito de la persona que padece	Se ha podido evidenciar que el deterioro cognitivo incide en las áreas de memoria, habilidades visomotoras y el lenguaje oral y escrito, debido a que hay una afección a nivel cerebral propio de la esquizofrenia paranoide.

		Esquizofrenia paranoide.	
Deterioro de funciones cognitivas relacionadas al funcionamiento social	Entrevistas semiestructuradas Revisión bibliográfica	Influencia del deterioro cognitivo y los síntomas negativos en la atención y orientación de la persona que padece esquizofrenia paranoide.	Tanto los síntomas negativos como el deterioro cognitivo influyen en la atención y orientación de la persona que padece esquizofrenia, ya que causa una afección en las relaciones interpersonales a causa de la falta de motivación y concentración de la persona.
Atribuciones de causalidad del deterioro cognitivo	Entrevistas semiestructuradas Revisión bibliográfica	Factores ambientales y biológicos que inciden en la persona que padece esquizofrenia paranoide.	Existen varias causas tanto ambientales como biológicas que contribuyen a padecer esquizofrenia paranoide, como son: carga genética, atribuciones constitucionales, consumo de sustancias y alteraciones neurofisiológicas y neuroanatómicas.
Impacto del deterioro cognitivo en la esfera psicosocial	Entrevistas semiestructuradas Revisión bibliográfica	Influencia del deterioro cognitivo en los ámbitos sociales: familiar, laboral, personal y social	Se ha podido demostrar que el deterioro cognitivo incide en los ámbitos sociales (familiar, laboral, personal y social) debido a la estigmatización de la esquizofrenia paranoide y la falta de psicoeducación en el ámbito familiar.
Tratamiento y acceso a la salud	Entrevistas semiestructuradas Revisión bibliográfica	Evolución sin tratamiento y con tratamiento en una persona que padece	Existe un contraste cuando una persona que padece esquizofrenia paranoide recibe un tratamiento adecuado y

		esquizofrenia paranoide.	holístico, ya que los síntomas positivos, negativos y el deterioro cognitivo se mantienen conllevando a que la persona tenga una vida llevadera. Por otro lado, debido a la falta de acceso de salud mental en el país, existe una tasa de personas que no reciben un tratamiento adecuado, ocasionando el abandono de los familiares debido a que los síntomas positivos, negativos y el deterioro cognitivo están más presentes en la persona.
--	--	-----------------------------	--

Elaborado por: Escobar, M. & Vizuite, I. (2022)

Tabla No. 2

Participantes de la investigación

Información del participante	Número de personas	Género
A.R (Psicóloga Clínica)	1	Femenino
J.V (Médico Psiquiatra)	1	Masculino
G.D (Psicóloga Clínica)	1	Femenino
A.P (Psicólogo Clínico)	1	Masculino
J.R (Licenciada en Enfermería)	1	Femenino
F.A (Médico Psiquiatra)	1	Masculino
C.P (Psicorehabilitador)	1	Masculino

Elaborado por: Escobar, M. & Vizuite, I. (2022)

X1. Análisis de la información

De un total de 7 entrevistas, mediante la entrevista de se obtuvo narrativas del personal del área de salud mental del hospital especializado San Juan de Dios, a quienes a discreción de las autoras a partir de este momento se les identificará como PS para los profesionales: psicólogos clínicos y psicorehabilitador; PQ para los médicos psiquiatras y EF para los licenciados en enfermería, seguido del número correspondiente al orden de entrevista del 1 al 7. Se procesó la información haciendo una transcripción de las narrativas para luego categorizarlas y encontrar coincidencias de importancia que tengan relación con los aportes teóricos. A continuación, se analizaron las respuestas del personal de salud mental con los aportes teóricos relevantes, los cuales permitieron entender las interrogantes planteadas en base a los objetivos.

En el análisis de la variable deterioro cognitivo, de acuerdo a las narrativas del personal entrevistado, se encontraron varios aspectos relacionados a las razones por las que existe dicho deterioro en las funciones ejecutivas y cognitivas de las personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, obteniendo las siguientes categorías: deterioro de funciones cognitivas relacionadas con el funcionamiento fisiológico y psicológico; deterioro de funciones cognitivas relacionadas al funcionamiento social; atribuciones de causalidad del deterioro cognitivo, impacto del deterioro cognitivo en la esfera psicosocial; tratamiento y acceso a la salud.

Respecto al deterioro de funciones cognitivas relacionadas con el funcionamiento fisiológico y psicológico, los entrevistados evidencian que la memoria, las habilidades viso motoras y el lenguaje oral y escrito presentan afectación de acuerdo con el daño de áreas específicas en el cerebro; como menciona Bhugra (2010) esta enfermedad se caracteriza por un deterioro en el funcionamiento personal, dificultando directamente la memoria, las habilidades del sistema motor fino y grueso, en la comunicación y en las experiencias perceptivas; lo que afecta la capacidad del individuo. Al respecto se registran las siguientes narrativas:

PS1: *“El deterioro cognitivo es debido a que la región frontal y lóbulo temporal, no se conectan asociativamente; por otro lado, se presenta una disfunción en los ganglios basales afectando las funciones viso motoras; y también el área semántica pragmática del cerebro”*

PQ1: *“En la esquizofrenia a medida que cada brote psicótico aparece, se va deteriorando el sistema límbico y por tanto se va deteriorando cognitivamente la persona.”*

PQ2: *“Tiene que ver más la corteza cerebral en el deterioro cognitivo...el área de Broca y de Wernicke se afectan tal punto que la persona ya no puede articular y comprender las palabras.”*

En cuanto al deterioro de las funciones cognitivas relacionadas al funcionamiento social, se evidenció que los síntomas negativos, tales como la abulia, apatía, anhedonia y retraimiento social, inciden en la atención y orientación de las personas que padecen esquizofrenia paranoide, causando una afeción en las relaciones intrapersonales debido a la falta de concentración y falta de motivación para relacionarse con terceros. Es preciso citar a Casado (1987), quien menciona que en la esquizofrenia paranoide se presentan dos tipos de deterioros de orden psicológico con impacto en el funcionamiento social, el primero es el deterioro en orientación, el cual se caracteriza por la pérdida de capacidad de consciencia de las situaciones en las que se encuentran y el segundo tipo describe el deterioro en atención y concentración, como el decrecimiento en la capacidad para generar, dirigir y sostener un estado de activación adecuado y del procesamiento correcto de la información. Se destacan las siguientes narrativas:

PS1: *“El aumento o la presencia de síntomas negativos, alteran la atención y orientación.”*

PS2: *“La fragmentación de atención le obliga a estar en diversos discursos; lo que hace difícil relacionarse con el otro; la orientación del paciente se va deteriorando y difícilmente es manejado por él.”*

PS3: *“Mantienen un estado de conciencia normal o incluso hipervigil, puede haber confusión de identidad, a ratos de pérdida de la identidad, justo se puede hablar de fenómenos de despersonalización.”*

Como se aprecia en los discursos anteriores es innegable, el impacto en las relaciones interpersonales debido al deterioro cognitivo.

Con relación a la siguiente categoría, se analizó las atribuciones de causalidad

frente al diagnóstico de esquizofrenia , en donde se evidenció un contraste de la postura biologicista y la biopsicosocial, como resultado se expuso dos factores: ambientales y biológicos, estos inciden en la presencia del deterioro cognitivo en la esquizofrenia paranoide; debido a que se ha demostrado que en el factor ambiental el principal indicador es la presión social al consumir drogas, las cuales aumentan o pueden desencadenar síntomas de este tipo o agravar este trastorno, así como la alteración en el sistema familiar.

Por otro lado, en el factor biológico el principal indicador es la carga genética, por lo que la probabilidad de que se presente un caso de esquizofrenia en miembro de la familia es mayor si otro familiar está ya diagnosticado de la enfermedad, de igual manera, otro de los indicadores es la alteración en la base neuroanatómica y neurofisiológica de la persona. Como se menciona en el DSM-V (2013), algunos factores de riesgo, ya sean biológicos, pueden ser generadores de la aparición de esta enfermedad mental y de su sintomatología, es decir, se considera que la esquizofrenia puede ser provocada por una combinación entre dotación genética y el consumo de sustancias; y factores externos, tales como el estrés, la presión social de consumo de sustancias psicotrópicas, las complicaciones obstétricas y determinados virus. Se ha hecho el análisis de acuerdo a las narrativas, en las cuales se puede distinguir que hay mayor relevancia en el factor biológico.

Factores biológicos

PQ1: *“La medicación a largo plazo genera una atrofia cerebral; y también se puede decir que parte de la historia natural de la enfermedad”*

PQ2: *“Queremos saber cuál es el circuito, cuál es la parte anatómica, cuál es el neurotransmisor o cuál es la hormona causante... pero más que nada influye la carga genética”*

PS1: *“La carga genética del paciente es un factor predominante”*

Factor ambiental

PS1: *“Por la influencia de su círculo de amigos puede haber consumo de sustancias, alcohol, drogas, y estupefacientes”*

PS3: *“Podría ser constitucional con ciertas alteraciones como en el embarazo y*

en el parto, fundamentalmente los factores de estrés... también hay una incidencia mayor en las personas que han sufrido eventos estresantes, como el maltrato y el abuso.”

PS4: *“Existe muchos casos de consumo de sustancias provocando una reacción de las vías de la memoria y hay una mayor alteración cognitiva... también se habla de la comorbilidad sobre todo en la depresión donde la parte de la memoria se ve más afectada.”*

Del mismo modo, se analizó la categoría de impacto en la esfera psicosocial, es por ello que, la entrevista exploró los distintos ámbitos psicosociales, tales como: familiar, laboral, personal y social; que se ven afectadas por el deterioro cognitivo de la persona con esquizofrenia paranoide, donde se obtuvo como resultado, que el deterioro de las funciones ejecutivas y cognitivas si influyen en el ámbito familiar, debido al concepto erróneo del trastorno de esquizofrenia, es por ello que las actitudes de la familia hacia el paciente son de tipo discriminativo y peyorativo, asimismo la falta de psicoeducación en el sistema familiar genera un aislamiento por parte del paciente. Este análisis se puede corroborar citando a Ewhrudjakpor (2009), en un estudio cualitativo de diseño observacional que comprende entrevistas a 60 familiares de individuos con esquizofrenia, el cual tuvo un resultado que, el 60% de las familias creen que el trastorno es una maldición o causa de una vida desorganizada, generando rechazo por parte de la comunidad y familia hacia al paciente.

PS3: *“fenómeno que es como una especie de duelo, alguien como que no piensa bien que tiene un cierto déficit, familiares si tienden a interpretar este sentido es que es “vago” es que es “tonto”, hay déficits de memoria y atención”*

PS4: *“alteración del sistema familiar ya se ve afectado desde la presencia de la esquizofrenia, pasan un duelo en este proceso de no aceptar la enfermedad y negarlo, familia no tuvo la instrucción necesaria, pasan desorientados, perdidos y como pasan en su mundo, una intervención oportuna, lenguaje inadecuado y hacen un malestar, también puede presentarse violencia.”*

PS1: *“Ámbito familiar puede verse afectado con la comunicación o con el no saber qué hacer, la frustración”*

Con respecto al ámbito laboral, el deterioro de funciones ejecutivas y cognitivas disminuyen el rendimiento dentro de su área de trabajo, no obstante, no incapacitan a la

persona al ejercer una labor, es por ello que existe una estigmatización en torno a este trastorno; sin embargo, según los entrevistados no existe una propia adaptación e inclusión en el espacio de trabajo, mucho menos una normativa al respecto. Por lo tanto, Araujo & Bastida, (2016) menciona que la esquizofrenia paranoide al tener un inicio temprano en la edad adulta, en muchas ocasiones puede afectar a la adaptación de hábitos laborales o generar una imposibilidad para adquirir nuevos conocimientos, asimismo el paciente se encuentra frente a un mercado laboral altamente competitivo y al no ser capaz de absorber información esta población con escasa capacitación, bajo rendimiento y alto riesgo de absentismo pierden oportunidad laboral.

PS1: *“En nuestro país no hay cómo esta empatía, se suele discriminar, con una forma “de bueno no está siendo eficiente en el trabajo por eso le despido” ... igualmente hay una disminución en su memoria, en su atención, y en su concentración y, esto empieza a afectar laboralmente en su trabajo”*

PQ1: *“Se da debido al miedo y alejamiento del personal, y luego les despiden de los trabajos, se ha visto bastante estos casos... Hay veces que los pacientes se descompensan en el trabajo y comienzan a oír voces y ahí dicen “ahí está el loco”, y esto lleva a la discriminación... también hay una disfunción cognitiva va perdiendo habilidades motrices, habilidades cognitivas que también hacen que disminuya su capacidad laboral”*

PS3: *“Existe un estereotipo sobre alguien que tiene una como discapacidad cognitiva, le determina como enfermo que no puede, la discriminación, el sentirse relegados, el sentirse que les miran mal la gente, por eso considero que en nuestro país no hay una inserción adecuada... A un paciente de este hospital, a partir del diagnóstico se le mandó a archivar cosas, debido a que tenía mucha reacción de los síntomas negativos.”*

Referente al ámbito personal, los síntomas negativos son los que inciden en el deterioro de habilidades sociales y por ende se observa un deterioro a nivel cognitivo, debido a que la persona que padece este tipo diagnóstico neurodegenerativo, se comienza a aislar progresivamente, a tal punto que no desea mantener relaciones interpersonales y se sumerge en el mundo de la sintomatología provocando el total abandono de la persona. Este análisis se puede comprobar haciendo alusión a la OMS (2019), ya que menciona que se pueden producir tensiones y temores a causa de los

signos y síntomas del paciente; en consecuencia, pueden quebrantarse los apoyos sociales y se puede producir un aislamiento. Por otro lado, se puede considerar que las personas que padecen esquizofrenia son más propensas a que se vulneren sus derechos humanos, como la desatención y el abandono.

EF1: *“Les abandonan a la mayoría de los pacientes, no les llaman, no les visitan, no les traen nada y los familiares vienen una vez al año, peor aún no les traen la medicación.”*

PQ1: *“Hay un aislamiento debido a los síntomas negativos y el deterioro cognitivo.”*

PS1: *“A los pacientes se les hace difícil tener habilidades sociales o comunicarse con otras personas o el tener relaciones interpersonales”*

Por último, el ámbito social se ve afectado debido al deterioro cognitivo y los síntomas negativos propios de la esquizofrenia, ya que se disminuye la capacidad de relacionarse con las demás personas y a su vez son estigmatizados conllevando a que sean excluidos y marginados de grupos sociales. Como menciona Araujo & Bastida (2016), se puede mencionar que los pacientes que sufren de esquizofrenia paranoide, presentan una pérdida continua en sus roles sociales, esto se debe a que existe un deterioro en las habilidades en diversas áreas como la fluidez verbal haciendo que la comunicación se convierta difícil e incómoda.

PS1: *“Debido a la disminución de sus habilidades sociales no les permite el acercamiento con otras personas y por ende las relaciones amorosas se ven afectadas, y por eso sienten frustración”*

PQ1: *“Debido al deterioro cognitivo y los síntomas negativos van perdiendo la capacidad de relacionarse... entre más joven sea el paciente y tenga esquizofrenia peor pronóstico tiene.”*

PS4: *“Los pacientes no pueden expresarse muy bien con el resto, se aíslan o se separan de su círculo social”*

En cuanto al tratamiento y acceso a la salud, los entrevistados evidencian que la evolución de un paciente sin tratamiento provoca que los síntomas positivos y negativos

aumenten en las personas con esquizofrenia, como resultado existe un declive en el deterioro cognitivo, causando un riesgo mayor de mortalidad. Relacionando la información obtenida, el autor Cartón & Vázquez (2012), mencionan que las personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide con un periodo de psicosis y una ausencia de tratamiento presentan, un peor pronóstico evolutivo. De hecho, la falta de intervención se relaciona con una mayor prevalencia de síntomas negativos y positivos, independientemente de la edad y sexo. Asimismo, hallaron una asociación entre mayor duración de psicosis sin tratamiento y peor funcionamiento cognitivo, demostrando que se asoció con un aumento de la mortalidad.

PS1: *“Existe un 70% u 80% más incidencia que los síntomas tanto positivos como negativos estén aún más presentes en los pacientes sin tratamiento”*

PS4: *“Los pacientes presentan síntomas muchos más fuertes, se tiene una imposibilidad de actuar de mejor manera... hay una mayor inclinación a esta parte de la mortalidad”*

EF: *“Los pacientes están más delirantes y se ponen más agresivos.”*

Por otro lado, los entrevistados evidencian que al tener un tratamiento adecuado de fármacos tiene una alta eficacia sobre los síntomas positivos, causando que se mantengan e incluso mejoren, sin embargo, no desaparecen por completo; a su vez el deterioro cognitivo muestra la misma tendencia de evolución al igual que la sintomatología. Hirsch, como cita García, Morejón & Jiménez (2007), menciona que los neurolépticos actúan sobre los síntomas positivos, reduciendo de forma específica la inquietud motriz sin alterar especialmente el nivel de conciencia, y, además, evitan el desarrollo de nuevos síntomas psicóticos.

PS1: *“El tratamiento farmacológico ayuda a los síntomas positivos, por lo que pueden ayudar de cierta forma a una mejoría del deterioro cognitivo.”*

PQ1: *“La eficacia del tratamiento farmacológico para los síntomas positivos mejoran en un 80%, pero todavía no hay un fármaco que bloquee los síntomas negativos, aún están en investigación.”*

PQ2: *“Con los medicamentos la recuperación de los síntomas positivos y del deterioro cognitivo es del 63%”*

Referente al tratamiento con terapia cognitivo-conductual, los datos que se obtuvieron a partir de la entrevista indican que se presenta una mejoría y alta eficacia debido a que este tratamiento es a corto plazo a comparación de otros tratamientos psicológicos, disminuyendo los síntomas negativos y el deterioro cognitivo, a partir de los reforzamientos en las funciones ejecutivas y cognitivas. Montaña, Nieto, & Mayorga (2013), comentan que al aplicar la terapia cognitivo-conductual se pone en práctica un modelo de experiencia correctiva, con el objetivo de reducir la angustia y la interferencia de los síntomas psicóticos con el funcionamiento normal del paciente, ayudando así al individuo a entender cómo sus cogniciones pueden llegar a afectar en sus emociones y, por ende, afectan en su conducta.

PS1: *“Puede haber un cambio en el deterioro cognitivo o sea se puede mejorar, usando el reforzamiento con técnicas cognitivas... este tipo de tratamiento tiene evidencia empírica, y es de alguna manera a corto plazo comparado a los otros tratamientos psicológicos.”*

PQ1: *“Ayuda bastante la rehabilitación neurocognitiva, hacerles trabajar con crucigramas y sopas de letras.”*

PS4: *“Las intervenciones de este tipo de tratamientos ayudan en el proceso de rehabilitación, también se maneja estableciendo rutinas y normas adaptadas a la situación, ayudando en la parte de estimulación cognitiva.”*

Con respecto al tratamiento integral u holístico, los entrevistados mencionan que es el más óptimo para tratar la esquizofrenia paranoide, esto se debe a que, al mantener un tratamiento farmacológico en conjunto a un tratamiento psicoterapéutico y el apoyo del ámbito familiar de las personas diagnosticadas con este trastorno, han evolucionado en una gran magnitud, permitiendo una apertura a la reinserción dentro de la sociedad. Vílchez, eta al. (2019) corrobora esta información al mencionar que el manejo del trastorno de esquizofrenia paranoide en base a la efectividad del tratamiento mixto (farmacológico y psicosocial) en las personas adultas con esquizofrenia aseguran su reinserción y productividad dentro del varios campos en una sociedad. Asimismo, Ewhrudjakpor, (2009), menciona que la familia tiene un rol importante en la vida del paciente ya que es el principal pilar sobre el cual se va a apoyar al momento de realizar el tratamiento correspondiente, creará un sitio en dónde va a sentirse más seguro.

PQ1: *“El tratamiento debe ser un trípode, es decir, que debe ir en el centro el tratamiento neuropsicofarmacológico, el otro trípode de la psicoeducación, y el otro la psicoterapia, con estos tres trípodes el paciente sale bastante bien.”*

PS2: *“El tratamiento integral o mixto es el único camino, actualmente pensar en prioritariamente psicológicas es difícil. Entonces la integración de la medicación y con el trabajo psicológico y la conexión con la familia es clave para el tratamiento.”*

PS4: *“En la integralidad del tratamiento, el tratamiento farmacológico disminuye esta parte de signos y síntomas y la terapia ocupacional ayuda al aprendizaje de habilidades y reforzamiento de capacidades, de igual forma la participación de la familia generan buen pronóstico para el paciente.”*

Por último, al personal de salud mental se realizó una última interrogante con el objetivo de obtener recomendaciones sobre el abordaje global de la esquizofrenia paranoide, obteniendo afirmaciones que describen que, a las personas diagnosticadas con este trastorno, se les debe tomar en cuenta como ser humano, más no una valoración psicológica, con el fin de eliminar la estigmatización que existe alrededor de la esquizofrenia.

PS1: *“Se debe tener mucha empatía al ver al paciente no solo como un diagnóstico sino verle como un ser humano, el cual necesita respeto y calidad profesional.”*

PS3: *“Antes que verlos como pacientes o como un diagnóstico en el trato y quizás en la comprensión que les intentamos brindar es el trato humano, lo que usted está diciendo es una tontería y no tiene. Esta enfermedad limita mucho el contacto y no se pueden trabajar si los vemos desde una forma más humana nos abre más las puertas.”*

PS4: *“Hay que mirar la integralidad del sujeto, trabajar lo que siente el paciente, y ahí entonces se puede evaluar la parte familiar.”*

SEGUNDA PARTE

XII. Justificación

El presente estudio acerca del deterioro cognitivo en pacientes que presentan esquizofrenia paranoide, permitió conocer las esferas psicosociales afectadas al presentar dicho trastorno. Según la OMS (2019), la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Es más frecuente en hombres con la prevalencia de 12 millones, y en mujeres con una prevalencia de 9 millones. Ésta a su vez, puede afectar el desempeño educativo y laboral, tomando en cuenta a la esquizofrenia como una discapacidad considerable. Asimismo, según Usall (2003) los hombres desarrollan esquizofrenia generalmente a una edad más temprana. De igual forma, los pacientes con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el resto de la población, esto se debe a su vez por enfermedades físicas como son las enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas.

Hoy en día, en el Ecuador existe una prevalencia del 38% del total de los ingresos en hospitales psiquiátricos, y existe un 21,7% de las atenciones en consulta externa. Por otro lado, existe 1% de pacientes que padecen esquizofrenia atendidos en establecimientos ambulatorios. (Silva, et al.; 2018).

Se ha considerado un estudio en Chile titulado “Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia”, en donde en los resultados obtenidos se refleja que el 73% de una población de 171 pacientes, rendían por debajo de lo normal en pruebas neuropsicológicas administradas periódicamente; es por ello que, el deterioro cognitivo es una variable a analizar dentro del proyecto de investigación. (Barrera, 2006)

Por último, la presente investigación puede contribuir y favorecer a entender la propia psicopatología, y cómo el deterioro cognitivo afecta a la persona y a su entorno desde la experiencia profesional de quienes se encuentran al cuidado técnico como los profesionales de salud para poder establecer posibles estrategias de abordaje a estos pacientes, así como enfatizar la importancia de la participación de la familia en el proceso de tratamiento.

XIII. Caracterización de los beneficiarios

Para realizar el estudio de este proyecto de investigación, se contactó con la coordinadora de docencia e investigación del hospital especializado San Juan de Dios, con el objetivo de exponerle el plan de proyecto de trabajo de titulación; en conjunto a los coordinadores del área de salud mental acordaron y accedieron participar en las entrevistas propuestas por las autoras anteriormente. En cuanto al personal de salud mental, los psicólogos clínicos, los psicorehabilitadores, los licenciados en enfermería y los médicos psiquiatras, mostraron resistencia en el proceso, no obstante, accedieron a la entrevista para el levantamiento de información.

Beneficiarios directos

Son beneficiarios directos de la investigación sobre la relación existente entre el deterioro cognitivo y la esquizofrenia paranoide, el personal del área de salud mental del Hospital Especializado San Juan De Dios; puesto que, son quienes a través del análisis de las narrativas realizadas y en virtud de las conclusiones del presente trabajo, podrán conocer la relación existente entre deterioro cognitivo y el diagnóstico de esquizofrenia. Su impacto en las diferentes esferas: familiar, laboral, persona y social; la pertinencia de los tratamientos que se encuentran vigentes en la atención de los pacientes, así como también los criterios convergentes o divergentes como equipo de salud mental respecto a su accionar como profesionales y las apreciaciones que mantengan en sus diferentes roles a cumplir.

Beneficiarios indirectos

- Los familiares de la persona que padece esquizofrenia, debido a que se fortalecería la relación entre esta red de apoyo y el paciente; para generar un correcto y funcional sistema familiar. Asimismo, es importante insistir en la pertinencia de las herramientas psicoeducativas con el objetivo de proporcionar información específica acerca de la esquizofrenia, el debido tratamiento a seguir y su pronóstico.
- Con el presente estudio se espera sensibilizar sobre los antecedentes de la estigmatización que se genera en torno al trastorno de esquizofrenia, con el objetivo de garantizar una mayor inclusión tanto en el ámbito laboral

como el ámbito social.

- Las personas con diagnóstico de esquizofrenia ya que mediante un estudio del personal que los atiende, se espera generar espacios de análisis sobre la pertinencia de los tratamientos, los impactos sociales, los riesgos de discriminación, etc, que permitan a construcción de propuestas de atención de mayor calidad, inclusión, eficacia desde un enfoque multidisciplinario.

XIV. Interpretación

Basándose en los autores previamente expuestos, se puede mencionar que en el deterioro de funciones cognitivas relacionadas con el funcionamiento fisiológico y psicológico se presentan afecciones a nivel cerebral, la región frontal y el lóbulo temporal; asimismo en las habilidades viso motoras se presenta una disfunción en los ganglios basales; en el lenguaje oral y escrito se analizó de las narrativas que en el área semántica y pragmática del cerebro existe una alteración, que de acuerdo al criterio de los entrevistados refieren que forman parte del propio diagnóstico como una característica definitoria del trastorno, en consecuencia no se conectan asociativamente unas áreas cerebrales con otras. (Bhugra, 2010)

Respecto al deterioro de funciones cognitivas relacionadas al funcionamiento social, se evidencia una disfunción, debido a la presencia de síntomas negativos en la esquizofrenia, mismos que inciden en la atención, lo que a su vez repercute en las habilidades relacionales con terceros, específicamente en el deterioro de habilidades para generar y sostener el correcto procesamiento; en el caso de la orientación se presenta una pérdida de la conciencia en relación a la circunstancia en la que se encuentran las personas con esquizofrenia paranoide; conllevando a un retraimiento social en sus relaciones interpersonales. (Casado, 1987)

En relación con las atribuciones de causalidad del deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia paranoide, el personal de salud entrevistado consideró que se encuentran factores ambientales como el estrés; constitucionales dentro del embarazo y el parto; de presión social al consumo de sustancias psicotrópicas, alterando así las funciones ejecutivas. Por otro lado, en los factores biológicos predomina la carga genética debido a que la probabilidad de que se presente un caso de esquizofrenia dentro de un

miembro familiar es más alta cuando existe otro familiar con este diagnóstico; asimismo, hay una tendencia mayor cuando las personas con esquizofrenia paranoide presentan una alteración en la base neuroanatómica y neurofisiológica. (DSMV, 2013)

En torno al impacto del deterioro cognitivo en la esfera psicosocial en las personas con esquizofrenia paranoide; hay una alteración en las funciones ejecutivas y cognitivas afectando en el ámbito familiar, ya que existe un concepto erróneo del trastorno y falta de psicoeducación dentro de este sistema; en el ámbito laboral, debido a que se presenta una estigmatización, por lo cual no hay una apropiada inclusión laboral generando una disminución en las oportunidades de trabajo al encontrarse frente a un campo altamente competitivo; en el ámbito personal y social, a causa de los síntomas negativos propios de la enfermedad existe un deterioro en las habilidades sociales y por ende en el deterioro cognitivo, puesto que este tipo de trastorno es neurodegenerativo, provocando que la persona se aísle. (Loubat, Lobos & Carrasco, 2017)

Por último, en cuanto al tratamiento y acceso a la salud, actualmente a escala global existe una gran cantidad de personas que padecen esquizofrenia paranoide y no han recibido un tratamiento adecuado y especializado, Según la OMS (2022), una gran parte de los recursos destinados a los servicios de salud mental son utilizados de manera inadecuada en la atención de los hospitales psiquiátricos, es por ello que aumenta la sintomatología propia del trastorno, generando un declive en el deterioro cognitivo y aumentando la tasa de mortalidad de estas personas. Por otro lado, al recibir un tratamiento la sintomatología se mantiene e incluso mejora, los fármacos tienen eficacia en síntomas positivos y la terapia cognitivo conductual en los síntomas negativos; sin embargo, al utilizar un tratamiento integral se hace mucho hincapié en la psicoterapia, ya que se ha evidenciado una evolución favorable al emplear tratamientos multidisciplinarios, multifactoriales y sobre todo en fases iniciales de la enfermedad, generan un buen pronóstico de la misma. (Loubat, Lobos & Carrasco, 2017)

XV. Principales logros del aprendizaje

Al haber finalizado este proyecto, el producto final expone un profundo análisis donde se proyecta las problemáticas en torno a la esquizofrenia paranoide; de igual manera al relacionar la información obtenida y las revisiones bibliográficas, se pudo evidenciar que el deterioro cognitivo está estrechamente relacionado con la

sintomatología de la esquizofrenia paranoide, así como, la esfera psicosocial, atribuciones de causalidad y el tratamiento que reciba la persona que padece este trastorno.

Se lograron realizar los tres objetivos específicos que fueron planteados en este proyecto:

- Describir las atribuciones de causalidad para que se produzca un deterioro cognitivo en los pacientes adultos que padecen esquizofrenia paranoide, esto se realizó con la finalidad de identificar los principales factores para la presencia de este trastorno.
- Analizar las esferas psicosociales que se ven afectadas debido al deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia paranoide, esto se realizó con la finalidad de detallar una posible afectación en los ámbitos sociales e interpersonales.
- Identificar la eficacia y pertinencia de los tratamientos para la esquizofrenia paranoide, esto se realizó para determinar el contraste que existe en las personas que padecen esquizofrenia paranoide, al recibir o no un tratamiento adecuado.

Desde nuestra formación académica, el presente proyecto ayudó a fusionar la práctica investigativa con la teoría para comprender e identificar eficazmente la relación entre el deterioro cognitivo y la esquizofrenia paranoide en pacientes adultos dentro del hospital especializado San Juan de Dios, así como las problemáticas que aquejan a las personas con esquizofrenia al estar dentro de una sociedad llena de desinformación y estigmatización.

No existieron elementos de riesgo durante la ejecución de este proyecto, más bien, existió la colaboración del personal del área de salud mental del hospital especializado San Juan de Dios, sin embargo, se presentó una limitación debido a que hubo un cambio de administración lo cual aplazó el tiempo de aplicación de las entrevistas semiestructuradas, sin embargo, una vez superada esta dificultad se continuó con la planificación sin mayores sobresaltos.

Dentro del hospital, el personal del área de salud mental no ha realizado un proyecto hasta el momento, que se relacione con el deterioro cognitivo y la esquizofrenia paranoide, de los pacientes internos en dicha institución. Por otro

lado, el principal impacto en el aspecto mental es tener al alcance una guía dirigida al personal de salud y a la familia, para mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas con este trastorno. Finalmente se propone que se realice este tipo de investigaciones a nivel nacional para generar un impacto y conciencia en los ciudadanos ecuatorianos acerca de la esquizofrenia paranoide, como de la salud mental en general.

XVI. Conclusiones y Recomendaciones

En conclusión, se puede comprobar que, si existe una relación entre el deterioro cognitivo y la esquizofrenia paranoide, esto se puede confirmar con los objetivos propuestos en el presente proyecto de investigación, ya que se lograron cumplir con éxito, a través de la revisión bibliográfica y la recolección de datos se evidenció:

- Existen varias atribuciones de causalidad para el diagnóstico de la esquizofrenia paranoide en las personas dentro del hospital especializado San Juan de Dios; entre ellos encontramos los factores ambientales y biológicos, aunque no es claro un solo origen para la presencia de este trastorno los indicadores de estrés, complicaciones en el embarazo y parto, la carga genética, las alteraciones a nivel neuroanatómico y neurofisiológico si producen en estos casos la presencia de esquizofrenia y por ende existe deterioro cognitivo.
- La esfera psicosocial de las personas con esquizofrenia paranoide, se ven afectadas debido al deterioro cognitivo que presentan; a causa de los síntomas positivos y negativos propios del trastorno, lo que conlleva a que sean estigmatizados dentro de la sociedad, generando un aislamiento por parte de las personas que padecen este trastorno.
- Es necesario que las personas que padecen esquizofrenia paranoide, reciban un tratamiento adecuado y de tipo integral, ya que se ha evidenciado que el tratamiento farmacológico ayuda solamente en la evolución de los síntomas positivos, sin embargo, el tratamiento psicoterapéutico favorece la evolución de los síntomas negativos de las personas con este trastorno. Al utilizar el tratamiento integral existe un avance general en el deterioro de la persona.

- Existe estigmatización en torno al diagnóstico de la esquizofrenia, así como las habilidades y capacidades que puede llegar a desempeñar una persona con este tipo de diagnóstico, debido a la falta de información publicada hacia la sociedad en general, asimismo dentro del ámbito familiar no hay la propia psicoeducación es por ello que recurren al maltrato o abandono de la persona que padece este trastorno.
- Las limitaciones que se presentaron a lo largo de la investigación, fueron el cambio de institución para la aplicación del proyecto. Además, existió un cambio de administración en hospital especializado San Juan de Dios, al cual se debió ejecutar un nuevo permiso con la nueva administración, por lo cual se retrasó la planificación, es por ello que las fechas del cronograma variaron aplazando el tiempo de recolección datos.

Adicional, se recomienda para futuras investigaciones:

- Promocionar la salud mental en el Ecuador, con el objetivo de intervenir de manera oportuna a fin de reducir los riesgos de mortalidad y abandono de las personas con esquizofrenia paranoide. Asimismo, al concientizar a la sociedad, existiría una mayor apertura para que las personas reciban el tratamiento adecuado, mediante la resiliencia y la adecuación de espacios favorables para la salud mental.
- Para los profesionales de salud, es recomendable trabajar con calidad profesional, empatía, y respeto, más allá del diagnóstico de las personas con esquizofrenia paranoide, con el fin de proceder con el tratamiento adecuado para las personas. Asimismo, es necesario investigar más a profundidad, a fin de no sesgarse en una sola teoría de práctica profesional.

XVII. Referencias bibliográficas:

- Anguera M. T., & Hernández Mendo, A. (2014). Metodología observacional y psicología del deporte: Estado de la cuestión. *Revista de Psicología del Deporte*, 2014, vol. 23, núm. 1, p. 103-109.

- Araujo A., Kebbe L. (2014); Estudio sobre grupos de terapia ocupacional para cuidadores de familiares de con esquizofrenia. *Cad Ter Ocup da UFSCar*. 22(1):97–108. Disponible en: <https://doi.org/10.4322/cto.2014.011>
- Araujo, J. L., & Bastida, M. (2016) La rehabilitación laboral en personas con esquizofrenia.
- Ashby Solís, J. A. (2017). *Relación existente entre el deterioro cognitivo y el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia*. (Master's thesis, Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Psicológicas).
- Barrera, A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(3), 215-221.
- Bhugra, D. (2010). Schizophrenia, The nice guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. National Collaborating centre for mental health, Updated Edition. 1-494.
- Cartón, M. M. S., Cartón, M. S., & Vázquez, M. S. (2012). Factores pronósticos en la esquizofrenia. *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias*, (11), 98-105.
- Casado, C. J. (1987). *El deterioro en pacientes esquizofrénicos. Aspectos formales y tipos de deterioro*. (Doctoral dissertation, Universidad de Córdoba).
- DSM-5, (2013) 5th ed.; **DSM-5**; American Psychiatric Association.
- Ewhrudjakpor C. , (2009) An assessment of family care for people living with schizophrenia in Delta State of Nigeria, *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8:1, 112-118, DOI: 10.5172/jamh.8.1.112
- García-Bóveda, R. J., Morejón, A. J. V., & Jiménez, R. V. M. (2007). Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(1), 61-72.
- Lieberman, J., Stroup, S. & Perkins, D. (2008) “Tratado de esquizofrenia.” Ed. Ars Médica. Barcelona, España.
- Loubat, M., Lobos, R., & Carrasco, N. (2017). ESTIGMATIZACIÓN DE LA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA Y CONSECUENCIAS PARA EL PROCESO DE REHABILITACIÓN. *LÍMITE Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 12(39).
- Lozano, L. M., & Acosta, R. (2009). *Cognitive alterations in schizophrenia*. *Revista Med*, 17(1), 87-94.

- Machado, J. & Morales, C. (2013). Patrones de prescripción de antipsicóticos en pacientes afiliados al sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia. *Biomédica, Revista del Instituto Nacional de Salud*, 33(3), 1-32.
- McCabe, R., Skelton, J., Heath, C., Burns, T., & Priebe, S. (2002). Engagement of patients with psychosis in the consultation: conversation analytic study Commentary: Understanding conversation. *Bmj*, 325(7373), 1148-1151.
- Méndez Álvarez, C. E. (2001). Metodología: Diseño y desarrollo del proceso de investigación. *Metodología: Diseño y desarrollo del proceso de investigación*, ISBN: 958-41-02036, 3a Ed. (2001); 246 pp.
- Montaña, L., Nieto, T., & Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 86-107.
- Muñoz M, Francisco J, & Ruiz Cala, Silvia L (2017). *Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, ISSN: 0034-7450. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80636108>
- Novella, E. J., & Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y salud*, 21(3), 205-219.
- OMS. (2019). *Esquizofrenia*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- OMS. (2022). *Esquizofrenia*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Ortiz Durán, M. F. (2013). “Caracterización de los roles en las familias de origen de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara De Quito” (Bachelor's thesis).
- Pérez V. T. (2005). *El deterioro cognitivo: una mirada previsor*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1-2), 0-0.
- Rioja Lozano, M. D. (2016). Características y evaluación de los trastornos del lenguaje en esquizofrenia: evidencias en español y el papel del logopeda.
- Silva, J., & Otros. (2018). Clinical case: Paranoid schizophrenia. *La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición* (April 2018) Vol. 9 Num. 1, pp.1-10.
- Usall, J. (2003). *Diferencias de género en la esquizofrenia*. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 30(5), 276-87.

- Vílchez Salcedo, L. A., Turco Arévalo, E., Varillas Marín, R. Á., Salgado Valenzuela, C. A., Salazar de la Cruz, M., Carmona Clavijo, G.,... & Caballero Ñopo, P. (2019, July). El abordaje temprano y tratamiento mixto en el manejo de la esquizofrenia: Guía de práctica clínica basada en evidencia de un hospital especializado en salud mental del Ministerio de Salud del Perú. In Anales de la Facultad de Medicina (Vol. 80, No. 3, pp. 389-396). UNMSM. Facultad de Medicina.
- World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>

XVIII. Anexos

Consentimiento Informado

Yo _____

_____ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada “xxxxxxx”, éste es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo de... (detallar institución). Entiendo que este estudio busca conocer (mencionar el objetivo de la investigación) y sé que mi participación se llevará a cabo en (detallar el lugar), en el horario (definir hora) y consistirá en participar de una entrevista semiestructurada que demorará alrededor de xx minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación (si fuera el caso) de resultados. Estoy en conocimiento que los datos serán (o no serán) entregados y que (no habrá) retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí. Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Firma participante:

Fecha: