



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica

**Estudio multitemporal de los factores asociados a la
Esquizofrenia en los cantones de Macará y Huaquillas**

Trabajo de Titulación previa a la obtención
del título de Psicóloga Clínica

AUTORA:
Paola Del Cisne Ramírez Chalan

DIRECTORA:
Psc. Cl. María Paula Torrez Pozo, Mg.Sc.

Loja – Ecuador

2023

Certificación

Loja, 16 de septiembre de 2022

Psicóloga
María Paula Torres Pozo. Mg. Sc.
DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifico:

Haber revisado, dirigido y orientado con pertinencia todo el proceso de la elaboración del Trabajo de Titulación: “**Estudio Multitemporal de los Factores Asociados a la Esquizofrenia en los Cantones de Macará y Huaquillas**”, de la autoría de **Paola Del Cisne Ramírez Chalan**, con C.I 1105487951, previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica, quien ha desarrollado su investigación con responsabilidad, interés y perseverancia; el mismo cumple con las disposiciones institucionales metodológicas y técnicas que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho Trabajo de Titulación se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



firmado digitalmente por:
**MARIA PAULA
TORRES POZO**

Psic. María Paula Torres Pozo, Mg.Sc.
C.I 1102762810
maria.p.torres.p@unl.edu.ec
DIRECTORA DEL TT.
c.c.: Archivo

Autoría

Yo, **Paola Del Cisne Ramírez Chalán** declaro ser la autora del presente trabajo de titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi trabajo de integración curricular o de titulación en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:



Cédula de identidad: 1105487951

Fecha: 19 de enero del 2023

Correo electrónico: paola.ramirez@unl.edu.ec

Teléfono o celular: 0986442072

Carta de autorización por parte de la autora, para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo, del trabajo de titulación.

Yo, Paola Del Cisne Ramirez Chalán, declaro ser el autor del trabajo de titulación denominado **Estudio multitemporal de los factores asociados a la Esquizofrenia en los cantones de Macará y Huaquillas** como requisito para optar el grado de Psicóloga Clínica, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, a los diecinueve días del mes enero del 2023, firma la autora.

Firma:



Autora: Paola Del Cisne Ramirez Chalán

Cédula: 1105487951

Dirección: Loja, Barrio "Daniel Álvarez". José de Artigas y Manuel Rosas

Correo electrónico: paola.ramirez@unl.edu.ec

Celular: 0986442072

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de trabajo de titulación: Psic. Cl. María Paula Torres Pozo. Mg. Sc.

Dedicatoria

A Dios por ser mi guía de cada día y mi fortaleza en la adversidad.

A mi madre Mariana Chalán quién ha sido un ejemplo de mujer y de amor incondicional, a mi padre Rufino Ramírez quién me cuida desde el cielo y que me forjó como una mujer luchadora, soñadora y perseverante; gracias a su sacrificio y constantes cuidados estoy logrando mis objetivos en la vida, por eso y mucho más, esto va dedicado a ustedes.

A mis hermanos; Graciela, Hernán, Iván, Blanca, Erwin, Liliana, Marianela, Christian y Rosa por su cariño y apoyo fraternal.

A Erika, Yadira, Carolina, Lesly, Thalia y Paul quienes me han brindado una segunda familia donde me pude sentir aceptada y amada; gracias por haber estado conmigo y permitirme ser parte de sus vidas. Con todo mi cariño este logro se los dedico.

Paola Del Cisne Ramírez Chalán

Agradecimiento

Mis agradecimientos a la Universidad Nacional de Loja, de forma especial a la carrera de Psicología Clínica por su labor diaria de impartir conocimientos y darme la oportunidad de convertirme en una profesional con saber científico y sobre todo educada en el lado humanístico y ético. Así mismo, gracias a cada uno de mis maestros por su paciencia y apoyo durante mi periodo universitario.

A mi directora de trabajo de titulación la Psic. María Paula Torres, Mg.Sc. por haberme acompañado durante la creación de este proyecto investigativo y por su buena disposición para brindar apoyo y conocimiento. De igual manera, mis agradecimientos a la gestora de la Carrera de Psicología Clínica Dra. Ana Puertas Azanza, Mg.Sc, por otorgar los recursos durante estos cinco años para culminar mi proceso académico. Así mismo, mi gratitud para el Ing. Eduardo González Estrella, quién se dio el tiempo y la paciencia para instruirme en lo que respecta al campo estadístico y por haberme ayudado a aclarar todas las dudas que surgieron en la creación de esta investigación.

Agradezco al Proyecto PROSALUD Frontera Sur por darme la oportunidad de formar parte del equipo investigativo, y contar con su ayuda económica para alcanzar este logro. De igual manera, mi gratitud al Ministerio de Salud Pública por proporcionar la base de datos que hizo posible la realización de esta investigación.

Paola Del Cisne Ramírez Chalán

Índice de Contenidos

Portada.....	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento	vi
Índice de Contenidos.....	vii
Índice De Tablas.....	x
Índice de Figuras.....	x
Índice De Anexos.....	xi
1. Título.....	1
2. Resumen	2
2.1. Abstract	3
3. Introducción.....	4
4. Marco Teórico	8
4.1. Esquizofrénia (F20).....	8
4.1.1. Antecedentes.....	8
4.1.2. Definición	9
4.1.3. Curso de la esquizofrenia	9
4.1.4. Síntomas	10
4.1.5. Epidemiología.....	12
4.1.6. Etiopatogenia	13
4.1.7. Factores de riesgo	14
4.1.8. Consecuencias.....	15

4.1.9. Criterios Diagnósticos	16
4.1.10. Subtipos de esquizofrenia	17
4.1.11. Tratamiento farmacológico.....	18
4.1.12. Tratamiento psicoterapéutico	19
4.2. Factores sociodemográficos	20
4.2.1. Edad	20
4.2.2. Sexo	21
4.2.3. Año de atención	21
4.2.4. Zona poblacional de residencia	22
5. Metodología	23
5.1. Área de Estudio.	23
5.2. Tipo de Estudio.....	24
5.3. Población y Muestra.....	24
5.3.1. Población	24
5.3.2. Muestra	25
5.4. Criterios de Inclusión y Criterios de Exclusión.....	25
5.4.1. Criterios de inclusión.....	25
5.4.2. Criterios de Exclusión	25
5.5. Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos	25
5.6. Instrumentos de Recolección de Datos	26
5.7. Procedimiento	26
5.8. Equipos y Materiales.....	27
5.9 Análisis estadístico.....	27
6. Resultados	29
7. Discusión.....	49

8. Conclusiones.....	53
9. Recomendaciones.....	54
10. Bibliografía.....	55
11. Anexos.....	64

Índice De Tablas

Tabla 1. Prevalencia del Trastorno Esquizofrénico (F20) de Acuerdo a los Factores Sociodemográficos Evidenciados en los cantones de Macará Y Huaquillas.....	29
Tabla 2. Relación entre Trastorno Esquizofrénico y Subtipos con el Año de Atención en Pacientes Atendidos en los cantones de Macará y Huaquillas	31
Tabla 3. Correlación de coeficiente Tau-c de Kendall entre Esquizofrenia y subtipos con el año de atención	31
Tabla 4. Relación entre trastorno esquizofrénico y subtipos con la edad de pacientes atendidos en los cantones de Macará y Huaquillas.....	32
Tabla 5. Correlación de coeficiente Tau-c de Kendall entre Esquizofrenia y subtipos con edad.....	32
Tabla 6. Relación de trastorno esquizofrénico y subtipos con sexo en pacientes atendidos en los cantones de Macará y Huaquillas	33
Tabla 7. Correlación de coeficiente Tau-c de Kendall entre Esquizofrenia y subtipos con sexo.....	33
Tabla 8. Relación entre trastorno esquizofrénico (F20) y zona poblacional de residencia en pacientes atendidos en los cantones de Macará y Huaquillas	34
Tabla 9. Correlación de coeficiente Tau-c de Kendall entre Esquizofrenia y subtipos con zona poblacional de residencia.....	34
Tabla 10. Desarrollo de actividades.....	38
Tabla 11. Prevalencia del Trastorno Esquizofrénico y subtipos de Acuerdo a los Factores Sociodemográficos Evidenciados en los cantones de Macará y Huaquillas	46

Índice de Figuras

Figura 1. Mapa de ubicación del cantón Huaquillas y cantón Macará	23
--------------------------------------------------------------------------------	-----------

Índice De Anexos

Anexo 1. Aprobación de Anteproyecto de trabajo de titulación	64
Anexo 2. Acta de Compromiso de Inicio y Culminación del Proyecto de trabajo de titulación dentro del Proyecto Prosalud Frontera Sur	65
Anexo 3. Acuerdo de Confidencialidad de la Información del Ministerio De Salud Pública y Universidad Nacional De Loja	68
Anexo 4. Certificación de Traducción del Abstract	75
Anexo 5. Certificación del tribunal de grado	76

1. Título

Estudio multitemporal de los factores asociados a la Esquizofrenia en los cantones de Macará y Huaquillas.

2. Resumen

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que genera discapacidad bio-psicosocial a quien la padece, llegando a perjudicar a un aproximado de 24 millones de personas a nivel mundial. De aquí radica la importancia de esta investigación epidemiológica en los cantones de Macará y Huaquillas del Ecuador, debido a que permite conocer la incidencia de la esquizofrenia en factores como: edad, sexo, zona poblacional de residencia y año de atención. La metodología es de tipo cuantitativa, con un diseño no experimental de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 564 pacientes diagnosticados con esquizofrenia y sus subtipos en edades entre 0 a 100 años, seleccionados mediante la técnica de muestreo no probabilístico y por conveniencia, evaluados en el programa SPSS Statistics, versión 22 con la fórmula del coeficiente de correlación de tau-c de Kendall. Se determinó que la esquizofrenia se manifestó en la adultez, con poca distinción de sexos, en la zona urbana, determinándose la mayoría de consultas en el año 2021. Además, se encontró relación estadística entre esquizofrenia con las variables: año de atención, edad y zona poblacional de residencia; por otro lado, no se encontró relación con la variable sexo. Finalmente, se determinó que en los subtipos del trastorno esquizofrénico hubo mayor incidencia de esquizofrenia paranoide con un 56,6%, seguido de esquizofrenia sin especificación con el 29,4%, y el menos incidente fue la esquizofrenia residual con un 0,5%.

Palabras clave: Esquizofrenia, Epidemiología, Cie-10, Trastorno Mental, Salud mental.

2.1 Abstract

Schizophrenia is a serious mental disorder that generates bio-psychosocial disability to those who suffer from it, affecting approximately 24 million people worldwide. From here lies the importance of this epidemiological investigation in the cantons of Macará and Huaquillas of Ecuador, because it allows knowing the incidence of schizophrenia in factors such as: age, sex, population area of residence and year of care. The methodology is quantitative, with a non-experimental cross-sectional design. The sample consisted of 564 patients diagnosed with schizophrenia and its subtypes between the ages of 0 to 100 years, selected using the non-probabilistic and convenience sampling technique, evaluated in the SPSS Statistics program, version 22 with the correlation coefficient formula of Kendall's tau-c. It was determined that schizophrenia manifested itself in adulthood, with little distinction between the sexes, in the urban area, determining the majority of consultations in the year 2021. In addition, a statistical relationship was found between schizophrenia with the variables: year of care, age and population area of residence; on the other hand, no relationship was found with the sex variable. Finally, it was determined that in the subtypes of the schizophrenic disorder there was a higher incidence of paranoid schizophrenia with 56.6%, followed by schizophrenia without specification with 29.4%, and the least incident was residual schizophrenia with 0.5%.

Keywords: Schizophrenia, Epidemiology, ICD-10, Mental Disorder, Mental health.

3. Introducción

La Organización mundial de la salud (OMS) menciona por salud a aquel estado de total bienestar físico, mental y social, y no exclusivamente a la ausencia de enfermedades, por lo cual define a la salud mental como la ausencia de trastornos mentales, donde el individuo tiene la capacidad de enfrentar el estrés de la vida, de trabajar fructíferamente y aportar a la comunidad (Organización mundial de la salud [OMS], 2018).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) refiere por trastorno mental lo siguiente: “es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (American Psychological Association [APA], 2014).

La prevalencia de las enfermedades mentales continúa creciendo significativamente, generando consecuencias importantes en la salud, la economía y en los derechos humanos a nivel global. Entre las enfermedades mentales que destacan tenemos los trastornos psicóticos que afectan a más del 1% de la población entre 18 a 28 años de edad (Facorro et al., 2010).

De esta manera, la OMS (2022) agrega que la esquizofrenia destaca por ser una enfermedad de la psiquis de alta gravedad a nivel mundial que tiende a perjudicar a un aproximado de 24 millones de personas, en otras palabras, a 1 de cada 300 individuos. Es muy común que las personas con este diagnóstico sufran estigma y vulneración de derechos humanos. En cuanto, a escala global se estima que 2 de cada 3 personas que tienen psicosis no tienen atención especializada en salud mental.

En el mismo contexto, según el estudio de Cortez (2017) refiere que una persona de cada cien es víctima de esquizofrenia y hay mayor probabilidad de que inicie entre los 15 y 35 años de edad, así mismo hay una elevada probabilidad de que un hijo lo herede de su padre. Además, los individuos con esta enfermedad presentan entre 2 y 2,5 veces más probabilidad de fallecer a edades tempranas en comparación a la población general.

El aumento de la carga de enfermedades mentales en América latina y el Caribe es una problemática muy importante como para continuar ignorando la situación. Es así que un estudio ejercido por la Organización Panamericana de la Salud en el año 2005 mostró

elevadas cargas en salud mental donde resalto que las psicosis no afectivas en especial la esquizofrenia mantuvieron una prevalencia media de 1,0% y es el resultado de no tomar acciones pertinentes en las brechas de salud mental (OPS, 2005 como se citò en Ministerio de Salud Pública [MSP], 2014).

A continuación, se expone el porcentaje de discapacidad total (AVAD- Años de Vida Ajustados por Discapacidad) que genera la esquizofrenia en ciertas regiones de las amélicas donde se refleja la mayor magnitud de carga: Estados Unidos 2,5%; Chile 2,1%; Argentina, Uruguay y Costa Rica 1,9%; Canadá, México y Colombia 1,8 %; Cuba, Panamá, Bermuda, Perú y Antigua - Barbuda 1,7 %; Brasil, Ecuador, Santa Lucía y Puerto Rico 1,6%, entre otros. De tal manera, las esquizofrenias imponen una de las más grandes cargas especialmente en los episodios psicóticos agudos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018).

En Ecuador la esquizofrenia es una patología con mayor prevalencia en los hospitales psiquiátricos según el Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador (IESM) realizado por la OMS (MSP, 2008), además de acuerdo a una investigación realizada por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Esmeraldas en el año 2016 concluyó con una muestra de 30 individuos con enfermedades mentales, que la esquizofrenia mantiene una prevalencia de 70% en comparación a otras patologías psiquiátricas (Bolaños, 2016).

Por otro lado, en otra investigación realizada por Pontificia Universidad Católica Del Ecuador en el año 2017 dentro de los Hospitales Enrique Garcés y Pablo Arturo Suárez tomo como muestra a 945 pacientes diagnosticados con trastornos psiquiátricos en el periodo 2013 y 2015 donde se encontró que la esquizofrenia ocupa el noveno puesto de los principales diagnósticos de ingreso que es equivalente a 1,88% (Domínguez y Pérez, 2017).

Finalmente, un estudio realizado por Valarezo (2022) sobre la prevalencia de las principales categorías CIE-10 en pacientes de Macará y Huaquillas en el período 2018-2020 en base a un registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias recalcó que la esquizofrenia ocupa el tercer lugar al igual que el trastorno esquizoafectivo y de ideas delirantes con el 12,61 %.

La esquizofrenia es un problema de salud a nivel mundial con altas tasas de prevalencia que afecta a personas jóvenes y que tiene repercusiones a nivel familiar, social, económico y

político. Es una de las enfermedades mentales que llega a generar en la población altos niveles de discapacidad y malestar psicosocial, además, existe un componente genético sumamente importante que predispone a que se herede en otros familiares este diagnóstico. Por otra parte, las personas con esquizofrenia son muy susceptibles a estigmas sociales e incluso a sufrir discriminación en diversas áreas como la laboral, escolar e incluso familiar, lo cual la convierte en una población vulnerable.

La presente investigación será de gran relevancia en nuestro país especialmente en los cantones de Macará y Huaquillas debido a que aporta información científica sobre una temática que cada día se presenta con mayor frecuencia, generando estragos en los sistemas de salud pública por los altos costos hospitalarios y a los escasos pronósticos favorables de remisión total.

Cabe mencionar que este trabajo investigativo está acorde a las líneas de investigación de la carrera de Psicología clínica de la Universidad Nacional de Loja que corresponde a la categoría de “Salud Pública y Epidemiología: Detección y diagnóstico de trastornos mentales y factores de riesgo y protección en la comunidad”. Por tal razón, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe diferencia significativa en los factores sociodemográficos asociados identificados con la presencia de esquizofrenia durante el periodo 2018-2021, en el contexto de investigación?

Por último, el presente estudio tiene como objetivo general: Contribuir al conocimiento de los factores sociodemográficos asociados a la presencia de esquizofrenia y subtipos, en las poblaciones de los cantones fronterizos de Macará y Huaquillas durante el periodo 2018-2021. Y como objetivos específicos: identificar los factores asociados a la presencia de esquizofrenia, en los cantones de Huaquillas y Macará durante el periodo 2018-2021; establecer la relación entre los factores identificados con la presencia de los subtipos de esquizofrenia en el contexto del proyecto; desarrollar una propuesta psicoeducativa en habilidades de autocuidado y relaciones interpersonales para personas con esquizofrenia y su entorno familiar.

De igual manera, se debe recalcar que este estudio aborda en el marco teórico lo que es: esquizofrenia con sus respectivos antecedentes, definición, curso, síntomas, epidemiología, etiopatogenia, factores de riesgo, consecuencias, criterios diagnósticos, subtipos de

esquizofrenia, tratamiento farmacológico y tratamiento psicológico. En lo que respecta a los factores sociodemográficos en base al trastorno se aborda la edad, sexo, año de atención y zona poblacional de residencia.

4. Marco Teórico

4.1. Esquizofrenia (F20)

4.1.1. Antecedentes

Históricamente se ha descrito sintomatología que atribuye a lo que hoy se conoce como esquizofrenia, estos primeros hallazgos fueron descubiertos por médicos griegos quienes describían pacientes con delirios de megalomanía, paranoia, declive de las funciones mentales y trastornos de la personalidad. Por otra parte, la esquizofrenia empezó a tomar relevancia en el siglo XIX, donde fue digna de investigación con su respectivo tratamiento (B. Sadock et al., 2015).

En los libros históricos de la psiquiatría resulta difícil encontrar los comienzos de la esquizofrenia debido a que solo se encuentran explicados algunos de los síntomas de lo que actualmente corresponderían a esta patología, pero que a su vez despertó el interés de psicólogos, médicos, artistas, filósofos, entre otros. Posteriormente, Bénédic Morel en 1856 fue quién propuso el término de demencia precoz para explicar a un adolescente que paso de ser activo a convertirse en silencioso y aislado. Luego en 1868 se introduce el término catatonia, para explicar un cuadro clínico caracterizado por la tensión muscular. En 1870, Ewald Hecker uso la palabra hebefrenia para explicar el cuadro que se genera en la adolescencia donde hay perturbación de estado mental (Aguirre et al., 2017).

Posteriormente, Emil Kraepelin en el año 1896 hace referencia a demencia precoz clasificándola en: hebefrénica, catatónica y paranoide. Finalmente, en 1911, Eugene Bleuler utiliza la terminología esquizofrenia para hacer referencia a la fragmentación o división de la personalidad caracterizado por ser: ambivalente, autista, con afecto inapropiado y asociaciones laxas (Aguirre et al., 2017).

De tal manera, el concepto de esquizofrenia se puede deducir en base al criterio de Emil Kraepelin quién propuso que se trataba de deficiencias de las funciones mentales, y Eugen Bleuler enfatizo en que es un desorden de la afectividad y del pensamiento, en cambio Kurt Schneider menciona que son experiencias psicopáticas que psicológicamente son poco comprensibles (Agüera et al., 2009).

4.1.2. Definición

La esquizofrenia se describe como un conjunto de distorsiones cognitivas que tienen que ver con la percepción, el pensamiento y las emociones, además son expresiones afectivas poco funcionales. Es verdad que con el pasar del tiempo se pueden generar deficiencias cognitivas, sin embargo estas personas aún mantienen conservada la conciencia y la capacidad intelectual (Pastor-SanMillán MD., 2018).

Entre los fenómenos psicopatológicos que incluye la esquizofrenia tenemos: eco o robo del pensamiento, ideas delirantes o deliriosas de control, de pasividad o influencia, alucinaciones auditivas, bloqueos en el transcurso del pensamiento, expresiones catatónicas, síntomas negativos (apatía, pobre lenguaje, bloqueo emocional) (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Por otra parte, Padín (2012) explica el significado literal de *esquizofrenia* donde menciona que proviene del griego, *esquizo* que es escindir y *frenia* que significa mente, llegando a significar de forma conjunta mente escindida. En si trata de explicar que, estas personas viven en otra realidad diferente a la demás gente, por lo que viven acorde a esa realidad.

4.1.3. Curso de la esquizofrenia

Según Sue et al. (2015) la esquizofrenia consta de las siguientes fases: *prodrómica*, es el surgimiento y la edificación de la sintomatología esquizofrénica, donde se observa que los pacientes presentan conductas de aislamiento social, afectividad inapropiada, pobre comunicación, deterioro del cuidado personal. Posteriormente, debido a factores estresantes se evoluciona a la *fase activa*, donde hay un desarrollo de los síntomas incluyendo alteraciones graves del pensamiento, dificultades en las relaciones sociales y afecto aplanado. Poco tiempo después, se genera la *fase residual*, donde los síntomas son menos prominentes y la persona tiene menos alteraciones, pero es raro los casos que se curen completamente.

Para Aznar Moya et al. (2009) la esquizofrenia es una enfermedad crónica que en el primer episodio presenta tres fases que son:

- Primer episodio. Se puede generar de forma brusca o lenta y gradual, pero la mayoría de los pacientes tienen una fase prodrómica donde la evolución es lenta y caracterizándose por una alteración de las capacidades mentales (pérdida de interés en lo escolar, personal,

laboral, irritabilidad y enojo), posteriormente entra en una fase activa donde surge un síntoma representativo de la esquizofrenia. Por lo tanto, se encuentran las siguientes fases:

- a) Fase aguda. Se caracteriza por tener sintomatología psicótica grave, como alucinaciones, delirios, pensamiento excesivamente desorganizado y de forma general, no existe la capacidad de cuidar de su propia persona. Los síntomas negativos se vuelven más acentuados.
- b) Fase de estabilización. Una vez presentado el episodio agudo, empieza a disminuir la intensidad de los signos y síntomas psicóticos, ésta puede ser de unos 6 meses de duración o más.
- c) Fase estable. Los síntomas presentan estabilidad, por lo que son menos intensos o graves que en la fase aguda, los pacientes tienden a tener depresión, ansiedad, insomnio y tensión, es decir sintomatología no psicótica, en cambio otros pueden caracterizarse por estar asintomáticos.

Según la CIE-10 existen distintas formas de evolución entre ellas tenemos: “continua (F.20x.0), episódica con defecto progresivo (F.20x.1), episódica con defecto estable (F.20x.2), episódica con remisiones completas (F.20x.3), remisión incompleta (F.20x.4), remisión completa (F.20x.5), otra forma de evolución (F.20x.8), forma de evolución indeterminada, periodo de observación demasiado breve (F.20x.9)”(Organización Mundial de la Salud, 1992, p.118).

4.1.4. Síntomas

El Instituto Nacional de la Salud Mental (2021) describe que los síntomas de la esquizofrenia pueden ser diferentes entre una persona y otra, pero generalmente se dividen en tres categorías principales:

- Los síntomas psicóticos. Se caracterizan por pensamientos, acciones y percepciones del mundo distorsionadas, donde las personas ya no comparten sentido de realidad con otras, en algunos casos estos síntomas aparecen y desaparecen, en cambio para otros pacientes los síntomas psicóticos se estabilizan con el paso del tiempo. Entre estos tenemos:
 - a) Alucinaciones. Los pacientes presentan alteraciones sensoriales-perceptivas, es decir que ven, oyen, huelen, saborean o sienten cosas que no son reales. Lo más común, es la alucinación auditiva que puede estar presente por mucho tiempo.

- b) Delirios. Los individuos tienen fuertes creencias que son erróneas e irracionales al punto de vista de los demás. Por ejemplo, tener la fuerte convicción de que por la radio le envían mensajes encubiertos.
 - c) Trastorno del pensamiento. El pensamiento suele ser ilógico, con desorganización de ideas y del habla. Por ejemplo, el paciente deja de hablar en medio del discurso para pasar a otro tema y sucesivamente, incluso llegando a inventar palabras.
 - d) Trastornos del movimiento. Se generan movimientos de cuerpo que son anormales, llegando a repetir movimientos con frecuencia.
- Los síntomas negativos. En este grupo se encuentra la pérdida de interés por las cosas cotidianas, poca o nula motivación, aislamiento social, dificultad para demostrar emociones y dificultades para funcionar adecuadamente. Entre estos tenemos:
 - a) No hay la capacidad de planificar y regirse a esas actividades.
 - b) Dificultad para sentir satisfacción en su diario vivir.
 - c) La voz es tenue o apagada y sus expresiones faciales carecen de expresividad.
 - d) Retraimiento social o deficiente interacción.
 - e) Suelen ser muy pasivos y con escasa energía pudiendo llegar a la catatonía.
 - Síntomas cognitivos. Generalmente incluye alteración en las funciones cognitivas, como memoria, atención, concentración. La sintomatología cognitiva incluye:
 - a) Dificultades para procesar información, lo que conlleva a deterioro en la toma de decisiones.
 - b) Problemas en la memoria de corto plazo, por lo que no es capaz de recordar información recientemente aprendida.
 - c) Problemas de atención y concentración.

Por otra parte, Vallejo Ruiloba (2012) realiza otra clasificación de los signos y síntomas de la esquizofrenia, agrupándolas en las siguientes categorías:

- Trastornos del contenido del pensamiento. Consisten en pensamiento con pobre contenido e ideas delirantes.
- Trastornos formales del pensamiento. Se caracteriza porque el pensamiento carece de coherencia y/o lógica, sus asociaciones son laxas, tangenciales, hay neologismos, bloqueos mentales, ecolalia y perseverancia.

- Alteraciones de la percepción. Se presentan alucinaciones de tipo visual, auditivo (ruidos, se escuchan voces obscenas, acusadoras, autoritarias, que hablan entre sí o hablan del paciente). También hay otras alucinaciones del tacto, gusto y olfato.
- Trastornos de la afectividad. Tenemos embotamiento, afecto inadecuado y depresión en un 25% después de los síntomas psicóticos.
- Trastornos del movimiento y de la conducta. Se genera catatonía (estupor, agitación motriz, mutismo, inflexibilidad), ecopraxia, obediencia mecánica, estereotipias. De forma general, hay un declive global del comportamiento social y personal, debido a la apatía, conductas raras y desordenadas, actos carentes de motivación, disfunción sexual y agresividad hacia otros.
- Trastornos cognitivos. Se destacan problemas de atención, de memoria de visual, verbal y de trabajo, así mismo hay déficit en las funciones ejecutivas especialmente de abstracción y planificación.
- Signos y síntomas físicos. Entre estos están, anomalías oculares, agnosia táctil, incapacidad para percibir y reconocer a través de la piel, alteraciones en la propiocepción y equilibrio. Otros síntomas son anomalías en el sueño y disfunción sexual.

4.1.5. Epidemiología

Se estima que en todo el mundo hay una prevalencia de un 0,7% de la población en general de esquizofrenia llegando a ser más frecuente en hombres, de igual manera se relaciona a sectores urbanos, con bajo nivel económico, social e inmigración. Suele presentarse entre 15 y 30 años de edad, además cuando el inicio es temprano se asocia a mayor predisponencia genética, con peor pronóstico y significativo deterioro. Se debe recalcar que existe pronóstico desfavorable mayormente en varones, por lo que tienen menos respuesta a tratamiento farmacéutico, y eso explica los números de entradas hospitalarias en el sexo masculino (Vallejo, 2012).

Por otro lado, estudios de la Organización Mundial de la Salud indican que la esquizofrenia perjudica al 1% de toda la población a nivel mundial y puede afectar a cualquier persona, es decir que se manifiesta o aparece en distintas poblaciones a lo largo del tiempo. Su incidencia ha presentado un declive de 0,7 % pero hay mayor tendencia en varones, sectores urbanos, consumidores de cannabis y personas inmigrantes (Bernardo & Bioque, 2018).

Según Zaragoza (2017) la esquizofrenia suele tener sus comienzos en etapas del desarrollo en las que los individuos se encuentran en su competitividad laboral o profesional, donde de forma general presentan síntomas positivos y otros negativos, además de otros efectos que provienen de forma secundaria al tratamiento. Por otro lado, ha llamado la atención en los últimos 10 años de profesionales de investigación y de las áreas de salud debido a que existe una marcada afectación de la cognición.

4.1.6. Etiopatogenia

Las causantes de la esquizofrenia se deben por factores genéticos y ambientales, pero se debe considerar que los genes que se asocian a este trastorno son muy numerosos, por lo tanto, es difícil dar con claridad la genética que causa la enfermedad, de igual manera la fisiología aún no está clara, sin embargo, se le atribuye a desordenes en los neurotransmisores de dopamina y glutamato. Así mismo, la esquizofrenia se encuentra influida por el entorno (Palao, 2020).

Para Tamminga (2020) la esquizofrenia tiene un componente biológico importante que se producen por alteraciones neurológicas entre las que destacan infecciones del cerebro, y una predisposición genética, aun así factores ambientales influyen significativamente en el desencadenamiento, como puede ser situaciones estresantes vitales, y consumo de sustancias especialmente cannabis en la adolescencia.

Según Sadock et al. (2015) entre las principales causas de la esquizofrenia tenemos:

- Factores genéticos. Estudios en gemelos idénticos permitió valorar que en un 50% existe probabilidad de heredar esquizofrenia, de igual forma en gemelos dicigóticos hay una concordancia de 4 a 5 veces, por lo cual explica que se puede compartir genes con familiares de primer grado como sería padres, hijos o hermanos y hay un descenso en segunda y tercera línea de consanguinidad.
- Factores biológicos. Se postula que excesiva actividad del neurotransmisor dopamina está involucrado en la aparición de este trastorno, pues se ha visto que al aplicar antipsicóticos que son antagonistas de la dopamina, es decir que disminuyen la concentración de este neurotransmisor, existe mejoría en el paciente. En otro análisis, se logró identificar que sustancias como las anfetaminas y la cocaína que aumentan la liberación de dopamina producen síntomas psicóticos.

- Neuropatología. Al finalizar el siglo XX se encontró hallazgos de una base neurológica que se encontraba relacionada con la esquizofrenia, que sería el sistema límbico y los núcleos basales, así mismo se analizó disfunciones neuroquímicas en el tálamo, corteza cerebral y tronco encefálico. Es común que estos pacientes pierdan masa cerebral, especialmente cuando inicia el padecimiento en la adolescencia y se le asocia a que en esta etapa existió una excesiva poda sináptica.
- Disfunción del movimiento de los ojos. Un rasgo característico de los enfermos de esquizofrenia es la poca capacidad para seguir un objeto en movimiento con la vista, donde algunas investigaciones han mostrado que entre 50% y 85% de los pacientes han tenido deficiencias en el movimiento de los ojos en comparación a otros enfermos psiquiátricos.

4.1.7. Factores de riesgo

Según Aguirre et al. (2017) hay bastantes factores de riesgo en la infancia, la adolescencia y la adultez que conllevan a la esquizofrenia entre ellos tenemos:

- En el embarazo se pueden presentar infecciones como: herpes simple, virus de la gripe, bajos niveles de proteico calórica, rubeola, toxoplasmosis y vitamina D.
- En el parto se puede generar las siguientes complicaciones: parto con asistencia mecánica, hipoxia neonatal, pre-eclampsia, estrés grave debido a fallecimiento de alguna persona significativa en los tres primeros meses de embarazo y deficiencia de hierro en la madre.
- Enfermedades de sistema inmune como: hepatitis autoinmune, artritis reumatoide, tirotoxicosis, síndrome de Guillain-Barré y enfermedad de Crohn, son notables riesgos familiares.
- Antecedentes personales, como traumatismo cráneo-encefálico, crisis epilépticas y convulsiones por fiebre en infantes se asocian con la esquizofrenia.

4.1.8 Consecuencias

4.1.8.1. Déficits Cognitivos. Entre los déficits neurocognitivos más comunes que se generan en la esquizofrenia tenemos: alteraciones en la memoria especialmente en el procesamiento y recuperación de información, deficiencias en la atención, disfunciones en la inteligencia, déficit visual y deterioro social (Barrera, 2010 como se citó en Medel, 2021). De igual manera, otra de las dificultades cognitivas de los pacientes esquizofrénicos es la incapacidad para diferenciar entre estímulos principales y secundarios o irrelevantes que es una consecuencia de los deterioros en la atención (García-Anaya, et al., 2006 como se citó en Medel, 2021).

4.1.8.2. Impacto de la Esquizofrenia en la Familia. La esquizofrenia es una de las enfermedades que genera mayor incapacidad en el paciente, por lo que el paciente se torna dependiente por la necesidad de cuidado y atención. Que a su vez, debe ser manejada por la familia, que al enterarse del diagnóstico, se llenan de incertidumbre, dudas llevándoles incluso a un estado de shock y pensamientos que con el tiempo les generan cansancio fisiológico, cognitivo y deterioro en áreas familiares y sociales (Vallina et al., 2012 como se citó en Cachi Rodríguez, 2020).

4.1.8.3. Estigmatización. A nivel social existe la creencia de que las personas con esquizofrenia son seres peligrosos, poco confiables, violentos, haraganas y que son incapaces de comunicar a otras personas cómo se sienten o cuáles son los efectos que les genera algún medicamento. Además creen que los pacientes no tienen la capacidad de tomar decisiones y suelen empeorar progresivamente en toda su vida (Roca y Crespí, 2013, como se citó en Perez, 2020).

Ante estos estigmas se debe rescatar que algunas de las creencias que surgen en la sociedad son producto de una pequeña base de realidad, pero que muchas de las ocasiones se tienden a dramatizar o exagerar llegándose a generalizar a todos los pacientes con este tipo de diagnóstico (López et al., 2008 como se citó en Perez, 2020). Todas estas etiquetas han generado consecuencias graves en pacientes esquizofrénicos que debido al temor de ser juzgado no asiste a los centros de salud en las fases tempranas de la enfermedad llegando al agravamiento de la psicosis (Aretio, 2009, como se citó en Perez, 2020).

4.1.9. Criterios Diagnósticos

La Organización Mundial de la Salud (1992) propuso los siguientes criterios diagnósticos para la esquizofrenia:

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo, u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas de la cultura del individuo o que son completamente imposibles tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f) Interpolaciones o bloques en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor.
- h) Síntomas “negativos” tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
- i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social. (pp. 116-117)

4.1.10. Subtipos de esquizofrenia

Según American Psychiatric Association (2000, como se citó en Sue et al., 2015) la esquizofrenia puede ser clasificada de acuerdo a lo siguiente:

- Esquizofrenia paranoide (F20.0). Los síntomas característicos son: alucinaciones auditivas, delirios sistematizados, ausencia de afectividad inadecuada, ausencia de conducta y discurso inapropiado. Se identifica tanto en hombres como mujeres, desde los 30 años, pero en mujeres se puede presentar después. Suele ser más positivo en relación a otros tipos de esquizofrenia.
- Esquizofrenia desorganizada. Los síntomas son: afecto deteriorado o aplanamiento afectivo, lenguaje y conducta desorganizada. Se da más en mujeres, se presenta a mitad de la adolescencia tardía. Pronóstico poco alentador, con escasas remisiones.
- Esquizofrenia catatónica (F20.2). Se caracteriza por deterioro en el área motriz, donde se presenta: inmovilidad, hiperactividad, resistencia física, particularidad de movimientos voluntarios y ecolalia/ecopraxia. Mayor prevalencia en países que no pertenezcan al occidente. Inicia en la adolescencia hasta la segunda década de vida. Su evolución puede ser crónica, engañoso e intermitente.
- Esquizofrenia indiferenciada (F20.3). La persona presenta síntomas psicóticos destacables, pero no cumple con los criterios diagnósticos para ser parte de las otras esquizofrenias. Es común y por lo tanto se observa de manera similar en hombres y mujeres. Se da con un poco de anterioridad a los 20 años. Su pronóstico es incierto.
- Esquizofrenia residual (F20.5). El paciente experimento con anterioridad un episodio esquizofrénico, pero actualmente no presenta sintomatología psicótica. Es común en la población. Aproximadamente a los 20 años en ambos sexos. Su tiempo es limitado y presenta transiciones de un episodio a otro.

Además de lo anterior, la OMS (1992) en el CIE-10 menciona otros subtipos de esquizofrenia que se describen a continuación:

- F20.1 Esquizofrenia hebefrénica. Suele aparecer entre los 15 y 25 años de edad, se caracteriza por trastornos de la afectividad llegando a ser superficial e inapropiada (risas insustanciales, burlas, quejas, muecas, etc.). El comportamiento es irresponsable, tienden a aislarse, el pensamiento y el lenguaje presenta incoherencia y deestructuración. El pronóstico es malo por la tendencia a síntomas negativos.
- F20.4 Depresión pos-esquizofrénica. Surge luego de un trastorno esquizofrénico, es decir es un tipo de depresión donde pueden persistir síntomas psicóticos, pero no son predominantes. Así mismo, muy pocas veces son duraderos como para ser diagnosticado como episodio depresivo grave.
- F20.6 Esquizofrenia simple. Es poco común, se caracteriza por conductas extravagantes y disfuncionalidad social. No se presentan alucinaciones ni delirios, pero si hay síntomas negativos que inician sin previo episodio psicótico. Por lo tanto, se necesita un periodo de tiempo superior a un año para su diagnóstico.
- F20.8 Otras esquizofrenias. En este grupo se incluye “esquizofrenia cenestopática” y “trastorno esquizofreniforme sin especificación”.
- F20.9 Esquizofrenia sin especificación.

4.1.11. Tratamiento farmacológico

Según Sadock et al. (2012) el tratamiento farmacológico para enfermedades psicóticas puede incluir los siguientes grupos:

- a) Los antagonistas del receptor de la dopamina (ARD) o antipsicóticos típicos. Son el primer grupo farmacológico que resulto eficaz para tratar la esquizofrenia y otras enfermedades psicóticas, fueron lanzadas a principios de 1950, entre los que se enfatizan tenemos: difenilbutilpiperidinas, fenotiazinas, butirofenonas, tioxantenos, dihidroindoles y dibenzoxazepinas. Se debe tomar en cuenta que estos antipsicóticos generaban síndromes extrapiramidales, pero funciona muy bien con los síntomas positivos de la esquizofrenia, sin embargo, hay menor probabilidad de que los síntomas negativos mejoren de manera significativa porque estos medicamentos generan expresión facial constreñida y pérdida de movimiento, es decir que imitan a la sintomatología negativa.
- b) Antagonistas de serotonina y dopamina (ASD) o antipsicóticos atípicos. Son fármacos de segunda generación se diferencian de los anteriores por su menor probabilidad de

producir efectos extrapiramidales y su capacidad para mejorar los síntomas psicóticos. Entre estos tenemos: la quetiapina, la risperidona, el palmitato de paliperidona, la olanzapina, la lurasidona, la quetiapina XR, la ziprasidona, la iloperidona, el aripiprazol, la olanzapina, la asenapina, la clozapina y la paliperidona.

4.1.12. Tratamiento psicoterapéutico

Para Blanco (2019) es indispensable que el paciente siga las siguientes pautas psicológicas para su tratamiento:

- Reconocer sintomatología prodrómica. Generalmente un brote psicótico presenta unas pautas de que se generará gradualmente la enfermedad, es decir la persona tendrá síntomas ya sea unos meses, semanas o días antes, entre ellos tenemos: paranoia, dificultades de concentración, ansiedad, apatía, etc.

Por tal razón, es importante que las personas sean capaces de reconocer esta fase prodrómica para que cuando ocurra algún indicio de psicosis pueda recurrir rápidamente a un especialista para que lo trate y no avance a fases más graves.

- Concienciación de enfermedad. Las personas que padecen una enfermedad mental muchas de las veces no son conscientes de que están enfermas y por ello no piden ayuda. Por lo tanto, el psicólogo al establecer una relación terapéutica se abre paso a la psicoeducación, donde el insight del paciente tiene significativos avances para con el paso del tiempo acepte que tiene una enfermedad mental y es necesario de su cooperación para lograr una buena adhesión al tratamiento.

Así mismo, para Mayo Clinic (2021) es indispensable que se complemente el tratamiento farmacológico con intervenciones psicosociales entre las que se pueden utilizar tenemos:

- a) Terapia individual. Permite que el paciente a través de la psicoterapia normalice los patrones del pensamiento, llegando incluso a aprender a manejar el estrés e identificar síntomas de alarma.
- b) Capacitación en habilidades sociales. Se le enseña al paciente a tener mejores habilidades comunicativas, sociales y manejar actividades de su diario vivir.
- c) Terapia familiar. Se educa a la familia u otras personas significativas del paciente sobre la esquizofrenia y se les brinda apoyo terapéutico.

- d) Rehabilitación vocacional. Se prepara a las personas con diagnóstico de esquizofrenia para la vida laboral, incentivándoles a que lo busquen y lo mantengan.
- e) Hospitalización. Cuando el paciente ha llegado a empeorar su sintomatología es de vital importancia hospitalizarlo para tener la certeza de que se alimenta, duerme, se asea y no esté en peligro.

4.2. Factores sociodemográficos

4.2.1. Edad

La esquizofrenia suele aparecer comúnmente entre la adolescencia tardía y a mitad de los 30 años, es raro que se presente antes de la adolescencia. Entre más pronto inicie la enfermedad peor es el pronóstico (APA, 2014).

Un estudio de Sánchez et al. (2012) en el año 2008 y 2009 en 225 pacientes, donde 89 eran mujeres y 136 varones, que asistieron a la “Clínica Nuestra Señora de la Paz de Bogotá” y en el hospital “San Juan de Dios de Chía” se encontró que la esquizofrenia tendía a iniciar en hombres a los 24,5 años y en féminas a los 27,5 años. Así mismo, 47 pacientes presentaron síntomas antes de tener 18 años, de los cuales 37 eran varones, es decir el 78,7 % del grupo presento un inicio con anterioridad a los 18 años, por lo tanto, la relación entre sexo e inicio de enfermedad es significativa.

Otra investigación realizada por Vintimilla & Webster (2008) mostró de forma similar que hay mayor incidencia de esquizofrenia en hombres en comparación con mujeres, donde los varones presentan su primera hospitalización a más temprana edad en relación con la féminas, se encontró que los varones inician después de los 20 años y las mujeres aproximadamente a los 30 años.

Por otro lado, Häfner H et al. (1991) encontró que el 61,6% de los hombres y el 47,4% de las mujeres sufrieron de esquizofrenia antes de los 25 años, donde la presentación de los síntomas negativos y el curso del trastorno son independientes de la edad de inicio. En cambio, los síntomas positivos se explican por factores como, ansiedad infanto- juvenil, depresión en la adultez temprana y delirios paranoides en la edad adulta. Se debe destacar que a más temprana edad se presenten síntomas delirantes tiende a ser menos estables pero los delirios de persecución se tornan más frecuentes y desarrollados a mayor edad.

4.2.2. Sexo

Los primeros episodios psicóticos en varones se dan aproximadamente en la primera mitad de la veintena, y en las mujeres a finales de la veintena. En los hombres al suscitarse más pronto la sintomatología se tiende a asociar a mayor incidencia de síntomas negativos, disfuncionalidad cognitiva, peor pronóstico y pocos logros escolares (APA, 2014).

El desarrollo de la esquizofrenia se da en hombres entre los 15 y 25 años, en cambio en las mujeres se inicia a los 15 y 30 años, incluso tienen otro pico de inicio de la enfermedad que se da justo en la posmenopausia entre los 45 y 50 años. Las diferencias encontradas en el sexo según la edad de comienzo han sido replicadas en distintas culturas e incluso con otros sistemas de diagnóstico (Sartorius N, et al., 1986 como se citó en Usall, 2015).

Thorup et al. (2007) propone en su estudio que hay una incidencia mayor en los hombres en relación a las mujeres y que éstas tienen un comienzo de enfermedad un poco más tarde. De igual manera, los varones tienen peor sintomatología negativa pero menos depresiva, incluso el abuso de estupefacientes suele ser predominante en el grupo masculino.

Para correlacionar un poco más éste apartado se toma en cuenta los estudios de Häfner & An Der Heiden (1997) donde manifiesta que en promedio las féminas tienden a enfermarse con esquizofrenia de 3 a 4 años más tarde que los varones, y cuando tienen su segundo pico que es en la menopausia ésta suele ser más grave. La principal diferencia que se da entre los sexos es que en los hombres aun jóvenes se da un comportamiento negativo a nivel social.

4.2.3. Año de atención

En una investigación realizada por Peña (2021) en una población de 354 historias clínicas de pacientes atendidos en el centro hospitalario Víctor Larco Herrera durante el periodo de enero 2016 hasta agosto 2019, se tomó 118 casos de esquizofrenia y 236 controles, llegando a obtener que existía una edad promedio de personas con esquizofrenia entre los 30,9 años. En cuanto al sexo, el 55,9% eran hombres, en cambio el 63,60% de todos los casos eran individuos jóvenes entre 18 y 29 años y solo el 25,40% eran adultos de 30 y 59 años.

Moreira et al. (2020) realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Comandante Pinares en el periodo 2018, con una muestra de 79 personas con esquizofrenia y 79 que conformaban el grupo control, donde encontró que los pacientes jóvenes adultos de sexo masculino fueron los

con más predisponencia a tener un debut de episodio esquizofrénico. También, se halló que la genética funcionaba como factor determinante para que se genere el trastorno; sin embargo, fue de igual significancia los factores no genéticos como, ser soltero, eventos estresantes, disfuncionalidad familiar y personalidad premórbida.

Finamente, en una investigación de Moreira et al. (2021) en el 2019 en el Hospital Comandante Pinares, San Cristóbal, Artemisa, se tomó como población a 79 pacientes, de los cuales el 30,4% tenían una edad de 25 y 34 años y 51,9% tenían 37,4 años. Entre las principales manifestaciones se encontró conducta desorganizada con 84,8% y disgregación del pensamiento con 91,3% siendo el subtipo paranoide el más común con 59,5%.

4.2.4. Zona poblacional de residencia

El mundo cada vez es más rápido para volverse urbano, por lo que se ha convertido en un gran reto para el ámbito de la salud. De tal forma que, en el 2008 se informó que más de la mitad de la población humana se trasladó a las ciudades y se prevé que estas cifras irán en aumento en un 70% para el 2050. A su vez, esto produce grandes impactos debido al aumento de pobreza, que se da por la falta de planificación, escasez de trabajo, vivienda, protección, entre otros (OMS, 2011).

Las tasas de enfermedades mentales varían en cada país, pero se ha identificado que son más elevadas en zonas urbanas en relación a las zonas rurales, llegándose a encontrar distintos trastornos mentales como, psicosis, sociopatía, alcoholismo, delincuencia, deestructuración familiar, depresión, abuso de sustancias y aislamiento. También se ha concluido que la incidencia de enfermedades mentales en las ciudades se debe a relaciones comunitarias deficientes y aislamiento social; altas cargas de estrés por el trabajo, las relaciones interpersonales, vivienda e inseguridad (Aguirre et al., 2012).

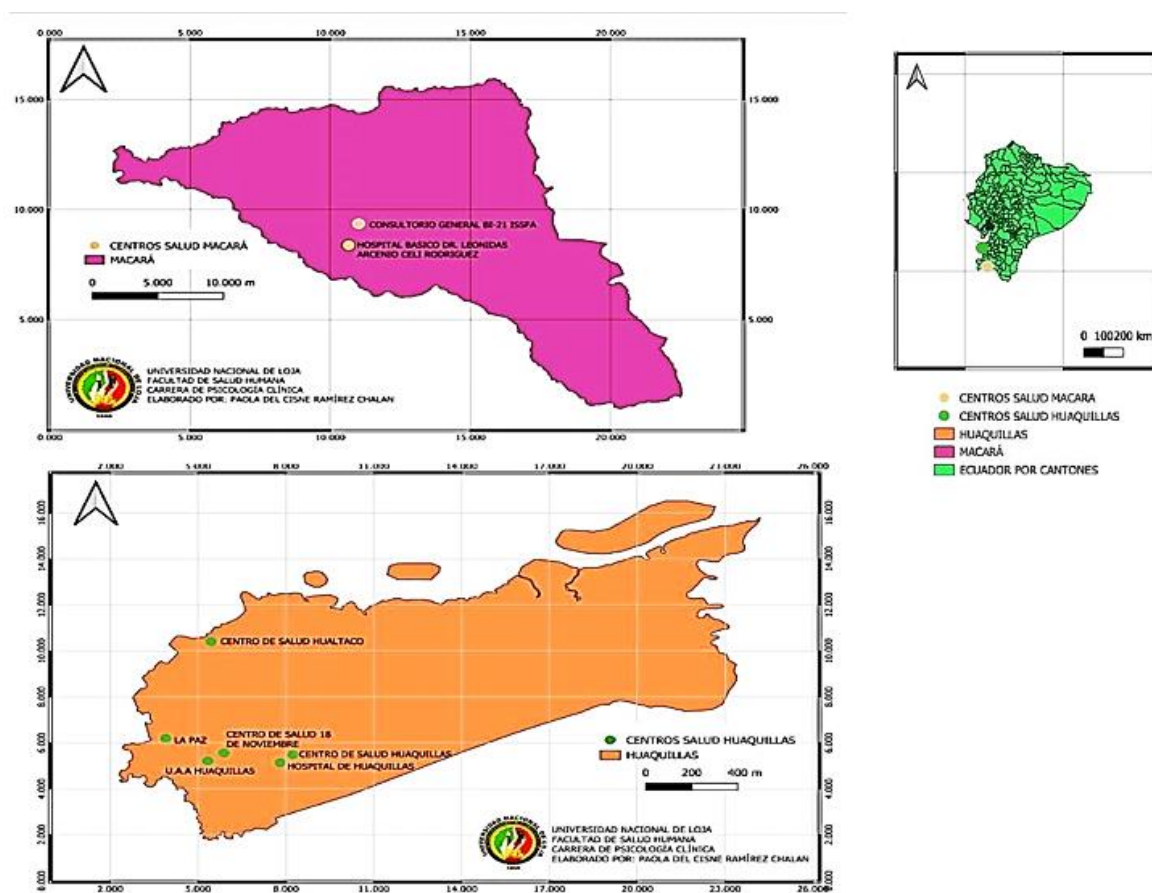
5. Metodología

5.1. Área de Estudio.

Esta investigación se realizó en el cantón Huaquillas correspondiente a la provincia del Oro y a su vez en el cantón Macará que pertenece a la provincia de Loja, mediante la utilización de la base de datos Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) y Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) de los Centros de Salud y Hospitales de estas zonas específicamente del área de psicología y psiquiatría de los periodos 2018-2021.

Figura 1

Mapa de ubicación del cantón Huaquillas y cantón Macará



Las casas de salud dentro del cantón de Macará son:

- Hospital Básico de Macará
- Centro de Salud Tipo A “Fronteras Saludables”
- Unidad Anidada Macará

Las casas de Salud dentro del cantón de Huaquillas son:

- IESS – Centro de Salud B – Huaquillas
- Centro de Salud “La Paz”
- Centro de Salud Tipo A “18 de noviembre”
- Hospital Básico de Huaquillas

5.2. Tipo de Estudio

El enfoque de esta investigación es cuantitativo porque permitió recolectar, filtrar y tabular datos para obtener los respectivos resultados estadísticos; así como su análisis e interpretación de acuerdo a las categorías de estudio. Además, se examinó la información mediante instrumentos estadísticos y matemáticos con la finalidad de cuantificar los datos de la problemática a estudiar.

El diseño del presente estudio es de tipo no experimental, debido a que se observó las variables de estudio sin alterar o modificar el objeto de la investigación y posteriormente se realizó un análisis. Es de corte transversal, porque se determinó la prevalencia del problema en el periodo de estudio lo cual permitió formular una propuesta psicoeducativa. Así mismo, cuenta con un diseño descriptivo y correlacional, es decir descriptivo porque describió y explicó las variables de estudio y correlacional debido a que brindó información acerca de los factores sociodemográficos que se vinculan o relacionan a la esquizofrenia mediante pruebas de coeficiente de correlación.

5.3. Población y Muestra

5.3.1. Población

La población que se consideró en este estudio fue pacientes entre las edades comprendidas de 0 a 100 años de edad que han sido diagnosticados con esquizofrenia en los Centros de Salud y Hospitales de los cantones Huaquillas y Macará en el periodo 2018-2021.

La población quedó conformada por 350 personas residentes al cantón Huaquillas y 214 personas correspondiente al cantón Macará, dando un total de la muestra de 564 personas que han recibido un diagnóstico definitivo de esquizofrenia o subtipos en las diversas casas de salud en los cantones antes mencionados en los años 2018, 2019, 2020 y 2021.

5.3.2. Muestra

La muestra quedó conformada por 564 personas, mediante la técnica de muestreo no probabilístico y por conveniencia, por lo que se basó en los criterios de inclusión y exclusión.

5.4. Criterios de Inclusión y Criterios de Exclusión

5.4.1. Criterios de inclusión

Los individuos que se tomaron en cuenta en este estudio son:

- Pacientes con diagnóstico definitivo de esquizofrenia y sus respectivos subtipos, de ambos sexos que han sido atendidos en los centros de salud, subcentros de salud y hospitales de Huaquillas y Macará en el área de psicología y psiquiatría.
- Pacientes que han asistido a consulta externa o ambulatoria en cualquier centro de salud de Macará y Huaquillas.

5.4.2. Criterios de Exclusión

Los individuos que se excluyeron en este estudio son:

- Pacientes con información incompleta en la base de datos: Plataforma de Registro de Atención en Salud- PRAS y Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias- RDACAA (sexo, edad, año de atención o zona poblacional de residencia).
- Pacientes con diagnóstico definitivo de otros trastornos mentales y del comportamiento.

5.5. Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos

El presente estudio se llevó a cabo con la utilización de la base de datos Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) y Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) donde se realizó un filtro de información, luego se analizó los fundamentos más relevantes para la investigación, y de esta forma se tabuló los resultados en el programa de Excel para finalmente obtener una evaluación estadística mediante el programa IBM SPSS Statistics, versión 22, mediante la fórmula de Tau-c de Kendall.

5.6. Instrumentos de Recolección de Datos

Se debe recalcar que en este estudio no se utilizó instrumentos de recolección de datos debido a que se hizo uso de la base de datos proporcionada por el Ministerio de Salud Pública, Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) y Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) a través del proyecto Prosalud Frontera Sur, donde existió un convenio de confidencialidad en el manejo de atenciones médicas, siendo prioridad el anonimato de los pacientes; por lo tanto, no se aplicó reactivos psicológicos y consentimiento informado.

5.7. Procedimiento

Una vez obtenida las bases de datos, Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) y Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) se procedió a filtrar los datos tomando en cuenta las variables independientes y dependientes de esta investigación y así se trasladó al programa IBM SPSS Statistics, versión 22; donde se desarrolló un análisis estadístico en base a los resultados obtenidos para así dar respuesta a la pregunta de investigación y llegar a los resultados finales.

Es importante, mencionar que el proceso para cada objetivo fue llevado de la siguiente manera:

Para el primer objetivo: “Identificar los factores asociados a la presencia de esquizofrenia y subtipos derivados, en los cantones Huaquillas y Macará durante el periodo 2018-2021”, se utilizó la base de atenciones médicas de Macará y Huaquillas proporcionada por el proyecto Prosalud Frontera Sur y el MSP; donde los datos fueron analizados por el programa IBM SPSS Statistics, versión 22, mediante el análisis de tablas o distribución de frecuencias.

En el cumplimiento del segundo objetivo: “Establecer la relación entre los factores identificados con la presencia de los tipos y subtipos de esquizofrenia en el contexto del proyecto”, se usó del programa IBM SPSS Statistics, versión 22, por medio del uso estadístico de la fórmula de Tau-c de Kendall para determinar la correlación entre variables.

En lo que refiere al tercer objetivo: “Desarrollar una propuesta psicoeducativa en habilidades de autocuidado y relaciones interpersonales para personas con esquizofrenia y su entorno familiar”, se planteó un: “Plan Psicoeducativo en Habilidades de Autocuidado y Relaciones

Interpersonales para Personas con Esquizofrenia y su Entorno Familiar: Cuido mi Salud Mental y Mejoro mi Relación con los Demás”.

Finalmente, para dar respuesta al objetivo general: “Contribuir al conocimiento de los factores sociodemográficos asociados a la presencia de esquizofrenia y subtipos, en las poblaciones de los cantones fronterizos de Macará y Huaquillas durante el periodo 2018-2021” se procedió a realizar un análisis general explicando la importancia de los resultados obtenidos para los posteriores procesos investigativos tanto epidemiológicos, etiológicos y de tratamiento en los cantones de Macará y Huaquillas.

5.8. Equipos y Materiales

Computadora portátil, teléfono móvil, base de datos, internet, impresiones, USB, esferos y lápices.

5.9 Análisis estadístico

Mediante el análisis de la base de datos Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) y Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) se obtuvieron datos que posteriormente fueron filtrados tomando en cuenta las variables de: edad, sexo, zona poblacional de residencia y año de atención, de tal forma que se consiguió una población total de 564 individuos con un diagnóstico definitivo de esquizofrenia y sus respectivos subtipos según el CIE-10, en los cantones de Macará y Huaquillas.

Para la filtración de los datos se empleó el programa de Excel y luego se hizo la respectiva instalación del programa IBM SPSS Statistics, versión 22, donde se procedió a utilizar metodología estadística para encontrar prevalencias y correlaciones (correlación de Tau-c de Kendall) entre la variable dependiente: Trastorno esquizofrénico F20 (subtipos: F20.0 Esquizofrenia paranoide, F20.1 Esquizofrenia hebefrénica, F20.2 Esquizofrenia catatónica, F20.3 Esquizofrenia indiferenciada, F20.4 Depresión pos-esquizofrénica, F20.5 Esquizofrenia residual, F20.6 Esquizofrenia simple, F20.8 Otras esquizofrenias, F20.9 Esquizofrenia sin especificación) y variables independientes: edad, sexo, zona poblacional de residencia y año de atención.

Es importante destacar que para la categoría de edad se hizo uso de las siguientes etapas del ciclo de vida: 0- 5 años se considera primera infancia, 6- 11 años es infancia, 12-18 años sería

adolescencia, 19- 26 años corresponde a juventud, 27-59 años es adultez y 60 años o más es adulto mayor (Minsalud, 2022).

6. Resultados

Para dar respuesta al primer objetivo específico: “Identificar los factores asociados a la presencia de esquizofrenia, en los cantones Huaquillas y Macará, durante el periodo 2018-2021”, se obtuvieron los resultados que se presentan a continuación:

Tabla 1. Prevalencia de Esquizofrenia de acuerdo a los factores sociodemográficos evidenciados en los cantones de Macará y Huaquillas

VARIABLE	f	%
EDAD		
6-11 años	2	0,4
12-18 años	20	3,5
19-26 años	93	16,5
27-59 años	402	71,3
60 o más años	47	8,3
Total	564	100
SEXO		
Hombre	294	52,1
Mujer	270	47,9
Total	564	100
AÑOS DE ATENCIÓN		
2018	131	23,2
2019	131	23,2
2020	123	21,8
2021	179	31,7
Total	564	100
ZONA DE RESIDENCIA		
Urbano	559	99,1
Rural	5	0,9
Total	564	100

Fuente: PRAS y RDACAA

Elaborado por: Paola Ramírez

Análisis. El trastorno esquizofrénico en los cantones fronterizos de Macará y Huaquillas, presenta mayor prevalencia en los siguientes factores sociodemográficos: en cuanto a los grupos de edad, se encontró que existe mayor proporción en los individuos entre 27 a 59 años con el 71,30% de los casos; en cuanto a la variable sexo, se encontró que los hombres representan el 52,10% en comparación con las mujeres con el 47,90%; en referencia al año de atención, se evidencia mayor número de casos en el año 2021 con el 31,70%, de acuerdo a la zona y/o área poblacional de residencia, la mayor proporción de casos se corresponde a la zona urbana, con el 99,10%.

Para dar respuesta al segundo objetivo específico: “establecer la relación entre los factores identificados con la presencia de los subtipos de esquizofrenia en el contexto del proyecto”, se aplicaron tablas de contingencia y la aplicación de la prueba de correlación Tau C de Kendall para variables con categorías no empatadas, los resultados de presentan en las tablas siguientes:

Tabla 2. Relación entre Esquizofrenia y subtipos con el año de atención en pacientes atendidos en los cantones de Macará y Huaquillas

TIPO DE ESQUIZOFRENIA	AÑO DE ATENCIÓN				TOTAL
	2018	2019	2020	2021	
F20.0 E. paranoide	67	67	67	118	319
F20.2 E. catatónica	0	0	0	0	0
F20.3 E. indiferenciada	2	4	3	6	15
F20.5 E. residual	0	0	3	0	3
F20.1 E. hebefrénica	20	7	3	2	32
F20.4 Depresión pos- esquizofrénica	0	2	2	0	4
F20.6 E. simple	4	2	8	2	16
F20.8 Otras E.	0	1	3	5	9
F20.9 E. sin especificación	38	48	34	46	166
TOTAL	131	131	123	179	564

Fuente: PRAS y RDACAA

Elaborado por: Paola Ramírez

Tabla 3. Correlación de coeficiente Tau-c de Kendall entre Esquizofrenia y subtipos con el año de atención

		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-0,075	0,032	-2,359	0,018
N de casos válidos		564			

Fuente: PRAS y RDACAA

Elaborado por: Paola Ramírez

Análisis. La tabla 4 detalla la correlación que existe entre esquizofrenia y el año de atención en el cantón Macará y cantón Huaquillas esto se lo determina mediante el cálculo del coeficiente de Tau-c de Kendall (-0,075) con un $p = 0,018339 < 0,05$, donde se corrobora que existe relación entre las variables.

Tabla 4. Relación entre trastorno esquizofrénico y subtipos con la edad de pacientes atendidos en los cantones de Macará y Huaquillas

TIPO DE ESQUIZOFRENIA	EDAD						TOTAL
	0-5 años	6-11 años	12-18 años	19-26 años	27-59 años	60 o más años	
F20.0 E. paranoide	0	2	12	70	214	21	319
F20.2 E. catatónica	0	0	0	0	0	0	0
F20.3 E. indiferenciada	0	0	0	1	13	1	15
F20.5 E. residual	0	0	0	0	3	0	3
F20.1 E. hebefrénica	0	0	3	3	25	1	32
F20.4 Depresión pos-esquizofrénica	0	0	0	0	4	0	4
F20.6 Esquizofrenia simple	0	0	0	0	16	0	16
F20.8 Otras esquizofrenias	0	0	0	3	5	1	9
F20.9 E. sin especificación	0	0	5	16	122	23	166
TOTAL	0	2	20	93	402	47	564

Fuente: PRAS y RDACAA

Elaborado por: Paola Ramírez

Tabla 5. Correlación de coeficiente Tau-c de Kendall entre Esquizofrenia y subtipos con edad

		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	0,104	0,025	4,193	0,000
N de casos válidos		564			

Fuente: PRAS y RDACAA

Elaborado por: Paola Ramírez

Análisis. En la tabla 6 se correlaciono las variables tipo de Esquizofrenia y edad en el cantón Macará y cantón Huaquillas a través de la aplicación del coeficiente de Tau-c de Kendall (0,104) con un $p= 0,000028 < 0.05$, que demuestra que existe relación entre las variables de estudio.

Tabla 6. Relación de trastorno esquizofrénico y subtipos con sexo en pacientes atendidos en los cantones de Macará y Huaquillas

TIPO DE ESQUIZOFRENIA	SEXO		
	Hombre	Mujer	TOTAL
F20.0 E. paranoide	178	141	319
F20.2 E. catatónica	0	0	0
F20.3 E. indiferenciada	7	8	15
F20.5 E. residual	2	1	3
F20.1 E. hebefrénica	16	16	32
F20.4 Depresión pos-esquizofrénica	0	4	4
F20.6 E. simple	5	11	16
F20.8 Otras E.	1	8	9
F20.9 E. sin especificación	85	81	166
TOTAL	294	270	564

Fuente: PRAS y RDACAA

Elaborado por: Paola Ramírez

Tabla 7. Correlación de coeficiente Tau-c de Kendall entre Esquizofrenia y subtipos con sexo

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal Tau-c de Kendall	0,069	0,043	1,588	0,112
N de casos válidos	564			

Fuente: PRAS y RDACAA

Elaborado por: Paola Ramírez

Análisis. Para medir la relación de trastorno esquizofrénico y sexo en pacientes atendidos en los cantones de Macará y Huaquillas, se realizó la correlación de Tau-c de Kendall, calculando un valor de 0.069 ($p = 0,112347 > 0,05$), de tal forma que, no existe relación entre las variables.

Tabla 8. Relación entre trastorno esquizofrénico y subtipos con zona poblacional de residencia en pacientes atendidos en los cantones de Macará y Huaquillas

TIPO DE ESQUIZOFRENIA	ZONA POBLACIONAL-RESIDENCIA		
	Urbano	Rural	TOTAL
F20.0 E. paranoide	319	0	319
F20.2 E. catatónica	0	0	0
F20.3 E. indiferenciada	15	0	15
F20.5 E. residual	3	0	3
F20.1 E. hebefrénica	32	0	32
F20.4 Depresión pos- esquizofrénica	4	0	4
F20.6 E. simple	12	4	16
F20.8 Otras E.	9	0	9
F20.9 E. sin especificación	165	1	166
TOTAL	559	5	564

Fuente: PRAS y RDACAA

Elaborado por: Paola Ramírez

Tabla 9. Correlación de coeficiente Tau-c de Kendall entre Esquizofrenia y subtipos con zona poblacional de residencia

		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	0,015	0,007	2,118	0,034
N de casos válidos		564			

Fuente: PRAS y RDACAA

Elaborado por: Paola Ramírez

Análisis. En la tabla 10 se correlaciona tipo de esquizofrenia y zona poblacional de residencia por lo que mediante el cálculo del coeficiente de Tau-c de Kendall (0,015) con una aproximación significativa de $p = 0,034169 < 0,05$, por lo, se establecer que existe relación estadística significativa entre variables.

Los resultados obtenidos en este segundo objetivo, corroboran lo planteado en el propósito de esta investigación, pues, al establecer la relación establecida entre las variables sociodemográficas y la esquizofrenia, exceptuando la no relación con la variable sexo, se está asociando esta patología con los factores que se pueden considerar de riesgo, con lo cual se podrá desarrollar iniciativas para el control y/o tratamientos correspondientes.

Los resultados de los objetivos 1 y 2 permiten la formulación de un plan psicoeducativo que pretende potenciar las habilidades de autocuidado y relaciones interpersonales para las personas con esquizofrenia, especialmente en su entorno familiar; así mismo, los resultados

alcanzados en base a la metodología aplicada, orientan y/o contribuyen al conocimiento y propuestas de atención de prevención y respuesta a esta problemática.

Para dar respuesta al tercer objetivo “Desarrollar una propuesta psicoeducativa en habilidades de autocuidado y relaciones interpersonales para personas con esquizofrenia y su entorno familiar”, tenemos lo siguiente:

Título: Plan Psicoeducativo en Habilidades de Autocuidado y Relaciones Interpersonales para Personas con Esquizofrenia y su Entorno Familiar, “Cuido mi Salud Mental y Mejoro mi Relación con los Demás”.

Introducción

La esquizofrenia a nivel global afecta directamente a 24 millones de individuos, es decir al 0.32% de la población, especialmente a personas adultas, teniendo un inicio al culminar la adolescencia o en un rango de edad entre los 20 y 30 años de edad. Es destacable que, en esta enfermedad mental, quienes la padecen suelen tener elevados niveles de ansiedad debido a la disfuncionalidad que les produce en su vida familiar, social, laboral, escolar y otras esferas sociales (OMS, 2022).

Por tal razón, es de crucial importancia que se aborde este trastorno mental mediante un programa psicoeducativo que permita tanto al enfermo como la familia tener una mejor calidad de vida mediante estrategias psicoterapéuticas que instruyan a cómo manejar diferentes situaciones estresantes, aprender a autocuidarse y abordar autonomía, autoestima, como así mismo enseñar habilidades sociales y de autocuidado.

Es decir, brindar los recursos necesarios para que los pacientes tengan la oportunidad de incorporarse a la sociedad de forma adaptativa y productiva, pues muchas de las veces las personas que padecen de esquizofrenia suelen ser excluidas o rechazadas incluso por la propia familia, optando ante la situación de angustia por el internamiento de por vida en instituciones mentales. Por otro lado, la esquizofrenia aún está llena de prejuicios sociales que afecta directamente a la familia, llenándole de inseguridades y estigmas, por tal razón es necesario educar y brindar el apoyo terapéutico a las personas cercanas al paciente para otorgar herramientas que le permitan aceptar y desestigmatizar a esta enfermedad mental.

El presente programa psicoeducativo está enfocado en educar específicamente en habilidades de autocuidado y habilidades sociales al paciente y su familia, está diseñado para realizarse grupalmente, se encuentra conformado por 8 sesiones, distribuidas de la siguiente

manera: la primera sesión aborda actividades de presentación que permitirán establecer un primer acercamiento al grupo y entablar una relación terapéutica; la segunda y tercera sesión están conformadas por un taller psicoeducativo en habilidades de autocuidado que a su vez tratará técnicas de respiración y relajación; desde la cuarta sesión hasta la séptima sesión se profundizará en habilidades sociales (primeras habilidades sociales, habilidades sociales avanzadas, habilidades relacionadas con los sentimientos, habilidades alternativas a la agresión y habilidades para hacer frente al estrés). Finalmente, en la última sesión se hará una evaluación general a los participantes para establecer el nivel de receptividad y aprendizaje mediante un psicodrama.

Los talleres están programados para ser ejecutados en un periodo entre 40 minutos a 50 minutos, de igual manera se ha establecido para que sean dinámicos y moldeable a las necesidades de los participantes y del encargado de la aplicación del plan psicoeducativo.

Objetivos

General

- Enseñar habilidades de autocuidado y relaciones interpersonales a pacientes con esquizofrenia y sus familiares mediante talleres informativos con la finalidad de mejorar la calidad de vida.

Específicos

- Informar al paciente y su familia sobre habilidades de autocuidado que les brinden mayor autonomía y a su vez les ayuden a disminuir factores estresantes.
- Fomentar en el paciente y su familia habilidades sociales que les permitan desenvolverse en su entorno de forma adaptativa.

Metodología

Tabla 10. Desarrollo de actividades

Actividad	Temáticas abordadas	Objetivos	Materiales	Técnicas	Desarrollo	Responsable
Sesión 1						
Taller psicoeducativo	Presentación	Establecer una relación terapéutica basada en la empatía con los participantes con el fin de lograr una buena receptividad.	Salón, sillas, una mesa, una mancha de lana, hojas de papel bon y parlante.	Psico-educación	<p>1. Dinámicas de Presentación Según SEDUPAZ-APDH (1995) se puede utilizar como dinámicas de presentación las siguientes actividades “la madeja de lana” y el “cofre”.</p> <p>2. Diálogo Se promueve un diálogo para conocer las inquietudes de los participantes e intentar entablar una relación grupal - terapéutica armoniosa.</p> <p>3. Bailo- terapia</p>	Psicólogo clínico(a)
Duración. 40 minutos						
Modalidad. Grupal						
Sesión 2						
Taller psicoeducativo	Habilidades de autocuidado	Educar en habilidades de autocuidado a pacientes esquizofrénicos y sus familias, mediante información científica que aporte a mejorar la salud y la calidad de vida de los participantes.	Salón, sillas, mesa, proyector, computador portátil, marcadores borrables, pizarra	Psico-educación	<p>1. Habilidades de Autocuidado - Hábitos Saludables. Para Cuaderno de valores (2018) se debe tomar en cuenta los siguientes hábitos saludables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desayunos saludables. • Compartir los alimentos en familia, es una manera de fortalecer el apego familiar. • Evitar la televisión y otros aparatos tecnológicos. especialmente durante las comidas, debido a que no se presta atención a lo que se consume, ni en calidad ni en cantidad. • Beber agua todos los días mínimo 8 vasos de agua/ día. • Realizar actividad física diariamente. 	Psicólogo clínico(a)
Duración. 40 minutos						
Modalidad. Grupal						

-
- Evitar el sedentarismo.
 - Comer despacio y masticar adecuadamente los alimentos es parte de una buena digestión.
 - Evitar exceso de alimentos fritos o grasosos.

- **Habilidades de Higiene Personal.** Según Healthline (2018) se puede tomar en cuenta las siguientes consideraciones para tener una buena higiene personal:

- Higiene en el baño, es necesario lavarse las manos después de utilizar el inodoro. En caso de que no se cuente en ese momento con agua o jabón, puede ser muy útil un desinfectante que contenga al menos 60% de alcohol.
 - Higiene en la ducha, es recomendable bañarse al menos cada 2 días, debido a que el jabón permite desechar células muertas de la piel, así mismo bacterias y aceites.
 - Higiene de las uñas: recortar, cepillar o limpiar con paños las uñas de forma regular ayuda a eliminar la acumulación de gérmenes y suciedad.
 - Higiene de los dientes: mantener los dientes y encías limpias es una buena forma de prevenir enfermedades de la zona bucal.
 - Higiene durante una enfermedad: en caso de estar enfermo, se debe tomar algunas medidas como cubrirse la boca y nariz al estornudar, asear los objetos o superficies compartidos.
 - Higiene de las manos: las manos son
-

una vía rápida para los gérmenes, ya que se tiene contacto con la boca, oídos, ojos, nariz, de tal manera que se debe lavar las manos en los siguientes casos: antes de ingerir alimentos, si se toca basura, cuando se acaricia o toca un animal, al manipular alimentos, al estornudar y al limpiar un corte o herida.

- **Organización del Tiempo.** Se puede hacer uso de las técnicas que plantea Euroinnova (2022):

- **Matriz de Eisenhower.** Esta técnica ayuda a evaluar las actividades que necesitan ser atendidas con mayor urgencia y a partir de ahí generar un esquema organizativo. Se divide de la siguiente forma:

1. Tareas importantes y urgentes: son las tareas que requieren mayor atención por lo que se debe hacer inmediatamente.

2. Tareas importantes, pero no urgentes: son las tareas que se establecen a largo plazo, no hay una fecha establecida.

3. Tareas no importantes pero urgentes: son actividades que se pueden delegar a otras personas o llevar a cabo después de culminar las tareas urgentes.

4. Tareas no importantes y no urgentes: se pueden desechar de forma temporal hasta que se realice las actividades prioritarias.

Sesión 3

Taller psicoeducativo	Habilidades de	Contribuir en el aprendizaje	Salón, sillas, mesa,	Técnicas de relajación	1. Técnicas de Relajación “Visualización” En este caso se plantea el trabajo de	Psicólogo clínico(a)
-----------------------	----------------	------------------------------	----------------------	------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

<p>Duración. 40 minutos Modalidad. Grupal</p>	<p>40</p>	<p>autocuidado</p>	<p>de técnicas que permitan a los participantes usarlas en caso de desequilibrio bio-psicosocial.</p>	<p>proyector, computador portátil, marcadores borrables, pizarra.</p>	<p>Técnicas de respiración</p>	<p>Baldomir (2021) donde hace mención de la técnica “visualización” con el siguiente ejercicio: - Liberación de Pensamientos. El terapeuta solicita al participante que cierre los ojos, después le dice << imagina que te encuentras sentado en la orilla del río observando cómo un tronco flota y desciende muy lentamente guiado por la corriente. Ahora imagina por 6 a 10 segundos que un pensamiento tuyo, una percepción o una sensación, se encuentran viajando sobre el tronco y luego deja que ambos desaparezcan de tu vista. Vuelve a observar el río y espera pacientemente que resurja un nuevo tronco que llevará sobre él un nuevo pensamiento>>. 2. Técnicas de Respiración: “Técnica de Respiración Profunda” Según lo que plantea MediSur (2005) se puede usar la técnica de respiración profunda como lo explica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se solicita al participante, acostarse en el suelo sobre una manta o alfombra. • Se pide que doble las rodillas y las piernas se separan unos 20 centímetros, algo importante es que la columna vertebral debe estar recta. • Se indica que explore su cuerpo en busca de tensión muscular. • Posteriormente, debe colocar una mano sobre el abdomen y la otra a nivel del tórax; se muestra que tiene que tomar aire, de forma lenta y profunda por la nariz hasta hacer llegar el aire al
-------------------------------------------------------------------------	-----------	--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

abdomen que produce que se levante la mano que ha colocado sobre él.

- Una vez que se ha hecho lo anterior, se requiere que la persona realice una sonrisa, luego vuelva a inhalar aire por la nariz y lo expulse por la boca intentando hacer un sonido suave como si fuera viento ligero.
- Continuar con el proceso por 5 o 10 minutos o a su vez realizar dos veces durante el día, al final de cada sesión se vuelve a revisar los puntos de tensión para comparar al cabo del ejercicio y cuando se comenzó a realizarlo.
- Una vez adaptado a la técnica, lo podrá realizar en posición de sentado o de pie y en cualquier momento que se sienta tensión o estrés.

Sesión 4

Taller psicoeducativo	Relaciones interpersonal es	Enseñar adecuado manejo de relaciones sociales básicas y avanzadas a pacientes esquizofrénicos y sus familias, mediante estrategias terapéuticas que permitan a	un	Salón, sillas, mesa, proyector, computador portátil, marcadores borrables, pizarra	Psicoeducación en habilidades sociales	Según García-Moya Sánchez (2021) se puede trabajar en las siguientes habilidades sociales: Grupo 1: Primeras Habilidades Sociales	Psicólogo clínico(a)
Duración.	40 minutos					<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar. • Iniciar una conversación. • Mantener una conversación. • Formular una pregunta. • Dar las gracias. • Presentarse. • Presentar a otras personas. • Hacer un cumplido. 	
Modalidad.	Grupal					Grupo 2: Habilidades Sociales Avanzadas <ul style="list-style-type: none"> • Pedir ayuda. • Dar instrucciones. 	

		los participantes adaptarse a las circunstancias sociales.			<ul style="list-style-type: none"> • Seguir instrucciones. • Disculparse. • Convencer a los demás. • Dar tu opinión sobre lo que piensas al respecto. 	
Sesión 5						
Taller psicoeducativo	Relaciones interpersonal es	Exponer habilidades relacionadas con los sentimientos en pacientes esquizofrénicos y sus familias con el propósito de que se inculque una guía adecuada para las emociones sociales.	Salón, sillas, mesa, proyector, computador portátil, marcadores borrables, pizarra	Psicoeducación en habilidades sociales	Para García-Moya Sánchez (2021) se debe hacer énfasis en: Grupo 3: Habilidades relacionadas con los Sentimientos	Psicólogo clínico(a)
Duración.	40 minutos				<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los propios sentimientos. • Expresar los sentimientos. • Comprender los sentimientos de los demás. • Enfrentarse con el enfado del otro. • Expresar afecto. • Resolver el miedo. • Auto-recompensarse 	
Modalidad.	Grupal					
Sesión 6						
Taller psicoeducativo	Relaciones interpersonal es	Fomentar habilidades alternativas a la agresión en pacientes esquizofrénicos y sus familias para de esta forma lograr cultivar recursos o	Salón, sillas, mesa, proyector, computador portátil, marcadores borrables, pizarra	Psicoeducación en habilidades sociales	Se enfocará la psicoeducación según las postulaciones de García-Moya Sánchez (2021): Grupo 4: Habilidades Alternativas a la Agresión	Psicólogo clínico(a)
Duración.	40 minutos				<ul style="list-style-type: none"> • Quererse. • Compartir algo. • Ayudar a los demás. • Negociar. • Emplear el autocontrol. • Defender los propios derechos. 	
Modalidad.	Grupal					

			estrategias de afrontamiento eficaces.			
Sesión 7						
Taller psicoeducativo	Relaciones interpersonal es	Orientar en habilidades para hacer frente al estrés en pacientes esquizofrénicos y sus familias, con el fin de reducir factores estresantes y crear espacios adaptativos.	Salón, sillas, mesa, proyector, computador portátil, marcadores borrables, pizarra	Psicoeducación en habilidades sociales	La psicoeducación se centrará en la investigación de García-Moya Sánchez (2021) que abarca lo siguiente: Grupo 5: Habilidades para Hacer Frente al Estrés	Psicólogo clínico(a)
Duración.	40 minutos					
Modalidad.	Grupal				<ul style="list-style-type: none"> • Formular una queja • Responder a una queja • Demostrar deportividad después de un juego. • Resolver la vergüenza. • Arreglárselas cuando le dejan a uno de lado. • Responder al fracaso. • Prepararse para una conversación difícil. • Hacer frente a las presiones del grupo 	
Sesión 8						
Taller psicoeducativo	Evaluación	Evaluar la adquisición de conocimientos por medio de actividades lúdicas para comprobar la eficacia del plan psico-educativo.	Salón, sillas, mesa, proyector, computador portátil, marcadores borrables, pizarra	Psicodrama	Se puede hacer uso de la técnica “intercambio de papeles” que hace referencia a lo siguiente: El participante debe plantear una situación específica que le haya producido conflicto o alguna emoción fuerte, entonces el protagonista tiene que hacer el papel de la otra persona con la que tuvo el problema. Esto permitirá ver los acontecimientos desde otra perspectiva y producir otro tipo de emociones (Mercader, 2013, como se citó en la mente es maravillosa, 2022).	Psicólogo clínico(a)
Duración.	40 minutos					
Modalidad.	Grupal					

Para dar cumplimiento al objetivo general que dice: Contribuir al conocimiento de los factores sociodemográficos asociados a la presencia de esquizofrenia y subtipos, en las poblaciones de los cantones fronterizos de Macará y Huaquillas durante el periodo 2018-2021 tenemos el siguiente análisis:

Tabla 11. Prevalencia de Esquizofrenia y subtipos de acuerdo a los factores sociodemográficos evidenciados en los cantones de Macará y Huaquillas

<i>Variable</i>			<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>		<i>Año De Atención</i>		<i>Zona P. Residencia</i>		
<i>Subtipos</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>		
F20.0 E.paroide	319	56,6	6-11 años	2	Hombre	178	2018	67	Urbano	319
			12-18 años	12			2019	67		
			19-26 años	70	Mujer	141	2020	67	Rural	0
			27-59 años	214			2021	118		
			60 o más	21						
F20.2 E.catatónica	0	0	0	0		0		0		
F20.3 E.indiferenciada	15	2,7	19-26 años	1	Hombre	7	2018	2	Urbano	15
			27-59 años	13	Mujer	8	2019	4	Rural	0
			60 o más	1			2020	3		
							2021	6		
F20.5 E.residual	3	0,5	27-59 años	3	Hombre	2	2018	0	Urbano	3
					Mujer	1	2019	0	Rural	0
							2020	3		
							2021	0		
F20.1 E. hebefrénica	32	5,7	12-18 años	3	Hombre	16	2018	20	Urbano	32
			19-26 años	3			2019	7		
			27-59 años	25	Mujer	16	2020	3	Rural	0
			60	1			2021	2		
F20.4 Depresión pos-E	4	0,7	27-59 años	4	Mujer	4	2018	0	Urbano	4
							2019	2		
							2020	2	Rural	0
							2021	0		
F20.6 E. simple	16	2,8	27-59 años	16	Hombre	5	2018	4	Urbano	12
					Mujer	11	2019	2	Rural	4
							2020	8		
							2021	2		
F20.8 Otras E.	9	1,6	19-26 años	3	Hombre	1	2018	0	Urbano	9
			27-59 años	5			2019	1		
			60 o más	1	Mujer	8	2020	3	Rural	0
							2021	5		
F20.9 E. Sin especificación	166	29,4	12-18 años	5	Hombre	85	2018	38	Urbano	165
			19-26 años	16			2019	48		
			27-59 años	122	Mujer	81	2020	34	Rural	1
			60 o más	23			2021	46		
TOTAL	564	100								

Fuente: PRAS y RDACAA

Elaborado por: Paola Ramírez

Análisis. En los cantones de Macará y Huaquillas se han observado los siguientes resultados en cuanto a los subtipos de esquizofrenia: F20.0 Esquizofrenia paranoide, representa el subtipo más prevalente con un 56,6%, se da en edades entre 27-59 años con el 37,9%, además se observa que en cuanto al sexo se da en hombres en un 31,6% y en mujeres en un 25,0% así mismo, el año 2021 se destacó por más casos de esquizofrenia con el 20,9%. Por último, la esquizofrenia paranoide se dio en su totalidad en la zona urbana.

En cuanto a la Esquizofrenia sin especificación (F20.9), tenemos que dentro del cantón Macará y Huaquillas se presenta en el 29,4%, en edades comprendidas entre 27-59 años con el 21,6% en lo que refiere al sexo se da en hombres en un 15,1% y en mujeres con el 14,4%; de acuerdo al año de atención se presentaron más casos en el año 2019 con el 8,5%. En cuanto a la zona de población residencial se presentó la mayor cantidad de casos en el sector urbano con el 29,3% de los casos y en el sector rural con el 0,2%.

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica, se manifestó con una prevalencia del 5,7% de los casos atendidos, se presenta en edades entre 27-59 años con el 4,4% prevaleciendo en mujeres en un 2,8% y en hombres igualmente en un 2,8%, en cuanto al año de atención se observó mayores casos en el año 2018 con el 3,5%. Así mismo, se presenta en su totalidad en el sector urbano con el 5,7%.

En cuanto a la Esquizofrenia simple (F20.6), se da en el 2,8% de los casos atendidos, se manifiesta en su totalidad en edades entre 27-59 años con el 2,8% siendo más prevalente en mujeres con el 2,0%, en cambio en hombres se mostró en un 0,9%; en lo que refiere al año de atención se presentó que en el año 2020 hubo la mayoría de casos con el 1,4%. En lo referente a la zona poblacional de residencia se presentó un 2,1% en el sector urbano, en cambio en el rural fue del 0,7%.

También tenemos que la Esquizofrenia indiferenciada (F20.3), ocupó el 2,7% de casos atendidos, mostrándose en edades entre 27-59 años con el 2,3%, tiene mayor incidencia en mujeres con el 1,4% y un 1,2% en hombres. Además, de acuerdo al año de atención se destacó que en el 2021 existió el 1,1% de los casos. Por otro lado, en lo que tiene que ver con zona poblacional de residencia se observó que en su totalidad se dieron en la zona urbana con el 2,7%.

Otras esquizofrenias (F20.8), de los casos atendidos cuentan con el 1,6%, se exhibe en edades entre 27-59 años con el 0,9% con más incidencia en mujeres con el 1,4% en cambio en hombres hay un 0,2%. En cuanto al año de atención en el 2021 hubo el 0,9% de los casos. En lo concerniente a la zona poblacional de residencia se observó que en su totalidad se dieron en la zona urbana con el 1,6%.

Esquizofrenia residual (F20.5), se da en el 0,5% de los casos atendidos, se dio en su totalidad en edades entre 27-59 años, donde 0,4% eran hombres y el 0,2% eran mujeres. En el año de atención, existió prevalencia solamente en el año 2020 con el 0,5%. En lo referente a la zona poblacional de residencia se observó que siguió manifestándose en su totalidad en la zona urbana con el 0,5%.

Depresión pos-esquizofrénica (F20.4) representó el 0,7%, en lo que se refiere a la edad se dio en su totalidad entre 27-59 años, en cuanto al sexo se dio en mujeres. En el año de atención prevaleció en el 2019 con un 0,4% y 2020 con el 0,4%. En la zona poblacional de residencia se representó en su totalidad en la urbana con el 0,7%.

Finalmente, en cuanto al F20.2 Esquizofrenia catatónica no se evidenció ningún tipo de prevalencia en el cantón Macará y cantón Huaquillas durante el periodo 2018-2021

Los resultados alcanzados permiten el conocimiento de los factores sociodemográficos (edad, sexo, años de atención, zona de procedencia y/o residencia) asociados a la presencia de esquizofrenia y subtipos en las poblaciones de los cantones fronterizos de Macará, en la provincia de Loja; y, de Huaquillas en la provincia de El Oro, durante el período de estudio 2018 – 2021, estos hallazgos contribuirán a la planificación de los tratamientos correspondientes, por parte de la entidad rectora de la salud en el Ecuador.

7. Discusión

Según los resultados de las prevalencias arrojadas en los cantones de Macará y Huaquillas, se evidenció que la esquizofrenia tiende a presentarse en etapa adulta (27-59 años), y según Mayo Clinic (2021), se ha encontrado que en la mayor parte de pacientes con esquizofrenia la sintomatología suele surgir entre los 25 o 30 años. Por otro lado, National Institute of mental Health (2021) manifiesta que el diagnóstico de esquizofrenia se suele encontrar entre los 16 y los 30 años de edad, de igual manera el trastorno esquizofrénico es la principal causa de discapacidad en poblaciones que tengan entre 18 y 44 años (Usall y Marta, 2011). Un estudio de Moreira et al. (2021) realizado en el 2019, en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital General Docente “Comandante Pinares”, San Cristóbal, Artemisa, se observó que el trastorno se presentó en rangos de 25-34 años de edad con una media de 37,4 años.

En cuanto al sexo, en los cantones de la zona fronteriza no se presentó diferencias significativas en hombres y mujeres, de tal forma que el 52,1% corresponde a los varones y el 47,9% a las mujeres, esto se puede constatar con los estudios del Manual MSD (2020) donde menciona que las cifras de esquizofrenia se da de forma comparable en ambos sexos y se mantiene constante en cualquier entorno cultural, además que aspectos como la urbanidad, pobreza, abandono, entre otros son factores de potencial riesgo, y esto se compara con el estudio de Amezcuita et al. (2013) donde estudiaban las causas de la esquizofrenia en población adulta pertenecientes a América y Europa dentro de los últimos 23 años y se determinó que sin importar el sexo hay mayor susceptibilidad si existen otros factores alrededor de la enfermedad. Otra investigación dice que suele aparecer entre la segunda y tercera década de vida y de forma similar en mujeres y hombres (Riofrío, 2017).

En el cantón Macará y cantón Huaquillas, se presentó la mayor parte de los casos con esquizofrenia en el sector urbano con el 99,1%, mientras que el sector rural solo representa el 0,9%, esto se compara con el estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle en el año 2012, donde se revisaron 1410 historias clínicas, de las cuales se percató que el 98% eran pertenecientes a la zona urbana y de éstos el 76,6 % eran colectividades de la ciudad de Cali (Benavides-Portilla et al., 2016). Otra investigación ejecutada en un servicio de psiquiatría del Hospital Belén de Trujillo en el periodo 2008-2018 en 435 pacientes, mostró que la esquizofrenia se presenta en ambos sexos, en edades

entre 21-40 años y con el 80,9% de los casos pertenecientes en la zona urbana (González, 2019).

En lo que refiere al año de atención, se observó que en el 2021 hubo más casos de esquizofrenia en comparación con los años 2018, 2019, 2020 con el 31,7%, y el subtipo que más prevaleció es la esquizofrenia paranoide con un 56,6%. Estos datos se pueden contrastar con un estudio realizado en los años 2010 y 2015, donde se ejecutó un análisis en base a datos proporcionados por la Dirección Territorial de Salud de Caldas y los Registros Individuales de Prestación de Servicios del Ministerio de Salud y Protección Social, donde se obtuvieron 3.264 pacientes con esquizofrenia, donde se presentó que en el 2010 existió una prevalencia de 0,03% llegando a aumentar el número de casos en el 2015 con un 0,11%, es decir, que hubo 834 nuevos diagnósticos de esquizofrenia en estos periodos; entre los subtipos que destacaron fueron, esquizofrenia paranoide y esquizofrenia indiferenciada (Osorio, 2021).

De igual manera, otra investigación por parte de la fundación FECLM nos recalca que la esquizofrenia paranoide ocupa el 27% de las personas adultas con trastornos mentales graves que llegan en busca de tutela a este establecimiento y un 14% tiene esquizofrenia residual (Gil, 2016). En cambio, la esquizofrenia sin especificación ocupa el segundo lugar tanto en los cantones de Macará y en Huaquillas con el 29,4% en el periodo 2018-2021.

Es destacable comparar el presente estudio con una investigación realizada por Sampaio et al. (2008), referente a pacientes esquizofrénicos en el Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, periodo 2004-2006, donde tiene variables como: edad, sexo y tipos de esquizofrenia, para lo cual se toma 305 historias clínicas, dando como resultado que los hombres padecen de este trastorno en un 62,63% y las mujeres en un 37,37%, llegándose a presentar en el sexo masculino entre los 20-24 años y en el femenino en 40-44 años de edad. En cuanto a los subtipos, la esquizofrenia no especificada ocupó el primer lugar con el 52,7% siendo más notable en el grupo femenino; en cambio en edades comprendidas entre 15-19 años se encontró relación con esquizofrenia hebefrénica con el 28,5% en el sexo masculino y por último en edades de 30-34 años fue más prevalente la esquizofrenia paranoide con un 37%.

Por otro lado, este estudio menciona que la esquizofrenia se correlaciona con el año de atención, de tal forma que cada subtipo de esquizofrenia mostró actividad en ciertos periodos de tiempo, entre las más relevantes tenemos que la esquizofrenia paranoide tuvo el mayor número de atenciones médicas en comparación a los demás subtipos especialmente en el año 2021. En cambio, en el año 2019 se manifestó diagnósticos de esquizofrenia sin especificación y en el 2021 igualmente se observó un número similar de atenciones médicas por este subtipo. Estos datos se pueden comparar con estudios realizados en los últimos años, como es la investigación de Pérez, et al. (2021) donde analizaron pacientes psiquiátricos durante la pandemia por COVID-19, donde observaron que las personas que padecieron o tenían sospechas de padecer el virus desataban emociones intensas que podían derivar a trastornos psicóticos, depresivos, ideación suicida y ansiedad. De tal manera que, en el primer mes de cuarentena se encontró contenido delirante en un 38,5% de los pacientes, por lo cual se ha evidenciado que debido al estrés del COVID-19, éste fue un claro desencadenante para patologías psicóticas.

La esquizofrenia se relacionó con la edad, siendo más frecuente en población de 27-59 años manifestándose con alta intensidad en la esquizofrenia paranoide seguido de esquizofrenia sin especificación. Por otro lado, en estudios del 2021 se considera que la esquizofrenia se puede llegar a diagnosticar al finalizar la adolescencia o entre los 30 años de edad. En caso, de los varones puede llegar a manifestarse entre los 18 y 25 años y en las mujeres a los 25 o 35 años (American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence, 2021).

Lo mencionado anteriormente, se contrasta con los postulados de López, et al. (2015), donde menciona que la prevalencia global de trastornos psicóticos no enseña diferencias entre hombres o mujeres, pero en el caso de la esquizofrenia sí se puede notar que es algo mayor en el sexo masculino, y las mujeres tienden a presentar de preferencia trastornos no esquizofrénicos. Así mismo, se destacó que es poco frecuente en la infancia o después de la cuarta década de vida; sin embargo, sí hay un 13% de pacientes que tienen su primera sintomatología en la quinta década y el 7% en la sexta década.

La esquizofrenia no se relacionó con el sexo, debido a que ambas poblaciones no presentan diferencias significativas al momento de padecer de esquizofrenia, es decir que ser de un sexo u otro no es determinante para padecer de un subtipo esquizofrénico. Sin embargo, un estudio realizado por Sánchez (2021) en Barcelona- España menciona que a

pesar de que tanto los hombres como las mujeres tienen vulnerabilidad a padecer de este trastorno, se mostró que durante el virus COVID-19 las mujeres sufrieron con mayor realce por esquizofrenia debido a la carga familiar que les impidió acudir a sus citas médicas.

La esquizofrenia si se relacionó con la zona poblacional de residencia, de tal modo que la mayor parte de consultantes era de la zona urbana. Así mismo, un estudio realizado por Pérez (2018) menciona que vivir en la zona urbana es un claro factor de riesgo ambiental tanto en el autismo como en la esquizofrenia pero mucho más atenuante en este último trastorno. De igual manera, en investigaciones recientes se ha observado que el sector urbano, la marginación social y las carencias socioeconómicas resultan ser factores ambientales y sociales claves para el aumento de padecer psicosis, especialmente en poblaciones inmigrantes (Tarricone, et al., 2016).

8. Conclusiones

La esquizofrenia se ha caracterizado por tener una incidencia muy significativa en los cantones de la zona fronteriza sur, llegando a manifestarse en ambas poblaciones en etapa de adultez, con poca distinción de sexos, en la zona urbana, determinándose la mayoría de consultas en el año 2021.

La esquizofrenia y subtipos manifestaron correlación con las variables: año de atención, edad y zona poblacional de residencia. En cambio, la variable sexo no manifestó correlación con la variable esquizofrenia.

En los subtipos del trastorno esquizofrénico (F20.0- F20.9) se evidenció que hubo mayor incidencia de esquizofrenia paranoide seguido de esquizofrenia sin especificación y el menos incidente fue la esquizofrenia residual.

La psicoeducación en habilidades de autocuidado y relaciones interpersonales para personas con esquizofrenia y su entorno familiar es de gran utilidad porque brinda estrategias, alternativas e información con la finalidad de mejorar la adaptación social y la calidad de vida.

9. Recomendaciones

Ampliar investigaciones sobre esquizofrenia de tipo etiopatogénicos y epidemiológicos con la finalidad de buscar mayores conocimientos que ayuden a clarificar este trastorno en distintas poblaciones del país, y a su vez impulsar otros estudios que se encarguen de plantear nuevas terapias o alternativas en base al comportamiento de la enfermedad.

La esquizofrenia es una enfermedad que presenta varianzas en su sintomatología dependiendo del subtipo al que pertenezca, por lo que sería de vital interés hacer estudios de casos, con el propósito de analizar minuciosamente cada subtipo del trastorno y generar mayores conocimientos científicos o a su vez corroborar y/o comparar información, para analizar la evolución de la enfermedad a través del tiempo.

Impulsar campañas psicoeducativas dirigidas a la sociedad que abarquen temas sobre desestigmatización e inserción social con el fin de sensibilizar a las comunidades e incentivar a una búsqueda de alternativas que permitan espacios de acogimiento social para personas con trastorno esquizofrénico.

10. Bibliografía

- Agüera ortiz, L., Alcoverro Fortuny, Ó., Álvarez, E., Aragiés, M., Arango, C., Arechederra Aranzadi, J. J., Artigas, F., Baca garcía, E., Balanzá Martínez, V., Barral Picado, C., Bayón Pérez, C., Becoña Iglesias, E., Bravo ortiz, M. F., Bulbena Vilarrasa, A., Camacho laraña, M., Campayo, A., Carmona Calvo, J., Casas Brugué, M., Centeno Casanovas, M., ... Fraguas, D. (2009). *MANUAL DE PSIQUIATRÍA*. In T. Palomo & M. Á. Jiménez-Arriero (Eds.), *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*. Gráficas Marte, S.A.
- Aguirre Aguirre, R. V., Alemán Baquero, M. E., Alvarado Alvarado, A. L., Borja Cevallos, L. G., Borja Cevallos, L. T., María, C. C. L., Carrera López, L. C., Cepeda Landeta, M., Cuvi Freire, G. S., Estrada Chandi, J. A., Grieco Valarezo, D. M., Haro Pérez, H. W., Jara González, M., Rosario, J. J. D., León, K. T., Mantilla Herrera, Á. M., Medina Borja, M. D., Medina Dávalos, D. M., Méndez Padilla, D. I., & Páez Landeta, R. P. (2017). *Manejo de la esquizofrenia en la atención primaria de salud*. Edimec.[https://www.saatchiart.com/art/Drawing Schizophrenia/907339/3347238/view](https://www.saatchiart.com/art/Drawing-Schizophrenia/907339/3347238/view)
- Aguirre, H., Aviña, J., Belaunzarán, F., Borges, G., Valdéz, E., Bourges, H., Chavolla-Magaña, R., Cicero, P., Cicero, R., Cordera, R., Dolci, G., Familiar, I., Fleiz, C., Flores, R., Flores, S., Galindo, L., Gálvez, A., García, M., García, H., & García, S. (2012). *Los riesgos para la salud en la vida de una Megametrópolis*. Facultad de Medicina, Seminario sobre Medicina y Salud.
- American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. (2021). Esquizofrenia en niños, adolescentes y adultos jóvenes. *Healthy Children.org*. Obtenido de <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/Schizophrenia.aspx>
- Amezquita , C., Gomez , C., Terrones , J., Huinac , K., Chocon , L., & Ramos , M. (2013). Avances En El Conocimiento De Las Causas Geneticas De La Esquizofrenia En Adultos De America Y Europa De 1990-2013. (tesis de grado). Universidad San Carlos De Guatemala, Guatemala. Obtenido de <https://docplayer.es/18113177-Universidad-san-carlos-de-guatemala.html>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los

trastornos mentales. 5ta. Edición (DSM-5®). Arlington: Medica Panamericana.

- Aznar Moya, J. A., Balanza Martínez, P., Castillo Bueno, M. . D., Martín García Sancho, J. C., Martínez Tudela, I., Martínez-Artero, M. C., Moreno Ramos, J., Pujalte Martínez, M. L., Salmerón Arias-Camisón, J. M., San Llorente Portero, C., Sánchez Alonso, R., Serrano Bueno, F., Del Toro Mellado, M., & Viñas Pifarre, R. (2009). Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. *Subdirección de Salud Mental Servicio Murciano de Salud*. [https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(07\)71951-5](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(07)71951-5)
- Baldomir, P. L. (18 de febrero de 2021). Visualización y relajación. Obtenido de <http://www.baldomirpsicologa.com/2021/02/18/visualizacion-y-relajacion/>
- Benavides-Portilla, M., Beitia-Cardona, P., & Osorio-Ospina, C. (2016). Características clínico-epidemiológicas de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Colombia. *Revista Investig. Salud Univ. Boyacá*. Obtenido de <https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/184>
- Bernardo Arroyo, M., & Bioque Alcázar, M. (2018). *Esquizofrenia*. PortalCLÍNICA. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/esquizofrenia>
- Blanco, E. (2019). *Tratamiento de la esquizofrenia*. PERSUM Clínica de Psicoterapia y Personalidad. <https://psicologosoviedo.com/especialidades/trastornos-psicoticos/tratamiento/>
- Bolaños, M. V. (2016). Determinantes de alteraciones mentales en personas de los barrios de las riberas del río Esmeraldas. (*tesis de grado*). Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede esmeraldas, Esmeraldas. Obtenido de <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/895/1/BOLANOS%20QUINONEZ%20%20MARIUXI%20VERONICA.pdf>
- Cachi Rodríguez, Y. (2020). *Calidad de vida en cuidadores familiares de pacientes con Esquizofrenia del centro Compartiendo por la salud mental, 2020*. [http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1348/Informe final de tesis calidad de vida en cuidadores de pacientes con esquizofrenia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1348/Informe%20final%20de%20tesis%20calidad%20de%20vida%20en%20cuidadores%20de%20pacientes%20con%20esquizofrenia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Cortez, J. (2017). “Esquizorenia tipo paranoide en el centro de Reposo Sagrado. (*Tesis de grado*). Universidad Técnica de Ambato, Ambato. Obtenido de https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24674/2/Cortez%20Guerra%2c%20Johana%20Monserrath_2.pdf
- Cuaderno de valores. (31 de diciembre de 2018). 12 hábitos para una vida saludable. Obtenido de <https://www.educo.org/blog/x-habitos-para-una-vida-saludable>
- Domínguez, M. R., & Pérez, D. (2017). “Comparación de diagnóstico de patologías psiquiátricas al ingreso y egreso en el servicio de emergencia y hospitalización de los Hospitales Enrique Garcés Y Pablo Arturo Suárez en el período 2013 AL 2015”. (*Tesis de grado*). Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito.
- Euroinnova. (2022). La organización del tiempo es una necesidad. Obtenido de <https://www.euroinnova.ec/blog/la-organizacion-del-tiempo#iquestcoacutemo-puedo-trabajar-en-la-organizacion-del-tiempo>
- Facorro, B. C., Pérez Iglesias , R., Gaite , L., Peña, M., Mata Pastor , I., Rodríguez, J., . . . Vázquez-Barquero, J. (2010). *Guía de psicoeducación para las familias de personas diagnosticadas de psicosis*. Dirección General de Ordenación, Inspección y Atención Sanitaria. Obtenido de <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiapsicoeducacionfamiliaspsicosis.pdf>
- García-Moya Sánchez, R. (2021). Mantenimiento y rehabilitación psicosocial de las personas dependientes en domicilio. Editorial Paraninfo. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=e6UIEAAQBAJ&pg=PA52&lpg=PA52&dq=como+aprender+a+Arregl%C3%A1rselas+cuando+le+dejan+a+uno+de+lado.&source=bl&ots=vf6HMqPIBA&sig=ACfU3U2W210vP7R5rKAbfAUhhWNy0UG1_Q&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjo84KjroH5AhVImIQIHS08BkMQ6AF6BAg
- Gil, S. D. (2016). “La Estigmatización De La Esquizofrenia”. (Trabajo De Fin De Grado). Facultad De Educación Y Trabajo Social Universidad De Valladolid. Obtenido de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/19476/TFG-G1879.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- González García, G. M. (2019). Características Clínico Epidemiológicas de la esquizofrenia en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo, 2008-2018. (tesis de grado). Universidad César Vallejo, Trujillo. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/34650>
- Häfner, H., & An Der Heiden, W. (1997). Epidemiology of schizophrenia. In *Canadian Journal of Psychiatry* (Vol. 42, Issue 2, pp. 139–151). Can J Psychiatry. <https://doi.org/10.1177/070674379704200204>
- Häfner H, Maurer K, W Löffler, & A Riecher-Rössler. (1991, September). [*Schizophrenia and age*] - *PubMed*. PubMed.Gov. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1956473/>
- Healthline. (18 de mayo de 2018). Cómo crear una rutina de higiene personal: Consejos y beneficios. Obtenido de <https://www.healthline.com/health/es/higiene-personal>
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2021). La Esquizofrenia. *NIH*, 116–120. <https://doi.org/10.2307/j.ctvt7x7nn.21>
- La mente es maravillosa . (31 de enero de 2022). 8 técnicas derivadas del psicodrama. Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/7-tecnicas-derivadas-del-psicodrama/>
- López, P., Sanmillán, H., Cainet, A., & Olivares, O. (2015). Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757222018.pdf>
- Manual MSD. (2020). Esquizofrenia. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>
- Mayo Clinic. (2021, July 29). *Esquizofrenia - Diagnóstico y tratamiento* . <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/schizophrenia/diagnosis-treatment/drc-20354449>
- Mayo Clinic. (2021). Esquizofrenia infantil. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/childhood-schizophrenia/symptoms-causes/syc-20354483>
- MediSur. (2005). Técnicas de relajación y autocontrol emocional. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 3. Obtenido de

<https://www.redalyc.org/pdf/1800/180019787003.pdf>

Ministerio de Salud del Ecuador. (Diciembre de 2008). *Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud.*

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental.* Quito: Comisión de Salud mental. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Estrategico-Nacional-de-Salud-Mental-con-Acuerdo_compressed.pdf

Minsalud. (01 de agosto de 2022). Ciclo de Vida. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx#:~:text=6%20%2D%2011%20a%C3%B1os\)-,Adolescencia%20\(12%20%2D%2018%20a%C3%B1os\),o%20mas\)%20envejecimiento%20y%20vejez](https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx#:~:text=6%20%2D%2011%20a%C3%B1os)-,Adolescencia%20(12%20%2D%2018%20a%C3%B1os),o%20mas)%20envejecimiento%20y%20vejez)

National Institute of mental Health. (2021). La esquizofrenia. NIH Núm. 21–MH–8082S. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia>

Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento* (Decima rev). MEDITOR.

Organización Mundial de la Salud. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. In *Churchill Livingstone*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf

OMS. (2011). Salud Urbana. Centros Colaboradores de la OPS/OMS. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/salud-urbana>

Organización mundial de la salud (OMS). (30 de marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.* Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=La%20Constituci%C3%B3n%20de%20la%20OMS,de%20trastornos%20o%20discapacidades%20mentales.>

Organización mundial de la Salud. (21 de Enero de 2022). *Esquizofrenia.* Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. Washington: D.C.: OPS.
- Osorio JH, V. G. (2021). Evolution in schizophrenia diagnosis in the department of Caldas, Colombia. 2010-2015. *Revista de la facultad de medicina*. Obtenido de <https://www.proquest.com/openview/36847cdccc1c8f345cb90e5323b906c1/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2035757>
- Padín, G. A. (2012). Esquizofrenia. *Dialnet*. <https://doi.org/10.18761/perspectivas.v2i2.59>
- Palao Bibiana. (2020, February 13). *Causas de la esquizofrenia y heredabilidad - Cuestión de Genes*. Veritas Intercontinental. <https://www.veritasint.com/blog/es/causas-de-la-esquizofrenia/>
- Pastor-SanMillán MD. (2018). Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. In *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/>
- Pérez, A., Sanz, B., Gil-Benito, E., Solari-Heresmann, L., Calderón, P., Gayubo-Moreo, L., & Cerdón, R. (2021). ¿La pandemia de COVID-19 condiciona el contenido delirante de los pacientes con psicosis? Un estudio observacional. *Rev Colomb Psiquiatr*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8349682/>
- Pérez, I. (2018). Convergencias y divergencias genéticas, neurobiológicas y ambientales entre el autismo y el espectro de la esquizofrenia. *Anuario de psicología*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-anuario-psicologia-the-ub-199-articulo-convergencias-divergencias-geneticas-neurobiologicas-ambientales-S0066512618300266>
- Perez, M. (2020). *Esquizofrenia: Consecuencias del Estigma Social y la Importancia de la Rehabilitación*. [Universidad de la República]. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/27317/1/trabajo_final_de_grado_mariana_perez_cardozo.pdf
- Raidel Moreira Diaz, L., Dorta Correa, Y., Pablo Linares Cánovas, L., Pa-lenzuela Ramos, Y., y Fajardo Artemisa, M. (2021). Esquizofrenia en pacientes de un servicio de psiquiatría. 16 de Abril, 60(279), 1048. http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1048

- Riofrío, I. (2017). Esquizofrenia. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Obtenido de https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/845
- Sadock, B., Alcott, V., & Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta/psiquiatría clínica*. Wolters Kluwer.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Sussman, N. (2012). *Kaplan & Sadocks Manual de bolsillo de tratamiento psicofarmacológico*. Lippincott Williams & Wilkins Copyright ©.
- Sampaio, P. A., Costa da Silva, V., & Aparecido Delmondes, W. (2008). Estudio epidemiológico de pacientes con esquizofrenia, en el Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, enero 2004 a enero 2006. Revista Paraense de Medicina. Obtenido de http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S0101-59072008000100012&script=sci_arttext
- Sánchez, J. (2021). La pandemia agravó la esquizofrenia paranoide en mujeres. *efeminista*. Obtenido de <https://efeminista.com/pandemia-agravo-esquizofrenia-paranoide-mujeres/>
- Sánchez, R., Téllez, G., & Jaramillo, L. E. (2012). Edad de inicio de los síntomas y sexo en pacientes con trastorno del espectro esquizofrénico. *Biomedica*, 32(2), 206–213. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v32i2.423>
- Seminario de educación para la paz (SEDUPAZ-APDH). (1995). “La alternativa del juego II” , seminario de educación para la paz (SEDUPAZ-APDH). Madrid: Editorial Los Libros de la Catarata.
- Sue, D., Wing Sue, D., & Sue, S. (2015). Psicopatología Comprendiendo la conducta anormal. In *Revista española de neuropsicología* (Vol. 4, Issue 1). http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/1996/art06.3.04.pdf%0Ahttps://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/48753989/9dcf8e84e051ab57803233f1d8e1da54_Libro-Psicopatologia-riesgo-y-tratamiento-de-Los-problemas-infantiles.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWO
- Tamminga, C. (2020, May). *Esquizofrenia* . Manual MSD. Versión Para Público General. <https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>

- Tarricone, I., Boydell, J., Kokona, A., Triolo, F., Gamberini, L., & Sutti, E. (2016). Risk of psychosis and internal migration: results from the Bologna First Episode Psychosis study. *Schizophr Res.*
- Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Ohlenschläger, J., Christensen, T., Krarup, G., Jorgensen, P., & Nordentoft, M. (2007). Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(5), 396–405. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000253784.59708.dd>
- Universidad de los Andes. (2020). COVID-19, CUARENTENA Y ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD MENTAL: ¿POBLACIÓN DESATENDIDA DURANTE LA PANDEMIA? *Seminario traducción del conocimiento 2020*. Obtenido de <https://medicina.uniandes.edu.co/sites/default/files/articulos/doc/covid-poblacion-desatendida-enfermedad-mental.pdf>
- Usall, J. (2015). Género y esquizofrenia. *ResearchGate*, July. https://www.researchgate.net/profile/Judith-Usall/publication/267920085_Genero_y_esquizofrenia/links/55b5de6a08ae092e96559c18/Genero-y-esquizofrenia.pdf
- Usall, J., y Marta, C. (2011). Género y esquizofrenia. www.jano.es
- Vallejo Ruiloba, J. (2012). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. In *European University Institute* (Issue 2). MASSON. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=PT%0Ahttp://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52012PC0011:pt:NOT>
- Valarezo, O. (2022). Principales Categorías Diagnósticas de la CIE-10 de los Trastornos mentales y del Comportamiento en Macará y Huaquillas correspondiente al periodo 2018-2020. (*Tesis de grado*). Universidad Nacional De Loja, Loja.
- Vintimilla, A., & Webster, F. (2008). *Estudio comparativo de funciones cognitivas entre pacientes con esquizofrenia paranoide y trastorno esquizo afectivo*. Universidad del Azuay.
- Zaragoza Domingo, S. (2017). *Estudio epidemiológico en pacientes con esquizofrenia ambulatorios del estado cognitivo en áreas específicas relacionadas con resultados*

funcionales [Universidad Autónoma de Barcelona].
<https://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000545/customproxy.php?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edstdx&AN=edstdx.10803.458692&%0Alang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>

11. Anexos

Anexo 1. Aprobación de Anteproyecto de Trabajo de Titulación



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. -286- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 02 de junio de 2022

Señorita.
Paola del Cisne Ramírez Chalán
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente me permito hacer conocer que se adjunta la respuesta del informe de **ESTRUCTURA Y COHERENCIA** del Proyecto de Tesis denominado: **"ESTUDIO MULTITEMPORAL DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA ESQUIZOFRENIA EN LOS CANTONES DE MACARÁ Y HUAQUILLAS"**, de su autoría; el mismo fue emitido por la Psicóloga: María Paula Torres Pozo docente responsable.

Particular que comunico a usted para los fines correspondientes.

Atentamente,

El nuevo reconocimiento por:

**ANA
CATALINA
PUERTAS
AZANEA**

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

C/c. Expediente Estudiantil
Archivo

Anexo 2. Acta de Compromiso de Inicio y Culminación del Proyecto de Trabajo de Titulación dentro del Proyecto Prosalud Frontera Sur



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



"PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA SALUD Y LA ECONOMÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA POBLACIÓN EN MOVILIDAD Y RECEPTORA DE LA FRONTERA SUR DEL ECUADOR – PROSALUD FRONTERA SUR"
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA – FONDO ITALO ECUATORIANO PARA DESARROLLO SOSTENIBLE

ACTA DE COMPROMISO DE INICIO Y CULMINACION DEL ESTUDIO DE TESIS DE GRADO PARA LOS ESTUDIANTES DE LAS CARRERAS DE MEDICINA, PSICOLOGIA CLINICA, LABORATORIO CLINICO Y ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA AÑO 2022.

El/la Señor/a, **Paola del Cisne Ramírez Chalán** en su calidad de **ESTUDIANTE** de la Carrera de **Psicología Clínica** y con cédula de identidad y/o ciudadanía Nro. **1105487951**, que en adelante y para los efectos jurídicos del presente instrumento se denominará "LA/EL TESISISTA", de manera libre y voluntaria, y en el uso de sus capacidades, suscribe la presente Acta de Compromiso al tenor de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Antecedentes.- La Universidad Nacional de Loja conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública, se encuentran ejecutando el Proyecto denominado: "**PROSALUD FRONTERA SUR**", cuyo objetivo general es: "Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y de tránsito de la población migrante y receptora en la zona fronteriza de la región Sur del Ecuador, a través del fortalecimiento y ampliación de los servicios de salud, la investigación sanitaria y el desarrollo de emprendimientos económicos familiares".

SEGUNDA: El/la Señor/a **Paola del Cisne Ramírez Chalán** en su calidad de estudiante de la carrera de **Psicología Clínica**, de manera voluntaria y expresa se compromete a escoger su tema de tesis del perfil epidemiológico identificado por el proyecto **PROSALUD FRONTERA SUR** en los cantones **Huaquillas** y **Macará** en los años **2018, 2019, 2020** y **2021**, así como en desarrollar y culminar su **TESIS DE GRADO**, durante

Manuel Monteros.
Teléfono Nro. (593-7) 257 137 9 Ext. 174 Loja - Ecuador

la ejecución del proyecto.

TERCERA: En el que caso que El/ la Señor/a, abandone de manera injustificada su participación en este proyecto, responderá por todos los valores económicos que haya recibido a su favor, en efectivo o en forma de especies por parte del proyecto "**PROSALUD FRONTERA SUR**".

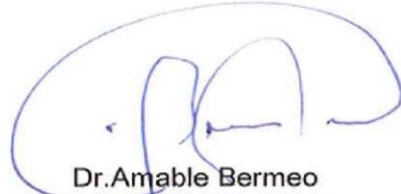
CUARTA: Se deja expresa constancia que el proyecto "**PROSALUD FRONTERA SUR**", apoyará a los estudiantes en forma de especie, y en efectivo depositado a su cuenta bancaria un valor económico total de 187,50 \$ dólares americanos, (CIENTO OCHENTA Y SIETE DOLARES AMERICANOS CON CINCUENTA CENTAVOS), los mismos que están destinados al pago de IMPRESIÓN, REPRODUCCIÓN Y FOTOCOPIADO, DIFUSIÓN, TRANSPORTE; de los respectivos trabajos investigativos desarrollados por los estudiantes de las diferentes carreras en los términos anteriormente mencionados.

QUINTA: Para el caso de los estudiantes por su falta de seriedad fallarán en el presente compromiso, serán sujetos de sanciones tanto reglamentarias como estatutarias por parte de la Universidad Nacional de Loja.

SEXTA: Para constancia y enterados del contenido de la presente Acta de Compromiso, la suscriben los comparecientes, en tres ejemplares, en la ciudad de Loja, a los **DIECISIETE días del mes de marzo del año DOS MIL VEINTE Y DOS.**



Ing. Jaime Santin
**DIRECTOR DE RELACIONES DE
COOPERACION
DELEGADO DEL SR RECTOR PARA
EL PROYECTO
PROSALUD FRONTERA SUR**



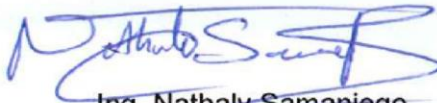
Dr. Amable Bermeo
**DECANO DEL AREA
DE SALUD HUMANA DE LA UNL**



Psic. María Paula Torres P.
Ci: 1102762810
**DOCENTE DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL AREA DE
SALUD HUMANA
DE LA UNL**



Srta. Paola Del Cisne Ramirez Ch.
Ci: 1105487951
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA
DE LA UNL**



Ing. Nathaly Samaniego
**TECNICO RESPONSABLE DE INVESTIGACION
PROYECTO PROSALUD FRONTERA SUR**

Anexo 3. Acuerdo de Confidencialidad de la Información del Ministerio De Salud Pública y Universidad Nacional De Loja



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



"PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA SALUD Y LA ECONOMÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA POBLACIÓN EN MOVILIDAD Y RECEPTORA DE LA FRONTERA SUR DEL ECUADOR – PROSALUD FRONTERA SUR"
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA – FONDO ITALO ECUATORIANO PARA DESARROLLO SOSTENIBLE

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (CZ7S) Y LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA MANEJADA POR ESTUDIANTES DE LAS CARRERAS DE MEDICINA, PSICOLOGÍA CLÍNICA, LABORATORIO CLÍNICO Y ENFERMERÍA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNL, PARTICIPES EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO "PROSALUD FRONTERA SUR"

El/la señor/a, **Paola del Cisne Ramírez Chalán** en su calidad de ESTUDIANTE de la Carrera de Psicología Clínica y con cédula de identidad y/o ciudadanía Nro. **1105487951**, que en adelante y para los efectos jurídicos del presente instrumento se denominará "LA/EL ESTUDIANTE", de manera libre y voluntaria, y en el uso de sus capacidades, suscribe el presente Acuerdo de Confidencialidad al tenor de las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. - ANTECEDENTES:

1. La Constitución de la República del Ecuador manda:

"Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas: (...)

19. El derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la Ley (...)

Art. 362.- (...) Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes (...)"

2. La Ley Orgánica de Salud indica:

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su opinión

3. La Ley Orgánica del Servicio Público prescribe:

Art. 22.- Deberes de las o los servidores públicos.- Son deberes de las y los servidores públicos: (...)

Custodiar y cuidar la documentación e información que, por razón de su empleo, cargo o comisión tenga bajo su responsabilidad e impedir o evitar su uso indebido, sustracción, ocultamiento o inutilización".

4. Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública ordena:

"Art. 5.- Información Pública.- Se considera información pública, todo documento en cualquier formato, que se encuentre en poder de las instituciones públicas y de las personas jurídicas a las que se refiere esta Ley, contenidos, creados u obtenidos por ellas, que se encuentren bajo su responsabilidad o se hayan producido con recursos del Estado.

Centro de Estudios e Investigaciones Científicas - CECI
Teléfono No. (5 93 3-7) 2 5 7 137 9 Ext. 174 Loja - Ecuador

Art. 6.- Información Confidencial.- Se considera información confidencial aquella información pública personal, que no está sujeta al principio de publicidad y comprende aquella derivada de sus derechos personalísimos y fundamentales, especialmente aquellos señalados en los artículos 23 y 24 de la Constitución Política de la República.

El uso ilegal que se haga de la información personal o su divulgación, dará lugar a las acciones legales pertinentes.

No podrá invocarse reserva, cuando se trate de investigaciones que realicen las autoridades, públicas competentes, sobre violaciones a derechos de las personas que se encuentren establecidos en la Constitución Política de la República, en las declaraciones, pactos, convenios, instrumentos internacionales y el ordenamiento jurídico interno. Se excepciona el procedimiento establecido en las indagaciones previas (...).

5. El Código Integral Penal tipifica:

Artículo 178 "La persona que, sin contar con el consentimiento o la autorización legal, acceda, intercepte, examine, retenga, grabe, reproduzca, difunda o publique datos personales, mensajes de datos, voz, audio y vídeo, objetos postales, información contenida en soportes informáticos, comunicaciones privadas o reservadas de otra persona por cualquier medio, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. (...);

"Art. 179.- Revelación de secreto.- La persona que teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año".

"LA/EL PRACTICANTE", en razón de las actividades que desempeñe en las EODS de la Coordinación Zonal 7 Salud del Ministerio de Salud Pública, llegando a tener acceso a información confidencial, cuya divulgación puede afectar a usuarios, pacientes, proveedores, en general a los administrados, e inclusive a la propia entidad, por lo que resulta indispensable precautelar el manejo adecuado y reservado de tal información.

6. Las máximas autoridades de la Coordinación Zonal 7 y de la Universidad Nacional de Loja, de acuerdo a sus competencias han suscrito el Convenio de Cooperación Interinstitucional de fecha 01 de junio de 2020, cuyo objeto es: "(...) formalizar el compromiso y responsabilidades expresados para la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", sobre el aporte en especies proporcionado por la UNL y la CZ7 SALUD bajo este convenio, el cual está incluido en el presupuesto como contraparte local para la ejecución del Proyecto. (...)"

En dicho convenio en el último inciso de la Cláusula Octava, se establece lo siguiente: "(...) 8.1 Eventualmente en el marco del presente convenio, existirá "información confidencial" que, a solicitud de uno, o todos sus firmantes, se mantendrá reservada y no podrá ser divulgada parcial o totalmente sin su previo consentimiento. La información será clasificada como confidencial por acuerdo mutuo de las partes. La UNL utilizará sus controles, protecciones y resguardos de contenidos con base en la normativa institucional vigente. La información confidencial será propiedad de su autor exclusivamente.

8.3 Las Partes acuerdan que toda información vinculada a la ejecución del Proyecto, y que sea transmitida o intercambiada entre las Partes, independientemente del medio por el cual sea transmitida o intercambiada, será considerada información confidencial y solo podrá ser utilizada para llevar a cabo las tareas previstas en el Proyecto. Las Partes, tratarán la información confidencial con el mismo cuidado con que tratan su propia información confidencial. (...)"

CLÁUSULA SEGUNDA.- OBJETO:

En virtud de las disposiciones legales invocadas en la cláusula anterior, "LA/EL ESTUDIANTE," se compromete a guardar el debido sigilo y la reserva del caso respecto a la información estadística, técnica y de gestión inherente al proyecto, así como de la documentación que en razón de sus funciones maneja en el Ministerio de Salud Pública (CZ7S) como la Universidad Nacional de Loja, en la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR"; pues dicha información es propiedad exclusiva de los usuarios.

CLÁUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES:

"LA/EL ESTUDIANTE" ha sido informado y acepta que en atención a la naturaleza de la información y a los riesgos que el mal uso y/o divulgación de la misma implican para el Ministerio de Salud Pública (CZ7S) como la Universidad Nacional de Loja en la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", mantendrá el sigilo de toda la información a la que por razones de sus actividades tendrá acceso.

"LA/EL ESTUDIANTE," se obliga a abstenerse de usar, disponer, divulgar y/o publicar por cualquier medio, ya sea verbal o escrito, y en general, aprovecharse de la información y documentación que reposa en el Ministerio de Salud Pública (CZ7S) como la Universidad Nacional de Loja en la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", o utilizarla para fines ajenos a los objetivos y necesidades de ambas instituciones.

CLÁUSULA CUARTA. - SANCIONES:

"LA/EL ESTUDIANTE", se encuentra sometido a la normativa que regula el uso de la información pública y confidencialidad, principalmente, queda advertido de las sanciones que para estos casos establece la legislación ecuatoriana.

CLÁUSULA QUINTA. -

"LA/EL ESTUDIANTE" declara conocer la información que se maneja en estas Carteras de Estado y expresa que utilizará dicha información únicamente para los fines para los cuales se le ha permitido acceso a la misma, debiendo mantener dichos datos de manera reservada, en virtud de la protección de que goza la misma, de conformidad con la legislación vigente.

"LA/EL ESTUDIANTE" declara, además, conocer la normativa que regula la confidencialidad de la documentación, en especial las previsiones de la Constitución de la República del Ecuador, de la Ley Orgánica de Salud, Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, de la Ley Orgánica del Servicio Público y del Código Orgánico Integral Penal.

CLÁUSULA SEXTA.- VIGENCIA:

Los compromisos establecidos en el presente Acuerdo de Confidencialidad se mantendrán vigentes hasta la culminación del presente proyecto.

CLÁUSULA SEPTIMA. - ACEPTACIÓN:

"LA/EL ESTUDIANTE" acepta el contenido de todas y cada una de las cláusulas del presente Acuerdo y en consecuencia se compromete a cumplirlas en toda su extensión, en fe de lo cual y para los fines legales correspondientes, lo firma en tres ejemplares del mismo tenor y efecto, en la ciudad de Loja, el **17 DE MARZO DE 2022**

Nombre: Paola del Cisne Ramírez Chalán

CC: 1105487951

ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (CZ7S) Y LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA MANEJADA POR ESTUDIANTES DE LAS CARRERAS DE MEDICINA, PSICOLOGÍA CLÍNICA, LABORATORIO CLÍNICO Y ENFERMERÍA DEL ÁREA DE SALUD HUMANA DE LA UNL, PARTICIPES EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO "PROSALUD FRONTERA SUR"

El/la señor/a, **Paola del Cisne Ramírez Chalán** en su calidad de ESTUDIANTE de la Carrera de Psicología Clínica y con cédula de identidad y/o ciudadanía Nro. **1105487951**, que en adelante y para los efectos jurídicos del presente instrumento se denominará "LA/EL PRACTICANTE", de manera libre y voluntaria, y en el uso de sus capacidades, suscribe el presente Acuerdo de Confidencialidad al tenor de las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA.- ANTECEDENTES:

7. La Constitución de la República del Ecuador manda:

"Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas: (...)

19. El derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la Ley (...)

Art. 362.- (...) Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes (...)"

8. La Ley Orgánica de Salud indica:

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis

9. La Ley Orgánica del Servicio Público prescribe:

Art. 22.- Deberes de las o los servidores públicos.- Son deberes de las y los servidores públicos: (...)

Custodiar y cuidar la documentación e información que, por razón de su empleo, cargo o comisión tenga bajo su responsabilidad e impedir o evitar su uso indebido, sustracción, ocultamiento o inutilización".

10. Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública ordena:

"Art. 5.- Información Pública.- Se considera información pública, todo documento en cualquier formato, que se encuentre en poder de las instituciones públicas y de las personas jurídicas a las que se refiere esta Ley, contenidos, creados u obtenidos por ellas, que se encuentren bajo su responsabilidad o se hayan producido con recursos del Estado.

Art. 6.- Información Confidencial.- Se considera información confidencial aquella información pública personal, que no está sujeta al principio de publicidad y comprende aquella derivada de sus derechos personalísimos y fundamentales, especialmente aquellos señalados en los artículos 23 y 24 de la Constitución Política de la República.

El uso ilegal que se haga de la información personal o su divulgación, dará lugar a las acciones legales pertinentes.

No podrá invocarse reserva, cuando se trate de investigaciones que realicen las autoridades, públicas competentes, sobre violaciones a derechos de las personas que se encuentren establecidos en la Constitución Política de la República, en las declaraciones, pactos, convenios, instrumentos internacionales y el ordenamiento jurídico interno. Se excepciona el procedimiento establecido en las indagaciones previas (...).

11. El Código Integral Penal tipifica:

Artículo 178 "La persona que, sin contar con el consentimiento o la autorización legal, acceda, intercepte, examine, retenga, grabe, reproduzca, difunda o publique datos personales, mensajes de datos, voz, audio y vídeo, objetos postales, información contenida en soportes informáticos, comunicaciones privadas o reservadas de otra persona por cualquier medio, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. (...);

"Art. 179.- Revelación de secreto.- La persona que teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año".

"LA/EL ESTUDIANTE", en razón de las actividades que desempeñe en las EODS de la Coordinación Zonal 7 Salud del Ministerio de Salud Pública, llegando a tener acceso a información confidencial, cuya divulgación puede afectar a usuarios, pacientes, proveedores, en general a los administrados, e inclusive a la propia entidad, por lo que resulta indispensable precautelarse el manejo adecuado y reservado de tal información.

12. Las máximas autoridades de la Coordinación Zonal 7 y de la Universidad Nacional de Loja, de acuerdo a sus competencias han suscrito el Convenio de Cooperación Interinstitucional de fecha 01 de junio de 2020, cuyo objeto es: "(...) formalizar el compromiso y responsabilidades expresados para la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", sobre el aporte en especies proporcionado por la UNL y la CZ7 SALUD bajo este convenio, el cual está incluido en el presupuesto como contraparte local para la ejecución del Proyecto. (...)"

En dicho convenio en el último inciso de la Cláusula Octava, se establece lo siguiente: "(...) 8.1 Eventualmente en el marco del presente convenio, existirá "información confidencial" que, a solicitud de uno, o todos sus firmantes, se mantendrá reservada y no podrá ser divulgada parcial o totalmente sin su previo consentimiento. La información será clasificada como confidencial por acuerdo mutuo de las partes. La UNL utilizará sus controles, protecciones y resguardos de contenidos con base en la normativa institucional vigente. La información confidencial será propiedad de su autor exclusivamente.

8.3 Las Partes acuerdan que toda información vinculada a la ejecución del Proyecto, y que sea transmitida o intercambiada entre las Partes, independientemente del medio por el cual sea transmitida o intercambiada, será considerada información confidencial y solo podrá ser utilizada para llevar a cabo las tareas previstas en el Proyecto. Las Partes, tratarán la información confidencial con el mismo cuidado con que tratan su propia información confidencial. (...)"

CLÁUSULA SEGUNDA.- OBJETO:

En virtud de las disposiciones legales invocadas en la cláusula anterior, "LA/EL PRACTICANTE," se compromete a guardar el debido sigilo y la reserva del caso respecto a la información estadística, técnica y de gestión inherente al proyecto, así como de la documentación que en razón de sus funciones maneja en el Ministerio de Salud Pública (CZ7S) como la Universidad Nacional de Loja, en la ejecución del Proyecto "PROSALUD

FRONTERA SUR"; pues dicha información es propiedad exclusiva de los usuarios.

CLÁUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES:

"LA/EL ESTUDIANTE" ha sido informado y acepta que en atención a la naturaleza de la información y a los riesgos que el mal uso y/o divulgación de la misma implican para el Ministerio de Salud Pública (CZ7S) como la Universidad Nacional de Loja en la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", mantendrá el sigilo de toda la información a la que por razones de sus actividades tendrá acceso.

"LA/EL ESTUDIANTE" se obliga a abstenerse de usar, disponer, divulgar y/o publicar por cualquier medio, ya sea verbal o escrito, y en general, aprovecharse de la información y documentación que reposa en el Ministerio de Salud Pública (CZ7S) como la Universidad Nacional de Loja en la ejecución del Proyecto "PROSALUD FRONTERA SUR", o utilizarla para fines ajenos a los objetivos y necesidades de ambas instituciones.

CLÁUSULA CUARTA.- DECLARACIÓN:

"LA/EL ESTUDIANTE" declara conocer la información que se maneja en estas Carteras de Estado y expresa que utilizará dicha información únicamente para los fines para los cuales se le ha permitido acceso a la misma, debiendo mantener dichos datos de manera reservada, en virtud de la protección de que goza la misma, de conformidad con la legislación vigente.

"LA/EL ESTUDIANTE" declara, además, conocer la normativa que regula la confidencialidad de la documentación, en especial las previsiones de la Constitución de la República del Ecuador, de la Ley Orgánica de Salud, Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, de la Ley Orgánica del Servicio Público y del Código Orgánico Integral Penal.

CLÁUSULA QUINTA.- VIGENCIA:

Los compromisos establecidos en el presente Acuerdo de Confidencialidad se mantendrán vigentes hasta la culminación del presente proyecto.

CLÁUSULA SEXTA.- ACEPTACIÓN:

"LA/EL ESTUDIANTE" acepta el contenido de todas y cada una de las cláusulas del presente Acuerdo y en consecuencia se compromete a cumplirlas en toda su extensión, en fe de lo cual y para los fines legales correspondientes, lo firma en tres ejemplares del mismo tenor y efecto, en la ciudad de Loja, el 17 DE MARZO DE 2022.



Ing. Jaime Santin
**DIRECTOR DE RELACIONES DE
COOPERACION
DELEGADO DEL SR RECTOR PARA EL
PROYECTO
PROSALUD FRONTERA SUR**



Paola del C. Ramirez Ch.
105487951
**TESISTA DE LA CARRERA
DE PSICOLOGIA CLINICA DEL AREA
DE SALUD HUMANA DE LA UNL**



Mgs. Karina Córdova
**DIRECTORA DEL PROYECTO PROSALUD
FRONTERASUR**

Anexo 4. Certificación de Traducción del Abstract

Loja, 14 de septiembre de 2022

Mgtr.


Edgar M. Castillo C.

**MAGÍSTER EN PEDAGOGÍA PARA LA ENSEÑANZA DEL IDIOMA INGLÉS
COMO LENGUA EXTRAJERA**

Certifica. -

Haber traducido de español a inglés el resumen del trabajo de integración curricular o titulación: **Estudio Multitemporal de los Factores Asociados a la Esquizofrenia en los Cantones de Macará y Huaquillas**, de la autoría de la estudiante Paola Del Cisne Ramírez Chalan, C.I.: 1105487951.

Es todo cuando puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo la interesada hacer uso del presente documento cuando lo considere conveniente.


Edgar M. Castillo C.
EFL TEACHER

Anexo 5. Certificación del Tribunal de Grado



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 25 de noviembre de 2022

En calidad del Tribunal calificador del Trabajo de Titulación de Grado titulado **ESTUDIO MULTITEMPORAL DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA ESQUIZOFRENIA EN LOS CANTONES DE MACARÁ Y HUAQUILLAS**, de la autoría de la Srta. **PAOLA DEL CISNE RAMÍREZ CHALAN** portadora de la cédula de identidad Nro. **1105487951** previo a la obtención del título de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por el miembro del Tribunal o por la Directora del Trabajo de Titulación, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del Trabajo de Titulación de Grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y Sustentación Pública.

APROBADO

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero Mgs
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Psic. Cl. Marco Vinicio Sanchez Salinas Mgs
VOCAL PRINCIPAL

Psic. Karina Ceibel Flores Flores Mgs
VOCAL PRINCIPAL