

no/a.

AUTOR

AÑO



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

RECUPERACIÓN FUNCIONAL Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA EN ENTORNOS
INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar por el título de Psicóloga con mención Clínica

Profesor Guía

MSc. Alberto Rodríguez Lorenzana

Autora

Alejandra Cornejo Carrión

AÑO

2019

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

"Declaro haber dirigido el trabajo, Recuperación Funcional y Bienestar Psicológico en pacientes diagnosticados con Esquizofrenia en entornos institucionalizados y no institucionalizados, a través de reuniones periódicas con la estudiante Alejandra Cornejo Carrión, en el semestre 2019-20, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

Alberto Rodríguez Lorenzana

Máster en Trastornos de la Comunicación

CI: 175644323-8

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

"Declaro haber revisado este trabajo, Recuperación Funcional y Bienestar Psicológico en pacientes diagnosticados con Esquizofrenia en entornos institucionalizados y no institucionalizados, de Alejandra Cornejo Carrión, en el semestre 2019-20, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

Guido Mascialino Casas

Ph.D en Psicología

ID: 24793-5

Jaime Alberto Terán Ochoa

Magister en Administración en Salud

CI: 1707993562

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.

Alejandra Cornejo Carrión

CI: 1715652085

AGRADECIMIENTOS

Agradezco mi familia y a mis padres, por estar conmigo en cada paso que doy y por haberme permitido llegar hasta este punto.

Agradezco a mis hermanas y hermano, por siempre apoyarme y ser una guía para mi.

Agradezco a mis profesores y profesoras, por transmitirme sus conocimientos a lo largo de mi vida estudiantil, en especial a Alberto por su guía y apoyo en todo este proceso.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a todas esas personas que han sido diagnosticadas con esquizofrenia, sepan que se está buscando una mejor calidad de vida para ustedes por medio de la investigación.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo contrastar el grado de recuperación funcional en relación al bienestar psicológico en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en entornos institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Quito. Cuenta con un enfoque cuantitativo, alcance correlacional comparativo y diseño no experimental transversal. El estudio se llevará a cabo en un entorno institucionalizado que corresponde a un hospital psiquiátrico especializado y en un entorno no institucionalizado que corresponde a una cooperativa de trabajo. La muestra incluirá mínimo 20 participantes, hombres y mujeres, que hayan sido diagnosticados con esquizofrenia en edades comprendidas entre los 18 y 45 años que pertenezcan a los entornos mencionados anteriormente. Como herramientas de recolección de datos se utilizarán dos escalas psicológicas: La Escala de Evaluación Funcional (FAST en inglés), para evaluar el continuo funcionamiento de los pacientes y detectar mínimos cambios producidos por tratamiento y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, que evalúa el bienestar psicológico en base a seis dimensiones principales. Estas escalas serán aplicadas una sola vez a cada participante. Una vez terminada la aplicación, y con los resultados obtenidos se realizará un análisis no paramétrico, por medio de la prueba U de Mann-Whitney y un análisis mediante la regresión logística usando como variables independientes la recuperación funcional y bienestar psicológico y como variable dependiente el entorno institucionalizado o no institucionalizado.

ABSTRACT

This investigation has the goal of countering the relationship of psychological well-being in patients diagnosed with schizophrenia in institutional environments and non-institutional environments in the city of Quito. It counts with a quantitative approach, a correlational comparative scope and a non-transversal experimental design. The study will take place in an institutional environment that will be a specialized psychological hospital and in a non-institutional environment that will be a working cooperative. The sample will include a minimum of 20 participants among men and women, that have been diagnosed with schizophrenia between the ages of 18 and 45 years old that are a part of the before mentioned environments. As data collection tools we will use two psychological scales: Functional Assessment Staging (FAST) Scale to evaluate the continuous functionality of the patients and to detect the minimum changes yielded by the treatment and the Ryff Scale of Psychological Well-being, to evaluate the psychological well-being based on six main dimensions. These scales will be applied only once to each participant. Once the application is finished, and with the results we will perform a non-parametric analysis, using the Mann-Whitney U and a logistic regression analysis using as independent variables the functional recovery and psychological well-being and as a dependent variable the institutional or non-institutional environment.

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. Justificación.....	3
3. Pregunta de investigación.....	6
4. Objetivos.....	7
4.1 Objetivo General.....	7
4.2 Objetivos específicos.....	7
5. Marco Teórico.....	7
Esquizofrenia.....	7
Recuperación Funcional.....	10
Bienestar Psicológico.....	11
Entorno institucionalizado y no institucionalizado.....	12
6. Hipótesis.....	15
7. Metodología del estudio.....	15
7.1 Tipo de alcance, diseño y enfoque.....	15
7.2 Muestreo/Participantes.....	16
7.2.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	16
7.3 Recolección de datos.....	17
7.3.1 Fast.....	17
7.3.2 Escala de bienestar psicológico de Ryff.....	17
7.4 Pre-validación del instrumento.....	18
7.5 Procedimiento.....	19
7.6 Análisis de datos.....	20
8. Viabilidad.....	20
9. Aspectos éticos.....	22
9.1 Consentimiento y asentamiento informado.....	22

9.2 Tratamiento de la información.....	22
9.3 Autoreflexibilidad.....	22
9.4 Consecuencia de la investigación.....	23
9.5 Devolución de resultados.....	23
9.6 Autorización para uso de tests.....	24
9.7 Derechos de autor.....	24
10. Análisis de estrategias de intervención.....	24
11. Cronograma.....	27
REFERENCIAS.....	31
ANEXOS.....	37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	16
Tabla 2.....	27

1. Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental grave de carácter crónico y altamente discapacitante, entre sus manifestaciones comunes se encuentran: alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento desorganizado y aplanamiento afectivo (Del Toro, Angulo y Zabaleta, 2011, p.93). La esquizofrenia es el cuarto trastorno psicótico más frecuente, y tiene una prevalencia mundial del 1% (Ojeda, Peña, Segarra, Sánchez, Eguiluz, Elizagarate, Gutiérrez y Ezcurra, 2009, p.3). Este trastorno aparece comúnmente durante la adolescencia y en la edad adulta. La esquizofrenia es más prevalente en hombres que en mujeres y suele aparecer comúnmente entre los 16 y 30 años de edad. Sin embargo, la edad de inicio varía, en mujeres el inicio de la sintomatología es más tardío que en hombres (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009, p.35). Debido a la edad de aparición de los síntomas y sus manifestaciones, la esquizofrenia causa deterioro funcional en el individuo que ocasiona que tanto la familia como la sociedad los desplacen y excluyan de varias actividades, llegando a transformarse una obligación para ellos (Lozano y Acosta, 2009, p.87).

En relación a la recuperación funcional, se entiende como funcionalidad a la capacidad de adaptación que posee una persona adulta productiva sin enfermedad, a las necesidades familiares, laborales y sociales (Lahera et al., 2016, p.98). La esquizofrenia causa un deterioro en el funcionamiento relacional, emocional y cognitivo que genera afectación funcional a nivel familiar, social y laboral del paciente (Ojeda et al., 2009, p.4). Esta afectación causa una limitación en la autonomía de las personas y genera dependencia hacia sus familiares y entorno. Por esta razón, actualmente los profesionales de la salud buscan una posibilidad alterna de tratamiento de la esquizofrenia la cual tiene como objetivo clínico la recuperación funcional. La recuperación funcional es entendida como un proceso el cual tiene como resultado objetivo la ausencia de enfermedad, misma que implica un descenso significativo de la

sintomatología y un funcionamiento completo a nivel social y laboral (Lahera et al., 2016, p.98).

Se entiende al bienestar psicológico como a la evaluación del funcionamiento óptimo de las personas por medio del desarrollo de sus capacidades y crecimiento personal (Rosa-Rodríguez et al., 2015, p.31). Dentro del bienestar psicológico, existe un bienestar subjetivo el cual puede entenderse como la evaluación realizada por las personas sobre su vida en relación a la satisfacción y afectividad (Ballesteros, Medina y Caicedo, 2006, p.240). En el apartado anterior se mencionó como la esquizofrenia genera deterioro en el funcionamiento de la persona, que crea afectaciones funcionales a nivel emocional, cognitivo y relacional. Se puede entonces, identificar un posible malestar psicológico en estos pacientes puesto que las dimensiones establecidas dentro del bienestar psicológico están relacionadas directamente con el funcionamiento óptimo de la persona (Blanco y Díaz, 2005, p.583). Por esta razón, se encuentra una estrecha relación entre la funcionalidad de un paciente y su bienestar psicológico.

Se entiende como entorno institucionalizado a todo establecimiento de salud mental, dedicado al diagnóstico y tratamiento de enfermedades psiquiátricas en internamiento y de forma ambulatoria (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2006, p.15). Por otro lado, se entiende a entorno no institucionalizado a cualquier alternativa a la hospitalización como: fundaciones, cooperativas de trabajo, centros de día, tratamiento ambulatorio, entre otros (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2006, p.16).

En el Ecuador, no existen datos que evidencien si la modalidad de tratamiento influye en la recuperación funcional y bienestar psicológico del paciente. Es por ello que el objetivo de esta investigación es contrastar el grado de recuperación funcional en relación al bienestar psicológico en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en entornos institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Quito mediante la toma de dos escalas psicológicas para establecer comparaciones de los resultados. De esta manera, se pretende brindar información basada en estadística a las personas que tienen esquizofrenia, sus

familias y profesionales de salud involucrados en el manejo de estos pacientes con fin de que la presente investigación sea un modelo para mejorar el tratamiento de esta enfermedad en el país, encontrando alternativas a la hospitalización para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

2. Justificación

La esquizofrenia es un trastorno mental psiquiátrico, altamente incapacitante, de curso crónico e impredecible caracterizado por sintomatología psicótica como alucinaciones, ideas delirantes, pensamiento y comportamiento desorganizado así como sintomatología negativa como el aplanamiento afectivo (Valencia, Caraveo, Colín, Verduzco y Corona, 2014, p.56). La esquizofrenia es una problemática de salud mental la cual tiene una prevalencia mundial del 1% (Organización Mundial de la Salud, 2016). En América Latina, se encontró que la prevalencia de las psicosis no afectivas y la esquizofrenia llega al 1,4% (Kohn, Levav, Caldas de Almeida, Vicente, Andrade, Caraveo-Anduaga, Saxena y Saraceno, 2005, p. 230). En Ecuador, este trastorno tiene una prevalencia variable según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; en el año 2015, hubo 1376 egresos con diagnóstico de esquizofrenia, trastornos delirantes y trastorno esquizotípico, de los cuales eran 722 hombres y 654 mujeres (INEC, 2015).

Además de la sintomatología psicótica, se puede entender a la esquizofrenia como algo más que delirios y alucinaciones dado al grave deterioro funcional asociado a esta patología que va acompañado de dificultades psicosociales, dependencia social y familiar, fracaso profesional y mala calidad de vida, entre otras dificultades (Silva y Restrepo, 2017, p.247). Estas dificultades generan estigma para las personas diagnosticadas con este trastorno dando paso a que la familia y sociedad los aparten, y se transforman en una obligación para la misma (Del Toro, Angulo y Zabaleta, 2011, p.94).

Debido a los datos de prevalencia y de incidencia, la esquizofrenia es un problema de salud pública grave. Se ha encontrado a nivel mundial que las

personas con algún tipo de trastorno mental tienen elevadas tasas de discapacidad y mortalidad (Organización Mundial de la Salud, 2016). La muerte prematura, siendo el suicidio su causa principal supera el 40% (Páez y Páez, 2017, p.11). Según un análisis económico en enfermedad mental realizado en Quito-Ecuador, en una muestra de 439 pacientes el 80% de los pacientes entrevistados requiere tratamiento farmacológico superior a 30 días lo que representa el 29% de sus ingresos, si ganasen la remuneración básica. Es decir, los pacientes con enfermedades crónicas gastan entre el 5% al 18% de su presupuesto individual o familiar (Camino, Chávez, Hernández, Villarroel, Romero y Guevara, 2017, p.92). Según el Ministerio de salud del Ecuador en su informe de evaluación del sistema de salud mental en el Ecuador (2008), para el estado Ecuatoriano la salud mental representa el 1.2% del presupuesto asignado a salud, de este valor asignado a los hospitales psiquiátricos les corresponde el 58,95%.

Un tercio de países a nivel mundial todavía carecen del presupuesto necesario para atender la salud mental de su población (OMS, 2011). En el Ecuador, no existe cobertura de servicios para salud mental suficiente. A causa de esto, existe un alto porcentaje de pacientes sin diagnóstico y sin recibir tratamiento, esto crea un mayor impacto social, familiar y laboral de esta enfermedad en el país. Gracias a esto, es común que las personas con esquizofrenia no cuenten con formación profesional lo que les limita en obtener dependencia económica, oportunidad laboral y los vuelve dependientes a sus familiares o instituciones de salud (Medina, Medina y Landeta, 2017, p.2).

Antes, el tratamiento para la esquizofrenia estaba orientado específicamente al tratamiento farmacológico. Este tratamiento se centraba principalmente en disminuir la sintomatología positiva sin embargo, el paciente aun presentaba dificultades a nivel emocional y funcional (Rodríguez-Blanco, Vidal-Mariño y Ríos-Lagos, 2017, p.78). Por esa razón, el abordaje y tratamiento frente a esta patología ha sido estudiado y actualmente no sólo se busca la disminución de los síntomas, se espera lograr un tratamiento integral en el cual se aborde

también la recuperación funcional como el bienestar psicológico del paciente a través de un abordaje psicosocial.

El interés de los profesionales de salud sobre el significado y conceptualización de la recuperación funcional ha incrementado gracias a las investigaciones existentes sobre el tratamiento, curso y etiología de la esquizofrenia. Como resultado existe una perspectiva esperanzadora la cual propone que el paciente logra obtener bienestar, autonomía, independencia y relaciones personales positivas que le proporcione alta calidad de vida mismo que se relaciona con un pronóstico positivo de la enfermedad (Silva y Restrepo, 2017, p.248).

Actualmente la recuperación funcional es objetivo principal de tratamiento puesto que se ha evidenciado en la literatura científica que varias personas con este diagnóstico lo consiguen (Lahera, Pérez-Fuster, Gálvez, Martínez, Sánchez y Roca, 2016, p.97). Gracias a su eficacia han surgido tratamientos integrales, en los cuales se concluye que para una persona con esquizofrenia, por medio de un manejo óptimo de los síntomas y reintegración psicosocial, la recuperación funcional se convertiría en una meta realista y alcanzable, razón por la cual es importante abordar e investigar sobre el tema (Valencia et al, 2014, p.60).

Además, se ha encontrado una estrecha relación entre la recuperación funcional y el bienestar psicológico en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia. El bienestar psicológico es un concepto relativamente reciente y su interés está orientado al desarrollo personal con dos objetivos principales: primero, en el esfuerzo y motivación por conseguir metas individuales y segundo, en el estilo y manera de afrontar retos vitales (Ryff & Keyes, 1995 citado en Blanco y Díaz, 2005, p.583). A partir de este supuesto, en una investigación se encontró que un constructo básico dentro del bienestar psicológico es el bienestar social (Blanco y Díaz, 2005, p.583). El bienestar de un individuo no depende solamente de la remisión sintomática pero va

estrictamente en conjunto con el desarrollo social de la persona es decir el bienestar psicológico.

Siguiendo la misma línea, Páez y Páez (2017) afirman que el manejo de la esquizofrenia debe tener como objetivo el facilitar la autonomía de estas personas. Para esto, se establece que el apoyo comunitario y familiar es indispensable. Además, la atención primaria de salud es fundamental para la detección, prevención, y atención integral para la esquizofrenia. Estos autores, argumentan la importancia de la capacitación al personal de salud para por medio de esto empezar la eliminación de la discriminación, estigmatización y violencia que reciben estas personas contando con el apoyo familiar e intervenciones psicosociales orientadas a la mejora de la autonomía, relaciones personales y vida cotidiana.

Actualmente en Ecuador no existen investigaciones que relacionan el grado de recuperación funcional en pacientes con esquizofrenia y su relación con el bienestar psicológico. Esta investigación dará un aporte adicional al campo de la psicología porque se evaluará si el tipo de ambiente institucionalizado influye en el grado de recuperación funcional de los pacientes y el bienestar psicológico a comparación de uno no institucionalizado. Se espera evidenciar mediante los resultados de la investigación si tratamientos alternativos a la hospitalización dentro del país que abarcan mucho más que un simple tratamiento farmacológico, logran una reinserción y autonomía en estos pacientes que repercutirá directamente en su bienestar psicológico y calidad de vida. Por todos los argumentos mencionados en este apartado, se evidencia la importancia de la realización de esta investigación.

3. Pregunta de investigación

¿Existe diferencia en el grado de recuperación funcional y bienestar psicológico en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en entornos institucionalizados y no institucionalizados?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Contrastar el grado de recuperación funcional en relación al bienestar psicológico en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en entornos institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Quito.

4.2 Objetivos específicos

- ❖ Determinar las diferencias del grado de recuperación funcional en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en entornos institucionalizados y no institucionalizados.
- ❖ Determinar las diferencias del grado de bienestar psicológico en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en entornos institucionalizados y no institucionalizados.
- ❖ Determinar la capacidad predictiva del nivel funcional y bienestar psicológico para diferenciar entre pacientes en entornos institucionalizados y no institucionalizados.

5. Marco Teórico

Esquizofrenia

La Organización Mundial de la Salud, (2018) define la esquizofrenia como un trastorno mental grave caracterizado por una alteración del pensamiento, lenguaje, conciencia, emociones y de la conducta. Dentro de las manifestaciones más comunes en este trastorno se encuentran: alucinaciones, delirios, conducta extravagante, discurso desorganizado y alteraciones en las emociones.

La esquizofrenia es el trastorno psicótico más frecuente ya que tres de cada cuatro cuadros psicóticos reciben este diagnóstico (Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena, 2006). La tasa de incidencia oscila entre el 0,04 y el 0,58 por cada 1000 habitantes y tiene una prevalencia entorno al 1% en la población general (Ojeda, Peña, Segarra, Sánchez, Eguiluz, Elizagarate, Gutiérrez y Ezcurra, 2009, p.5). En Ecuador, según el informe sobre el sistema de salud mental, se ha evidenciado que el 38% de ingresos en hospitales psiquiátricos reciben un diagnóstico de esquizofrenia, siendo el porcentaje más alto de diagnósticos emitidos (Ministerio de Salud del Ecuador, 2007).

Existen varios factores asociados a la esquizofrenia. Dentro de los más relevantes se encuentra: el sexo, la edad y el nivel socioeconómico. En relación al género, existe mayor incidencia en hombres que en mujeres en una proporción de 2-3:1 (Jarne et al., 2006). De igual forma, se ha encontrado que en los hombres existe un inicio temprano de la enfermedad (16 y 25 años) mientras que en mujeres el inicio suele ser entre los 25 y 35 años (Jarne et al., 2006). Esto puede ser entendido desde la hipótesis estrogénica misma que postula que las mujeres tienen un efecto protector de esta enfermedad por los estrógenos. Se ha encontrado que los estrógenos tienen un efecto modulador en los siguientes sistemas: glutamatérgico, serotoninérgico y dopaminérgico que promueve la regeneración neuronal. Además, se ha encontrado que los estrógenos causan un retardo en la aparición de la sintomatología de la enfermedad (Usall y Coromina, 2011, p.62).

En lo que respecta a la edad, se ha encontrado que el inicio de la enfermedad es al final de la adolescencia y durante la juventud. Aparece con frecuencia entre los 18 y 25 años de edad (Jarne et al., 2006).

En relación a su distribución, la esquizofrenia es una enfermedad universal que afecta a todas las etnias, culturas y clases sociales (Medina, Medina y Cepeda, 2017, p.2). Nuñez, Frómata y Hechavarria (2013), afirman que la esquizofrenia tiene mayor aparición en clases socioeconómicas bajas, debido a las

dificultades sociales y económicas de este grupo. Además, plantean que la aparición de la enfermedad también es usual en familias desorganizadas y disfuncionales que se ven afectados por limitaciones intelectuales que las relaciona con la pobreza. Esta afirmación se puede fundamentar mediante el modelo neuronal diátesis-estrés en la esquizofrenia. Este modelo plantea que frente a situaciones estresantes, el individuo produce mayor cortisol y este actúa sobre una vulnerabilidad preexistente, la misma que desencadena y/o empeora la sintomatología de la esquizofrenia (Jones y Fernyhough, 2006, p.1171).

Es importante tener en cuenta los antecedentes familiares ya que en esta patología el riesgo individual es mayor. La evidencia demuestra que tener una madre, padre o hermano con la enfermedad es un riesgo alto. Además, la edad paterna elevada en el momento de la concepción puede influir en el desarrollo de una esquizofrenia (Medina, Medina y Cepeda, 2017, p.2).

De igual forma, se ha encontrado que factores ambientales y sociales pueden desencadenar esta enfermedad y en general están relacionados con trastornos mentales como: violencia, desempleo, falta de educación, inseguridad, exclusión social (Medina, Medina y Cepeda, 2017, p.3).

Gracias a la investigación por medio de técnicas de imagen, se ha podido asociar a la esquizofrenia con anomalías en la estructura cerebral. Se ha encontrado que existe adelgazamiento de ciertas regiones y dilatación de los ventrículos. Además, en pacientes con esquizofrenia se ha encontrado anomalías funcionales como la reducción de la actividad metabólica en algunas regiones del cerebro. Es importante enfatizar que estas anomalías no se observan en todas las personas con esta enfermedad, sin embargo se ha encontrado en varios pacientes y sirven de referencia para comprender más la patología (Medina, Medina y Cepeda, 2017, p.2).

Actualmente, existe una teoría que relaciona a la esquizofrenia como un

trastorno del desarrollo del cerebro. Según el National Institute of Mental Health, esta enfermedad se produce cuando “las neuronas forman conexiones incorrectas durante el desarrollo del feto” estos defectos no se manifiestan hasta la pubertad (Flora de la barra, 2009, citado en Páez y Páez, 2017, p.12).

La esquizofrenia sigue siendo investigada, cada vez se está conociendo un poco más sobre esta enfermedad. Es importante tener en cuenta que todavía no se entiende a totalidad la misma, por lo que el tratamiento adecuado variará según los hallazgos encontrados.

Recuperación funcional

Se entiende como funcionalidad a la capacidad de adaptación que posee un individuo adulto y productivo sin enfermedad a las necesidades familiares, personales, sociales y laborales (Lahera et al., 2016, p.98).

La esquizofrenia ocasiona un deterioro profundo en el funcionamiento cognitivo, relacional y emocional que generan afectación en las capacidades funcionales a nivel social, laboral, personal y familiar del paciente (Ojeda et al., 2009). Además, crea limitación en la autonomía de estas personas que se convierte en un coste emocional, económico y de tiempo tanto para los familiares del paciente como para la sociedad en general (Ojeda et al., 2009).

A partir de esto, surge una posibilidad alterna de tratamiento el cual tiene como objetivo clínico la recuperación funcional. Esta se entiende como un proceso que tiene como resultado objetivo la ausencia de enfermedad, misma que implica un descenso significativo de la sintomatología y un funcionamiento completo a nivel social y laboral. Permite obtener en el paciente una actitud independiente al estado de enfermedad el cual le lleva a sentirse esperanzado, capaz y efectuar sus metas y decisiones (Lahera et al., 2016, p.98).

La recuperación funcional depende de factores externos, de características propias del paciente y del tratamiento, por lo que es complejo pronosticar quien la alcanzará (Silva y Restrepo, 2017, 248). Sin embargo, la evidencia

demuestra que “1 de cada 7 pacientes diagnosticados con esquizofrenia puede alcanzar la recuperación funcional si disponen de un tratamiento farmacológico y psicosocial adecuado” (Silva y Restrepo, 2017, p.248).

Es importante recalcar que el modelo de recuperación funcional exige la existencia de remisión sintomática como base, misma que permite alcanzar un mejor funcionamiento social, personal y cognitivo que provee una mejor calidad de vida (Silva y Restrepo, 2017, p.249). Se entiende a la esquizofrenia como un trastorno crónico, que no tiene “cura” sino “mejoría”, es por eso que dentro de este modelo se espera una mejoría a nivel funcional y de calidad de vida en el paciente, no un cambio de modo absoluto (Lahera et al., 2016, p.98).

Por esa razón, la recuperación funcional en la esquizofrenia implica mucho más que la remisión sintomática. Significa alcanzar mayor autonomía en el individuo para que el mismo sea capaz de manejar su propia vida (Silva y Restrepo, 2017, p.249).

Bienestar psicológico

Desde la última década se ha estudiado el bienestar principalmente desde dos corrientes. La primera, el bienestar subjetivo, el cual se refiere a la evaluación de aspectos cognitivos, afectivos y emocionales que influyen la satisfacción del individuo. La segunda, el bienestar psicológico, el cual se refiere a la evaluación del funcionamiento óptimo de las personas por medio del desarrollo de capacidades y crecimiento personal (Rosa-Rodríguez et al., 2015, p.33).

De estas dos corrientes, la de bienestar psicológico ha sido ampliamente estudiada en especial desde el modelo multidimensional de Carol Ryff (1989). Este modelo propone seis dimensiones principales: relaciones positivas con otras personas, auto-aceptación, dominio del entorno, autonomía, propósito de vida y crecimiento personal (1989 citado en Rosa-Rodríguez et al., 2015, p.34).

Como se mencionó en el apartado anterior, la esquizofrenia produce un deterioro en el funcionamiento de la persona a nivel cognitivo, relacional y

emocional por lo que genera afectaciones funcionales a este nivel. Teniendo en cuenta las dimensiones que propone la autora sobre el bienestar psicológico se puede evidenciar que estas pueden estar afectadas o no llegar a ser realizadas a su totalidad, lo que podría explicar un posible malestar psicológico en personas que padecen esta enfermedad.

Las dimensiones propuestas por la autora Carol Ryff están relacionadas con el funcionamiento óptimo del ser humano, y cómo este funcionamiento óptimo puede producir un elevado número de emociones positivas (Blanco y Díaz, 2005, p.582). Se puede entonces evidenciar la estrecha relación que existe entre la funcionalidad de un paciente y su bienestar psicológico.

Entorno institucionalizado y no institucionalizado

Según la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, se entiende como entorno a un espacio físico-ambiental en donde se desenvuelve la persona y consta de un medio interno, medio organizativo y un medio social (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2006, p.15).

Se hace referencia a entorno institucionalizado a todo establecimiento de salud mental, dedicado al diagnóstico y tratamiento de enfermedades psiquiátricas que cuentan con internamiento (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2006, p.15). La institución cumple con el compromiso de atención en las actividades básicas relacionadas con vestido, aseo, comida, atención médica, psiquiátrica y psicológica (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2006, p.15).

En Ecuador, el sistema Nacional de Salud esta constituido por instituciones públicas y privadas. El sector privado esta compuesto por entidades como hospitales, clínicas, consultorios, empresas de medicina pre-pagada y entidades sin fines de lucro como organizaciones no gubernamentales o de servicio social. Según Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2015), existen

acerca de 10.000 consultorios médicos privados a nivel nacional, ubicados principalmente en las ciudades capitales del país, los cuales cuentan con infraestructura y tecnología para prestar atención necesaria.

El sector público está conformado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y servicios de salud municipales y provinciales. Actualmente, el ministerio de salud cuenta con 3032 unidades distribuidas en 9 zonas, de primer, segundo y tercer nivel de atención (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

En cuanto a la atención de salud mental, en 21 de las 25 provincias del Ecuador se ofrece atención psiquiátrica en hospitales generales. El IESS mantiene atención psiquiátrica en 4 hospitales en el país, en los que también se presta atención ambulatoria. Además, mantiene sistema de aseguramiento por medio del ISSPOL, ISSFA que mantienen servicios de psiquiatría en hospitales de Quito, Guayaquil y Esmeraldas. En las entidades privadas que prestan servicios de salud mental se encuentra el Instituto de Neurociencias en Guayaquil, Hospital San Juan de Dios en Quito y Santo Domingo, Hospital psiquiátrico Sagrados Corazones en Quito y el Centro de Reposo y Adiciones en Cuenca (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

Por otro lado, se entiende a entorno no institucionalizado a cualquier alternativa a la hospitalización, como por ejemplo, fundaciones, cooperativas de trabajo, centros de día, tratamiento ambulatorio, entre otros (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2006).

Ha surgido el modelo comunitario de psiquiatría como alternativa al entorno institucionalizado. El modelo comunitario realiza mucho más allá de una contención hospitalaria, busca las estrategias a utilizar para lograr adaptación del paciente a la comunidad (Taborda, Montoya, Gómez, Arteaga y Correa, 2015, p.47).

El modelo comunitario busca establecer un vínculo entre los centros de atención hospitalaria donde se realiza un acompañamiento que favorece la inclusión de los pacientes a lo largo del tratamiento a la comunidad. En un estudio realizado (PRISM) demuestra una mayor eficacia de intervención comunitaria frente a servicios hospitalarios en pacientes con psicosis (Taborda, Montoya, Gómez, Arteaga y Correa, 2015, p.47).

La primera experiencia de abordaje comunitario en salud mental se puede considerar en Estados Unidos en el año 1955 en donde se produce una reducción de residentes en hospitales psiquiátricos, y cierre de dichas instituciones (Bachrach, 1997 citado en, Laviana, 2012, p.460). Harding realiza seguimiento del proceso de cierre de hospitales psiquiátricos en Vermont y afirma la correlación entre progresos personales y sociales con la existencia de programas de rehabilitación psicosocial y sistemas de apoyo comunitario (Laviana, 2012, p.460).

De igual forma, se ha encontrado evidencia empírica sobre sistemas de atención comunitaria, mostrando su efectividad en distintas condiciones locales. En el Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda, Canadá, Suecia, Noruega y Finlandia se ha venido desarrollando cambios en la organización y funcionamiento del sistema de salud mental basados en la desinstitucionalización, construyendo alternativas comunitarias satisfactorias para usuarios y familiares (Laviana, 2012, p.461).

En Ecuador, no existe aplicación de abordajes comunitarios para enfermedad mental. Huertomanías, es lo más cercano a un abordaje comunitario y psicosocial para enfermedad mental en nuestro país puesto que cumple con las características mencionadas anteriormente. Surge en el año 2014 como una alternativa inclusiva para personas con trastornos mentales. Huertomanías tiene como objetivo ser una fuente de empleo para personas que sufren de alguna enfermedad mental y que por esa razón no han podido encontrar

trabajo y/o seguir estudiando (El telégrafo, 2017).

6. Hipótesis

- ❖ **Hipótesis:** El grado de recuperación funcional y bienestar psicológico es mayor en entornos no institucionalizados.
- ❖ **Hipótesis nula:** No existe diferencia en el grado de recuperación funcional y bienestar psicológico en entornos institucionalizados o no institucionalizados.
- ❖ **Hipótesis alternativa:** El grado de recuperación funcional y bienestar psicológico es menor en entornos no institucionalizados.

7. Metodología del estudio

7.1 Tipo de alcance, diseño y enfoque

La presente investigación es de diseño no experimental transversal, este diseño consiste en observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos, en este caso a personas diagnosticadas con esquizofrenia en entornos institucionalizados y no institucionalizados. Asimismo, es transversal puesto que se va a realizar recolección de datos en un único momento tanto en pacientes que pertenecen a un entorno institucionalizado como a pacientes que pertenecen a un entorno no institucionalizado para después realizar la comparación (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.19).

El enfoque es cuantitativo, ya que por medio de la recolección de datos se busca probar la hipótesis planteada utilizando para ello mediciones numéricas y analizando los datos de forma estadística (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.4).

El alcance de esta investigación es correlacional comparativo, puesto que la misma tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que

exista entre dos variables (recuperación funcional y bienestar psicológico) en una muestra y comparar ese grado de relación en distintos contextos (entorno institucionalizado o no institucionalizado) (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.19).

7.2 Muestreo/participantes

Esta investigación será realizada en el hospital psiquiátrico San Juan de Dios (entorno institucionalizado) y en la cooperativa Huertomanías (entorno no institucionalizado) ubicados en Quito, en dónde se tomará en cuenta a todos los pacientes y participantes diagnosticados con esquizofrenia que cumplan con los criterios de inclusión, indicados en la tabla en el siguiente apartado.

Esta investigación tiene una muestra no probabilística, dado que la elección de la muestra no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación. Es un muestreo por conveniencia, puesto que ambos entornos escogidos están disponibles y son de acceso fácil para la investigadora (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.393). Es por eso que la muestra de la investigación se calcula que será de un mínimo de 20 participantes (10 parte del entorno institucionalizado y 10 parte del entorno no institucionalizado). Esta puede variar dentro de la investigación debido a que va a depender del número de pacientes que estén ingresados tanto en el entorno institucionalizado y no institucionalizado al momento de la recogida de datos.

7.2.1 Criterios de inclusión y exclusión

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes diagnosticados con esquizofrenia. • Hombres y mujeres entre los 18 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes diagnosticados con esquizofrenia con consumo problemático de sustancias psicoactivas en el último año.

<p>y 45 años de edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes internados en entorno institucionalizado y parte de entorno no institucionalizado. • Pacientes con tratamiento psiquiátrico, que no presenten sintomatología positiva en los últimos 2 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes diagnosticados con esquizofrenia que hayan tenido un TCE severo con pérdida de consciencia de más de 5 minutos.
--	---

7.3 Recolección de datos/Herramientas a utilizar

7.3.1 FAST

La Escala de Evaluación Funcional (FAST en inglés) permite medir de forma continua el funcionamiento de pacientes psiquiátricos y detectar cambios mínimos producidos por los distintos tratamientos, en relación a mejoría o empeoramiento de síntomas. Es una escala sencilla, rápida y de fácil aplicación. Cuenta con 24 ítems, tiene una alta fiabilidad α : 0,9 (Osorio-Martínez, 2017, p.18) y permite integrar sin problema tanto en la práctica clínica como en la investigación. Los 24 ítems se dividen en 6 áreas específicas de funcionamiento que son: autonomía, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo, finanzas, relaciones personales y finalmente, ocio (Ribeiro et al., 2008, p.5).

7.3.2 Escala de Bienestar psicológico de Ryff

El bienestar psicológico ha sido medido por varios investigadores a lo largo de los últimos años, siendo la escala de bienestar psicológico de Ryff (1995) una de la más conocidas y validada α : 0.6-0.8 (Pineda-Roa, Castro-Muñoz y Chaparro-Clavijo, 2018, p.12). Esta escala considera este constructo en base a seis dimensiones principales: crecimiento personal, autonomía, dominio del entorno, relaciones positivas, propósito de vida y auto aceptación. La escala

cuenta con 39 ítems y tiene un total de 234 puntos como máximo (Páez, 2008, p.47). Además de obtener una puntuación global se puede analizar cada dimensión por separado y evidenciar que dimensión está más afectada o menos afectada ya que según Ryff el bienestar psicológico es un constructo multidimensional que comprende elementos emocionales y cognitivos (Páez, 2008, p.47).

7.4 Pre-validación del instrumento

El objetivo de esta investigación es contrastar el grado de recuperación funcional en relación al bienestar psicológico en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en entornos institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Quito, para lo cual se emplearán dos escalas para evaluar funcionalidad y bienestar psicológico en un solo momento para comparar resultados. Las escalas a utilizar son: Escala de Evaluación Funcional (FAST) y Escala de bienestar psicológico de Ryff.

Para la validación de estos instrumentos se realizó una investigación sobre la utilización de las escalas en estudios anteriores y su uso en pacientes con esquizofrenia. Posteriormente, se pasó a la fase con el docente guía para la revisión de los instrumentos. Se concretó reuniones con el docente para dicha revisión, en donde se identificó la pertinencia de los instrumentos y la justificación del uso de los mismos en el estudio. En la siguiente fase, se procedió a realizar las correcciones necesarias en la justificación del uso de las pruebas y se realizó la redacción de un **documento de Pre-validación** (Ver Anexo 1) en base a los comentarios realizados por el docente, para finalmente gestionar la aprobación por escrito del mismo: Alberto Rodríguez (Ver Anexo 2).

7.5 Procedimiento

En primer lugar se procederá a realizar el primer contacto con el hospital psiquiátrico especializado (Hospital San Juan de Dios) y el entorno no institucionalizado (Huertomanías), en donde se hablará con los directivos a cargo y se les explicará sobre la investigación y sobre las fases del estudio para proceder a gestionar los procesos administrativos dentro de cada establecimiento.

En segundo lugar, se socializará la investigación con los pacientes, para que sepan de que se trata la investigación. Se les explicará las actividades a realizar y se les invitará a participar asegurándoles que su participación es totalmente voluntaria, anónima y que solo será la aplicación de 2 escalas, por ello, los pacientes que estén de acuerdo procederán a la siguiente fase.

Una vez que se tengan los posibles participantes contactados, se procederá a realizar el emparejamiento de los mismos según sexo y edad, para que ambos grupos sean similares en cuanto a estas características demográficas teniendo en cuenta los criterios de inclusión para la investigación.

Al tener identificados los participantes tanto en entorno institucionalizado como no institucionalizado se aplicará las dos escalas de manera individual en un espacio sin distracciones asignado dentro del entorno específico previo a la firma del consentimiento informado, de no estar en capacidad, el participante firmará un asentimiento informado y su tutor legal firmará el consentimiento informado.

Una vez terminada la recogida de datos, se empezará a realizar la tabulación y el procesamiento de datos, este será totalmente confidencial como es explicado en el consentimiento informado. Finalmente, se realizará el análisis de datos que se explica a profundidad en el siguiente apartado.

7.6 Análisis de datos

El análisis de datos cuantitativos se realizará mediante el programa de computador "R". "R" es un lenguaje de libre de uso para análisis estadísticos y gráficos. Este software cuenta con variedad de análisis estadísticos (modelado lineal y no lineal, pruebas estadísticas clásicas, clasificación, etc.) y variedades gráficas. Al ser un programa de libre uso, se puede utilizar en diferentes plataformas y sistemas de computación, es compatible tanto para Windows como para MacOS (The R Foundation, 2019).

Debido a la muestra pequeña el tipo de análisis a realizar será un análisis no paramétrico. Para el primer y segundo objetivo específico se utilizará la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney que permite comparar dos muestras independientes (recuperación funcional y bienestar psicológico) pacientes institucionalizados y no institucionalizados (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Por otro lado, para el tercer objetivo específico se realizará el análisis mediante una regresión logística usando como variables independientes recuperación funcional y bienestar psicológico y como dependiente la variable categórica binaria, el entorno (institucionalizado y no institucionalizado) (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

8. Viabilidad

Para el análisis de viabilidad de esta investigación, se consideran los siguientes aspectos importantes.

Tiempo: El tiempo de realización de la investigación será un total 16 semanas en las cuales se destinarán 8 semanas para la preparación del mismo y la aplicación de las baterías y las siguientes 8 semanas estarán destinadas al análisis y comparación de resultados.

Acceso al grupo de estudio: El acceso al grupo de estudio, pacientes diagnosticados con esquizofrenia que cumplan los criterios de exclusión e inclusión, es viable puesto que se realizó un acercamiento con el Director de docencia del Hospital San Juan De Dios y con la directora de la cooperativa Huertomanías. Ambos manifestaron interés por la realización de la presente investigación. El hecho de que los pacientes estén en entornos específicos facilita el acercamiento a los mismos ya que se encontrarán en un lugar específico durante el tiempo que tome la investigación.

Disponibilidad de tutor académico para guiar el estudio: Para esta investigación, se cuenta con un docente guía que tiene experiencia en el tema de estudio, pues ha trabajado varios años en investigaciones similares. Además, el docente ha brindado su tiempo en revisiones y correcciones desde su conocimiento sobre el tema.

Disponibilidad de recursos: Los recursos a utilizar en la investigación serán las dos escalas a aplicar. Se ha realizado el proceso para la solicitud de permiso a los autores de las pruebas para la utilización de las mismas y fue aceptado. Estas pruebas son de uso público por lo que se puede acceder fácilmente a las dos escalas en español. Además, se necesitará otros materiales como copias, transporte, esferos y lápices que correrán por la cuenta del estudiante.

Sugerencias y/o recomendaciones: Se sugiere contar con la ayuda de profesionales parte del entorno institucionalizado como el entorno no institucionalizado puesto que las evaluaciones pueden incomodar o dificultarse por el desconocimiento de los pacientes con el evaluador, de esta manera, se podrá manejar de manera adecuada cualquier eventualidad.

Como recomendaciones se sugiere que se tomen en cuenta los resultados obtenidos de esta investigación para tener como referencia para el tratamiento

de pacientes con esquizofrenia, orientado a la mejora en la funcionalidad y bienestar psicológico.

9. Aspectos éticos

9.1 Consentimiento y asentimiento informado

Para este proyecto de investigación se solicitará a cada participante la firma del consentimiento informado (ver Anexo 3). Los participantes libremente aceptarán su participación en el estudio después de haber leído y comprendido los términos y condiciones. El consentimiento será claro e incluirá toda la información sobre la investigación. En el caso de que el paciente tenga un tutor debido a la enfermedad, el consentimiento informado lo firmará el tutor legal y el paciente firmará un asentimiento informado (ver Anexo 4).

9.2 Tratamiento de la información

La información de los participantes dentro de esta investigación será tratada bajo los parámetros de confidencialidad, sólo podrá romperse cuando la vida del paciente o de terceros esté en peligro. Esto se especificará en el consentimiento informado. Toda la información de los pacientes será anónima por lo que a cada participante se le asignará un código alfanumérico para de esta manera evitar manejar datos personales de los participantes.

9.3 Autoreflexividad

Esta investigación fue motivada, debido a que la esquizofrenia es una enfermedad crónica que causa deterioro funcional a las personas y las limita considerablemente, causando desgaste en su calidad de vida. Además, en Ecuador se entiende a la esquizofrenia directamente relacionada con hospitalización y no existen tratamientos alternos para esta patología. Quiero evidenciar mediante esta investigación la posibilidad de abordar la patología

por medio de tratamientos integrales que tengan como objetivo la recuperación funcional y abordaje psicosocial.

9.4 Consecuencia de la investigación

Los participantes en esta investigación tendrán riesgos mínimos ya que la aplicación de las dos escalas es corta, no es intrusiva y les permitirá conocer el grado de recuperación y bienestar psicológico logrado. Los riesgos asociados a este estudio son mínimos puesto que no incluye ningún tipo de estrés para los participantes y no existe ningún riesgo físico.

Dentro de las limitaciones de la investigación, se encuentra el no poder determinar si el contexto limita la funcionalidad y bienestar de los pacientes o si debido a la distinta funcionalidad y bienestar de los pacientes es que se los establece en un entorno específico, o si es una combinación de ambas. Sin embargo, dentro del estudio se podrán plasmar diferencias dentro de los dos entornos las cuales aportarán a la comunidad científica en el ámbito de la psicología debido a que no existen estudios relacionados con el tema dentro del país, además que permitirá evaluar alternativas de tratamiento que promuevan una mejor calidad de vida para personas diagnosticadas con esquizofrenia.

9.5. Devolución de resultados

La devolución de resultados es el último paso a seguir dentro de la investigación y es de suma importancia realizarlo para cumplir con el respaldo ético de la investigación. Se realizará una reunión con los directivos del entorno institucionalizado y no institucionalizado para hacer la devolución de resultados de manera oral y escrita. Además, si algún paciente requiere la devolución de resultados personalmente, se pedirá autorización en los dos entornos trabajados para realizar la entrega personalmente.

9.6. Autorización para uso de tests

Se realizó la petición para la autorización del uso de tests a sus respectivos autores y fue aceptada. Además, la escala de bienestar psicológico de Ryff, como la escala FAST son de libre uso. Por lo que se puede descargar e utilizar ambas escalas libremente y se encuentra así mismo, en la versión español.

9.7. Derechos de autor

El presente trabajo es propiedad intelectual de la Universidad de Las Américas, como lo establece el Reglamento de titulación de la Universidad en el literal número 13, además, indica este reglamento que los estudiantes con motivos extraordinarios para requerir que la propiedad intelectual les corresponda, deberán solicitarlo al decanato de su carrera, quienes junto con la vicerrectoría y la dirección de coordinación docente emitirán una respuesta a dicha petición en 30 días desde su solicitud (Universidad de Las Américas, 2013, p. 8).

10. Análisis de estrategias de intervención

En este apartado se procederá a analizar las diferentes perspectivas de intervención de la esquizofrenia. En primer lugar, se enfatiza la importancia de un tratamiento integral debido a la sintomatología que presentan los pacientes. Es necesario el abordaje interdisciplinar mediante la colaboración de distintos profesionales como: médicos psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. De esta manera se puede lograr responder a las necesidades médicas, psicológicas y sociales del paciente (Guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia, 2009, p.131).

Siguiendo la misma línea, según Falloon (2004), quien ha realizado estudios en relación a la implementación de tratamientos integrados, toda persona con esquizofrenia debe ser atendida por medio de un tratamiento integral el cual incluya tratamiento farmacológico, intervenciones psicosociales y modalidades

de seguimiento y de atención en la comunidad (citado en, Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009, p.76).

En lo que respecta al tratamiento farmacológico, dentro de la revisión bibliográfica realizada se ha encontrado la importancia del mismo frente a la sintomatología que se presenta en la esquizofrenia. La evidencia recomienda la utilización de antipsicóticos de segunda generación y/o primera generación como primera opción de tratamiento puesto que se ha encontrado una mejor tolerancia en la persona y menor riesgo tardío. Así mismo, se recomienda prescribir el fármaco con precaución y teniendo en cuenta el mínimo daño posible al paciente. Además, la introducción debe ser de forma gradual con dosis bajas de medicación acompañada de psicoeducación del tratamiento tanto al paciente y a sus familiares (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009, p.51).

Por otro lado, dentro de la intervención psicosocial se encuentra el abordaje psicológico y social para el paciente. Dentro de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009), se establece que dicha intervención debe ser llevada a cabo por profesionales con formación específica, con experiencia y disponibilidad para mantener atención y seguimiento a largo plazo.

Dentro del abordaje psicológico, se recomienda la psicoeducación, psicoterapia individual y familiar. Es importante enfatizar que las intervenciones psicológicas mencionadas han sido encontradas por la evidencia como las más efectivas sin embargo, no significa que necesariamente funcionarán con todas las personas diagnosticadas con esquizofrenia. Se debe tomar en cuenta las características individuales, sociales y familiares de cada persona (Centro Nacional de Investigación en evidencia y tecnologías en Salud, 2014).

La psicoeducación es ampliamente recomendada porque es un paso importante a tomar puesto que por medio de esta se puede transmitir a los

familiares y a los pacientes los planes de tratamiento a seguir y tomar en cuenta las necesidades y dudas que tengan para abordar de mejor manera (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009, p.87).

Gracias a la evidencia científica, se ha encontrado la terapia cognitivo conductual como una de las más eficaces para el abordaje individual para personas con esquizofrenia. Esta terapia se utiliza como opción de tratamiento para la atención de la sintomatología positiva, a pesar de recibir el tratamiento farmacológico. De igual forma, se ha encontrado que la terapia cognitivo conductual ayuda a desarrollar insight, incrementa adherencia al tratamiento farmacológico y ayuda a sintomatología ansiosa y depresiva presente en pacientes con esquizofrenia (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009, p.80).

Siguiendo la misma línea, la evidencia afirma la importancia de la terapia de rehabilitación cognitiva puesto que se ha encontrado que mejora el funcionamiento cognitivo que comúnmente se ve afectado en personas con esquizofrenia. Se recomienda la terapia de rehabilitación cognitiva dentro del entorno cotidiano del paciente (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009, p.92).

Por otro lado, dentro de la intervención familiar se recomiendan para la reducción del estrés familiar que repercute en la mejora del funcionamiento social del paciente. La intervención familiar debe ser orientada hacia los familiares más cercanos que conviven con el paciente. Debe incluir al paciente en la misma y debe ser añadida al tratamiento habitual del paciente con una duración mínima de 6 meses (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009, p.89).

Dentro del abordaje psicosocial se manejan también aspectos como entrenamiento de habilidades sociales, apoyo a la inserción laboral y recursos

de vivienda. En cuanto al entrenamiento de habilidades sociales debe estar presente en el tratamiento del paciente, orientado a pacientes con dificultades en interacciones sociales en su funcionamiento cotidiano. En el apoyo de inserción laboral, se recomienda que los especialistas dentro de servicios de salud mental con colaboración del personal social apoyen activamente y faciliten el acceso a programas específicos de trabajo que incorporen este tema como parte de su intervención, que permiten obtener modalidades de apoyo adaptadas a las diferentes necesidades y habilidades del paciente. En cuanto a recurso de vivienda, se aconseja favorecer la elección del paciente a aquellos lugares donde la persona desee vivir, teniendo en cuenta el derecho de la persona a vivir en el entorno más normalizado posible. Se debe ofrecer el apoyo necesario y posible para que la persona pueda acceder y mantenerse en ese entorno (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009, p.95).

Finalmente, La Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia (2009), afirma la importancia de la intervención por parte de trabajo social. Se recomienda realizar un estudio del contexto en el que se desenvuelve el paciente a nivel social y familiar para poder identificar las posibles afectaciones en el paciente y que puedan ser abordadas dentro del tratamiento.

11. Cronograma

Tabla 2

Cronograma

Semana	Actividades	Descripción
Semana 1	Contacto con los directivos del entorno institucionalizado (Hospital San Juan de Dios)	En primera instancia se realizará al primer contacto con el Hospital San Juan de Dios. En donde se hablará con los directivos

		a cargo para proceder a gestionar procesos administrativos de la institución.
Semana 2	Contacto con los directivos del entorno no institucionalizado (Huertomanías).	Se realizará al primer contacto con la cooperativa Huertomanías. En donde se hablará con los directivos a cargo para proceder a gestionar procesos administrativos de la institución.
Semana 3	Contactar a los posibles participantes del entorno institucionalizado (Hospital San Juan de Dios).	Se contactará a los posibles participantes del Hospital San Juan de Dios y se evidenciará si cumplen con los criterios de inclusión, y se procederá agendar una cita para la aplicación de las baterías.
Semana 4	Contactar a los posibles participantes del entorno no institucionalizado (Huertomanías).	Se contactará a los posibles participantes de la cooperativa Huertomanías y se evidenciará si cumplen con los criterios de inclusión, se procederá agendar una cita para la aplicación de las baterías.
Semana 5	Aplicación de las dos escalas en el entorno institucionalizado (Hospital San Juan de Dios).	Se aplicará las dos escalas a 5 pacientes identificados, 1 paciente por día. La evaluación durará aproximadamente 30 minutos

		por paciente.
Semana 6	Aplicación de las dos escalas en el entorno institucionalizado (Hospital San Juan de Dios).	Se aplicará las dos escalas a 5 pacientes identificados, 1 paciente por día. La evaluación durará aproximadamente 30 minutos por paciente.
Semana 7	Aplicación de las dos escalas en el entorno no institucionalizado (Huertomanías).	Se aplicará las dos escalas a 5 pacientes identificados, 1 paciente por día. La evaluación durará aproximadamente 30 minutos por paciente.
Semana 8	Aplicación de las dos escalas en el entorno no institucionalizado (Huertomanías).	Se aplicará las dos escalas a 5 pacientes identificados, 1 paciente por día. La evaluación durará aproximadamente 30 minutos por paciente.
Semana 9	Transcripción de resultados de la escala de bienestar psicológico del entorno institucionalizado (Hospital San Juan de Dios).	Se añadirá los resultados de la escala al documento de base de datos de la investigación.
Semana 10	Transcripción de resultados de la escala de funcionalidad del entorno institucionalizado (Hospital San Juan de	Se añadirá los resultados de la escala al documento de base de datos de la investigación.

	Dios).	
Semana 11	Transcripción de resultados de la escala de bienestar psicológico del entorno no institucionalizado (Huertomanías).	Se añadirá los resultados de la escala al documento de base de datos de la investigación.
Semana 12	Transcripción de resultados de la escala de funcionalidad del entorno no institucionalizado (Huertomanías).	Se añadirá los resultados de la escala al documento de base de datos de la investigación.
Semana 13	Análisis de datos	Se realizará la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.
Semana 14	Análisis de datos	Se realizará el análisis del tercer objetivo mediante una regresión logística.
Semana 15	Análisis de datos	Se procederá a aceptar o rechazar las hipótesis planteadas.
Semana 16	Presentación de resultados	Finalmente, se escribirán los resultados obtenidos en la investigación, y se realizará reuniones en los dos entornos para presentar los resultados de manera escrita y oral a la directiva de los dos entornos trabajados.

REFERENCIAS

- Blanco, A., y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17, 580-587.
- Ballesteros, B., Medina, A., y Caycedo C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Univ. Psychol. Bogotá* 5 (2), 239-258. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n2/v5n2a04.pdf>
- Camino, A., Chávez, C., Hernández, V., Villarroel, C., Romero, P., y Guevara, C. (2017). Análisis del costo económico de los medicamentos usados en patologías psiquiátricas: el tercio de los ingresos de un paciente se consumen en fármacos. *Revista Facultad Ciencias Médicas* 42(2), 91-95
Recuperado de revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/download/.../1445/
- Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud. (2014). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/ETS/GPC-Esquizofrenia-Completa.pdf>
- Ciudad, A., Bobes, J., Álvarez, E., San, L., Novick, D., y Gilaberte, I. (2011). Resultados clínicos relevantes en esquizofrenia: remisión y recuperación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 4, 53-65
Recuperado de <https://doi-org.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/10.1016/j.rpsm.2010.12.002>
- Del toro, J., Angulo, C., y Zabaleta, M. (2014). Terapia psicológica para esquizofrenia: una realidad. *Revista de la facultad de ciencias de la salud*, 8 (1), 93-98. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4788216.pdf>
- El telégrafo. (2017). Huertomanías, una alternativa inclusiva para personas con trastornos mentales. 7 de Octubre, 2017 Recuperado de

<https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/179/11/huertomanias-una-alternativa-inclusiva-para-personas-con-trastornos-mentales>

Guía Práctica Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. (2009). Servicio Murciano de Salud: Murcia. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf

Grupo de trabajo de la Guía de práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. (2009). Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2006). Institucionalización y dependencia. Madrid: IMSERSO. Recuperado de <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/institucionalizacion.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). *Anuario de Estadísticas de Salud: Camas y Egresos Hospitalarios 2015*. Recuperado de: [www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones - Cam_Egre_Host/Anuario_camasyegresos_hospitalarios_2015.xlsx](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones-Cam_Egre_Host/Anuario_camasyegresos_hospitalarios_2015.xlsx)

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.

Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E., y Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Editorial UOC: Barcelona. Recuperado de <http://www.digitialiapublishing.com.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/visor/1013>

Jones, S., y Fernyhough, C. (2006). A New Look at the Neural Diathesis–Stress Model of Schizophrenia: The Primacy of Social-Evaluative and Uncontrollable Situations. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1171–1177. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl058>

Kokaçya, M., Virit, O., Cöpoğlu, U., Savaş H., Ari, M., y Bahçeci, B. (2016). Symptomatic Remission Determines Functional Improvement and

Quality of Life in Schizophrenia. *Arch Neuropsychiatry*, 53, 328-333. DOI: 10.5152/npa.2016.11327

- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, JM., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, S., y Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamá de Salud Pública*, 18(4/5), 229–40. Recuperado de http://publications.paho.org/spanish/01_ARTI_Kohn.pdf
- Lahera, G., Pérez-Fúster, V., Gálvez, J., Martínez, M., Sánchez, P., y Roca, M. (2016). ¿Es posible la recuperación funcional en la esquizofrenia?: un análisis cuali-cuantitativo de la opinión de los psiquiatras. *Actas Españolas Psiquiatría* 44 (3), 97-106.
- Laviana, M. (2012). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología* (30) (2), 459-476. Recuperado de <file:///Users/alejandracornejo/Downloads/425-954-1-SM.pdf>
- Lozano, L. y Acosta, R. (2009). Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia. *Revista Médica*, 17(1), 87-94. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a13.pdf>
- Medina, M., Medina, M., y Cepeda, M. (2017). Esquizofrenia un problema de salud pública. Ecuador: EDIMEC. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/13970>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Modelo de atención de salud mental, en el marco del modelo de atención integral de salud (MAIS) con enfoque familiar, comunitario e intercultural*. Recuperado de <http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/bitstream/28000/4846/4/Anexo%207.pdf>
- Ministerio de Salud del Ecuador. (2007). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf

- Ministerio de Salud del Ecuador. (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 OMS (IESM-OMS)*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf
- Núñez, A., Frómata, C., Hechavarria, D. (2013). Factores ambientales y genéticos asociados a la esquizofrenia paranoide en el área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(2):141-150.
- Ojeda, N., Peña, J., Segarra, R., Sánchez, P., Eguiluz, I., Elizagarate, E., Gutiérrez, M., y Ezcurra, J. (2009). La predicción del diagnóstico de esquizofrenia. Publicaciones Deusto: Bilbao, España. Recuperado de <http://www.digitaliapublishing.com.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/visor/17558>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Programa de Acción para superar las brechas en Salud Mental. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Esquizofrenia*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es>
- Osorio-Martínez, Miriam. (2017). Esquizofrenia y funcionamiento: medición con la escala breve de evaluación del funcionamiento y correlación con los años de enfermedad. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(1), 17-22. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i1.13016>
- Páez, D. (2008). Cuaderno de Prácticas de Psicología Social y Salud: Fichas Técnicas sobre Bienestar y Valoración Psico-Social de la Salud Mental. Manuscrito no publicado. San Sebastián: Universidad del País Vasco. Recuperado de <https://www.ehu.eus/documents/1463215/1492921/Salud+2008+Ficha+Tecnica+I++Bienestar+y+Valoraci%C3%B3n+Psico-Social+de+la+Salud+Mental>

- Páez, R., y Páez, A. (2017). Esquizofrenia un problema de salud pública. Ecuador: EDIMEC. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/13970>
- Pineda-Roa, C., Castro-Muñoz, J., y Chaparro-Clavijo, R. (2018). Estudio psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 44-55. DOI:10.11144/Javerianacali.PPSI16-1.epeb
- Ribeiro, A., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Godelieve van Riel, W., Mar Bonnín, C., Ayuso-Mateos, J., Ferrier, N., Kapczinski, F., y Vieta, E. (2008). Prueba breve de evaluación de funcionamiento (FAST). CIBERSAM: Barcelona. Recuperado de http://bi.cibersam.es/media/1003/guia_de_administracion.pdf
- Rosa-Rodríguez, Y., Negrón, N., Maldonado, Y., Quiñonez, A., y Toledo, N. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33 (1), 31-43 Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/799/79933768003.pdf>
- Rodríguez-Blanco, L., Lubrini, G., Vidal-Mariño, C. y Ríos-Lago, M. (2017). Eficacia de la rehabilitación cognitiva de la atención, funciones ejecutivas y memoria operativa en los trastornos psicóticos. Revisión sistemática. *Actas Especialidad Psiquiatría*, 45(2), 167-78. Recuperado de: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/19/108/ESP/19-108-ESP-167-78-183074.pdf>
- Ryff, C., y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Silva, A. y Restrepo, D. (2017). Recuperación funcional en esquizofrenia. *Revista Colombiana Psiquiatría*, 20 (2), 246-255. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.08.004>
- Taborda, E., Montoya, M., Gómez, N., Arteaga, L., y Correa, O. (2015). Intervención de la esquizofrenia desde el modelo comunitario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 46-50. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n1/v45n1a08.pdf>

- The R Foundation. (2019). The R Project for Statistical Computing. Recuperado de <https://www.r-project.org/>
- Universidad de Las Américas. (2013). *Reglamento para la ejecución y presentación de trabajos de titulación*. Recuperado de: <https://www.udla.edu.ec/wp-content/uploads/2015/06/Reglamento-titulacion-2015.pdf>
- Usall, J., y Coromina, M. (2001). Género y esquizofrenia. Recordatorio de semiología: Barcelona. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Judith_Usall/publication/267920085_Genero_y_esquizofrenia/links/55b5de6a08ae092e96559c18/Genero-y-esquizofrenia.pdf
- Valencia, M., Caraveo, J., Colín, R., Verduzco, W., y Corona, F. (2014). Remisión sintomática y recuperación funcional en pacientes que padecen esquizofrenia. *Salud mental* 37(1), 59-74 Recuperado de <https://login.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ith&AN=95486489&lang=es&site=eds-live>

ANEXOS

Anexo 1

Documento de Pre-Validación

Título

Recuperación funcional y bienestar psicológico en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en entornos institucionalizados y no institucionalizados.

Objetivos

Objetivo General: Contrastar el grado de recuperación funcional en relación al bienestar psicológico en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en entornos institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Quito.

Objetivos específicos:

1. Determinar las diferencias del grado de recuperación funcional en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en entornos institucionalizados y no institucionalizados.
2. Determinar las diferencias del grado de bienestar psicológico en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en entornos institucionalizados y no institucionalizados.
3. Determinar la capacidad predictiva del nivel funcional y bienestar psicológico para diferenciar entre pacientes en entornos institucionalizados y no institucionalizados.

Las herramientas para recolectar los datos son:

FAST

La Escala de Evaluación Funcional (FAST en inglés) permite medir de forma continua el funcionamiento de pacientes psiquiátricos y detectar cambios mínimos producidos por los distintos tratamientos, en relación a mejoría o empeoramiento de síntomas. Es un escala sencilla, rápida y de fácil aplicación.

Cuenta con 24 ítems, tiene una alta fiabilidad α : 0,9 (Osorio-Martínez, 2017) y permite integrar sin problema tanto en la práctica clínica como en la investigación. Los 24 ítems se dividen en 6 áreas específicas de funcionamiento que son: autonomía, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo, finanzas, relaciones personales y finalmente, ocio (Ribeiro et al., 2008).

Escala de Bienestar psicológico de Ryff

El bienestar psicológico ha sido medido por varios investigadores a lo largo de los últimos años, siendo la escala de bienestar psicológico de Ryff (1995) una de la más conocidas y validada α : 0.6-0.8 (Pineda-Roa, Castro- Muñoz y Chaparro-Clavijo, 2018). Esta escala considera este constructo en base a seis dimensiones principales: crecimiento personal, autonomía, dominio del entorno, relaciones positivas, propósito de vida y auto aceptación. La escala cuenta con 39 ítems y tiene un total de 234 puntos como máximo (Páez, 2008). Además de obtener una puntuación global se puede analizar cada dimensión por separado y evidenciar que dimensión está más afectada o menos afectada ya que según Ryff el bienestar psicológico es un constructo multidimensional que comprende elementos emocionales y cognitivos (Páez, 2008).

REFERENCIAS

- Osorio-Martínez, Miriam. (2017). Esquizofrenia y funcionamiento: medición con la escala breve de evaluación del funcionamiento y correlación con los años de enfermedad. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(1), 17- 22. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i1.13016>
- Páez, D. (2008). Cuaderno de Prácticas de Psicología Social y Salud: Fichas Técnicas sobre Bienestar y Valoración Psico-Social de la Salud Mental. Manuscrito no publicado. San Sebastián: Universidad del País Vasco. Recuperado de <https://www.ehu.eus/documents/1463215/1492921/Salud+2008+Ficha+Tecnica+I++Bienestar+y+Valoraci%C3%B3n+Psico-Social+de+la+Salud+Mental>

Pineda-Roa, C., Castro-Muñoz, J., y Chaparro-Clavijo, R. (2018). Estudio psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 44-55. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI16-1.epeb

Ribeiro, A., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Godelieve van Riel, W., Mar Bonnín, C., Ayuso-Mateos, J., Ferrier, N., Kapczinski, F., y Vieta, E. (2008). Prueba breve de evaluación de funcionamiento (FAST). CIBERSAM: Barcelona. Recuperado de http://bi.cibersam.es/media/1003/guia_de_administracion.pdf

Anexo 2
Solicitud de Pre-Validación

Quito, 14 de Mayo, 2019

SOLICITUD PRE-VALIDACION DEL INSTRUMENTO

La presente tiene por objeto solicitar su colaboración para la revisión, evaluación y pre-validación del contenido de **Alejandra Cornejo Carrión**, el mismo que será aplicado en el estudio denominado "**Recuperación funcional y bienestar psicológico en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en entornos institucionalizados y no institucionalizados**", el cual será presentado como trabajo de titulación para optar por el título de Psicólogo mención Clínico.

A continuación firman los presentes:



Alberto Rodríguez
Tutor



Alejandra Cornejo Carrión
Estudiante

Anexo 3
Modelo de Consentimiento Informado



Consentimiento informado

Yo, _____, he sido invitado/a a participar en un estudio denominado: **“Recuperación funcional y bienestar psicológico en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en entornos institucionalizados y no institucionalizados”** que es un proyecto de investigación que se realiza con finalidad de obtener el título de Psicóloga Clínica de la Universidad de Las Américas.

Comprendo que mi participación en el estudio es completamente voluntaria, en conocimiento que la información que yo entregue será confidencial.

Conozco que los resultados generados en la investigación no incluirán ningún tipo de información que me identifique y que estos serán de dominio público, según lo que establece la ley orgánica de Educación Superior.

Entiendo que es un deber ético de la investigadora reportar a los profesionales competentes, situaciones en donde están en riesgo grave de salud e integridad física o psicológica, del participante y/o su entorno cercano.

He leído y entiendo esta hoja de consentimiento y estoy de acuerdo a participar en este estudio.

Firma de participante

Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con Alejandra Cornejo al teléfono 0997055911 o ponerse en contacto con la carrera de psicología de la Universidad de las Américas, teléfono 3981000.

Anexo 4

Modelo de Asentimiento Informado



Asentimiento informado

Yo, _____ he sido invitado/a participar en un estudio denominado “**Recuperación funcional y bienestar psicológico en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en entornos institucionalizados y no institucionalizados**” que es un proyecto de investigación que se realiza con la finalidad de obtener el título de Psicóloga Clínica de la Universidad de las Américas.

Comprendo que mi participación en el estudio es completamente voluntaria, estoy en el conocimiento que la información que él/ella entregue será **confidencial**.

Conozco que los resultados generados del estudio no incluirán ningún tipo de información que me identifique y que estos serán de dominio público, según lo que establece la ley orgánica de Educación Superior.

Entiendo que es un deber ético de la investigadora reportar a los profesionales competentes, situaciones donde están en riesgo grave la salud e integridad física o psicológica, del participante y/o su entorno cercano.

He leído y entiendo esta hoja de asentimiento y estoy de acuerdo en que mi tutorado participe en este estudio.

Firma del Participante

Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con Alejandra Cornejo Carrión al teléfono 0997055911 o ponerse en contacto con la carrera de Psicología de la Universidad de Las Américas , Tel. 3981000

