



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Informe final de investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

TRABAJO DE TITULACIÓN

Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en tratamientos institucionalizado y
ambulatorio

Autora: Pamela Alejandra Vallejo Andrade

Tutor: Mgs. Luis Gonzalo Erazo Salcedo

Riobamba – Ecuador

2021

APROBACIÓN DEL TUTOR

Mgs. Luis Gonzalo Erazo Salcedo, docente de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo.

CERTIFICO

Haber asesorado y revisado el informe final del proyecto de investigación titulado **“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN TRATAMIENTOS INSTITUCIONALIZADO Y AMBULATORIO”**, realizado por la Srta. PAMELA ALEJANDRA VALLEJO ANDRADE con C.C. 0604178228, el mismo que cumple con los parámetros establecidos por la institución, por lo tanto, se encuentra **APROBADO Y APTO PARA PRESENTARSE A LA DEFENSA.**

Para constancia de lo expuesto firma:



Firmado electrónicamente por:
**LUIS GONZALO
ERAZO SALCEDO**

.....
Mgs. Luis Gonzalo Erazo Salcedo

TUTOR

Riobamba, 03 de junio de 2021.

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del Tribunal de Graduación del proyecto de investigación titulado “CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN TRATAMIENTOS INSTITUCIONALIZADO Y AMBULATORIO”, presentado por la Srta. Pamela Alejandra Vallejo Andrade con C.C. 0604178228, dirigido por Mgs Luis Gonzalo Erazo Salcedo.

Una vez realizado el informe final del proyecto de investigación escrito, con fines de titulación, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remiten la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:

Mgs. Luis Gonzalo Erazo Salcedo

Tutor



Firmado electrónicamente por:
**LUIS GONZALO
ERAZO SALCEDO**

.....

Mgs. César Eduardo Ponce Guerra

Miembro de Tribunal



Firmado electrónicamente por:
**CESAR EDUARDO
PONCE GUERRA**

.....

Mgs. Diego Armando Santos Pazos

Miembro de Tribunal



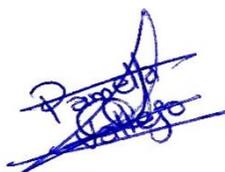
Firmado electrónicamente por:
**DIEGO ARMANDO
SANTOS PAZOS**

.....

Riobamba, 24 de junio de 2021

AUTORÍA

Yo, Pamela Alejandra Vallejo Andrade con C.C 0604178228, declaro ser responsable de las ideas, resultados y propuestas planteadas en este proyecto de investigación sobre **“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN TRATAMIENTOS INSTITUCIONALIZADO Y AMBULATORIO”** y que el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



.....
Pamela Alejandra Vallejo Andrade

0604178228

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres y hermana por su luz y risas que me impulsaban a seguir escribiendo, por su apoyo, su amor constante, sus abrazos y por escuchar atentos cada vez que les hablo de psicología.

Gracias a los maestros que encendieron mi pasión por la carrera y nutrieron mis conocimientos con sus enseñanzas, anécdotas, amabilidad, humildad y generosidad, sus frases y consejos resuenan en mi mente y me ayudan a tomar las mejores decisiones cada vez que estoy frente a un paciente.

A la Universidad Nacional de Chimborazo, por ser mi segundo hogar y recibirme con los brazos abiertos para aprender, divertirme, madurar y crecer como persona y profesional.

Y a los amigos, compañeros de risas, llantos, deberes, lecciones, sustos, bailes improvisados, conversaciones interminables, que hicieron que la vida doliera un poquito menos y los problemas siempre tuvieran una solución.

DEDICATORIA

A todas las personas que tienen esquizofrenia, no se preocupen, la empatía va a vencer.

“Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea
apenas otra alma humana”

-Carl Jung.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	i
DEDICATORIA	ii
ÍNDICE	iii
ÍNDICE DE CUADROS	iv
ÍNDICE DE FIGURAS	v
RESUMEN	vi
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
Objetivos	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	12
Población	13
Muestra	13
Criterios de selección	14
Algoritmo de búsqueda	15
Métodos y procedimientos	18
Consideraciones éticas	19
CAPÍTULO III: DESARROLLO	20
Manejo integral del paciente con esquizofrenia	30
CONCLUSIONES	36
ANEXOS	45

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Criterios de selección.....	14
Cuadro 2. Factores que intervienen en la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia.....	21
Cuadro 3. Comparación entre tratamientos institucionalizado y ambulatorio	28
Cuadro 4. Técnicas e intervenciones para el manejo del paciente con esquizofrenia	31
Cuadro 5. Técnicas psicológicas según fases de la enfermedad.....	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Algoritmo de búsqueda	15
---------------------------------------	----

RESUMEN

La calidad de vida en la esquizofrenia está determinada por factores sociodemográficos y clínicos que benefician o empeoran el adecuado desarrollo de la misma, el tratamiento de esta patología ha evolucionado desde el encierro y aislamiento en hospitales psiquiátricos hasta una atención ambulatoria que integre al paciente dentro de su comunidad e incluya a sus familiares dentro del proceso terapéutico y farmacológico. El objetivo de esta investigación fue describir la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en tratamientos institucionalizado y ambulatorio según varios autores, con el fin de identificar los elementos que intervienen y qué tipo de tratamiento arroja mejores resultados para la recuperación y calidad de vida, para ello se realizó una revisión bibliográfica con enfoque cuantitativo-cualitativo, la población estuvo conformada por 3.393 documentos divulgados en bases de datos científicas dentro de los últimos 7 años (2014-2021), posteriormente siguiendo los criterios de inclusión se escogieron 84 documentos de los cuales, en base a un segundo filtro de lectura crítica, fueron seleccionados 42 documentos como muestra final, distribuidos en 28 artículos científicos, 8 tesis, 4 documentos de carácter normativo y 2 guías de práctica clínica. Para la valoración metodológica y recolección de datos, se utilizó la Matriz de Revisión Bibliográfica (Bonifáz, 2020), junto con el índice de citación ACC mayor o igual a 1,5 para garantizar la calidad científica e investigativa de los artículos, además del indicador bibliométrico SCImago Journal Rank (SJR) para otorgar el factor de impacto de las revistas científicas consultadas. Los resultados apuntan como determinantes más influyentes en la calidad de vida en la esquizofrenia a la ocupación, la integración social, la gravedad del cuadro, el tipo de tratamiento y el prejuicio social.

Palabras clave: calidad de vida, esquizofrenia, institucionalizado, ambulatorio.

ABSTRACT

Quality of life during schizophrenia is determined by sociodemographic and clinical factors that benefit or worsen its adequate development. This pathology treatment has evolved from confinement and isolation in psychiatric hospitals to outpatient care that integrates the patient into the community and includes family members in the therapeutic and pharmacological process. The objective of this research was to describe the quality of life in patients with schizophrenia in institutionalized and outpatient treatment according to various authors, in order to identify the elements involved and which type of treatment provides the best results for recovery and quality of life, with this purpose a literature review was conducted with a quantitative-qualitative approach, the population consisted of 3. 393 documents disclosed in scientific databases within the last 7 years (2014-2021), subsequently following the inclusion criteria 84 documents were chosen from which, based on a second critical reading filter, 42 documents were selected as the final sample, distributed in 28 scientific articles, 8 theses, 4 documents of a normative nature and 2 clinical practice guidelines. For methodological assessment and data collection, the Bibliographic Review Matrix (Bonifáz, 2020) was used, as well as the ACC citation index greater than or equal to 1.5 to guarantee the scientific and research quality of the articles, in addition to the bibliometric indicator SCImago Journal Rank (SJR) to give the impact factor of the scientific journals consulted. The results point to the following as the most influential determinants for quality of life in schizophrenia the occupation, social integration, severity of the condition, type of treatment and social prejudice.

Key words: quality of life, schizophrenia, institutionalized, outpatient.

Reviewed by:

MsC. Edison Damian Escudero

ENGLISH PROFESSOR

C.C.060189059

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

La calidad de vida hace referencia a la percepción que tiene el individuo acerca de su posición en el entorno en el que se desenvuelve, en el contexto cultural, en el sistema de valores en los que se encuentra y en relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1996), está muy relacionada al concepto de salud que implica no sólo la ausencia de enfermedad, es así, que la calidad de vida constituye la percepción subjetiva del individuo acerca de su bienestar físico, psíquico, social y espiritual, dependiente en gran medida con los propios valores y creencias (OMS, 1948).

Algunas medidas establecidas para describir la relación entre calidad de vida y salud son: *subjetivas*, referidas al impacto de la enfermedad sobre el paciente, *multidimensionales*, concernientes al aspecto físico, emocional, social e interpersonal, *inclusión de sentimientos positivos y negativos* y *la temporalidad* que abarca la edad, etapa vital y momento en el que se presenta la enfermedad (OMS, 1948).

Bobes et al. (1996), señalan la existencia de una dualidad objetiva-subjetiva del concepto de calidad de vida, la parte objetiva hace referencia a los aspectos sociales de la persona como tener acceso a un trabajo, nivel de autonomía y relaciones interpersonales (Rapp et al., 1998), en cambio el componente subjetivo se refiere al propio sentimiento de bienestar, felicidad, armonía o satisfacción (Bradburn, 1969).

A su vez, Robles et al. (2016), plantean que la calidad de vida es la suma de sensaciones subjetivas y personales del *sentirse bien*, reflejada en la capacidad para realizar actividades diarias y mantener un control respecto a las enfermedades o su tratamiento. En varias ocasiones, la calidad de vida se ha empleado para describir el nivel de satisfacción experimentado por la persona en parámetros específicos de su vida, la comodidad generada por la adecuada solvencia económica, facilidades para cubrir sus necesidades básicas e incluso la felicidad (Benítez, 2016).

El estudio de la calidad de vida empezó a ser un tema de interés para la psiquiatría y psicología a partir de la década de los 60 con el cambio de políticas sanitarias para los pacientes con trastornos mentales crónicos, lo que implicó la desinstitucionalización de los mismos hacia residencias comunitarias alternativas (Dompablo, 2017). Investigaciones que han comparado la calidad de vida entre personas sin psicopatología, personas con trastorno

mental común y personas con trastorno mental grave, en donde se incluiría la esquizofrenia, dieron como resultado que la calidad de vida de este último grupo es significativamente menor, el empleo y la red social también reflejan mucho más déficit en comparación con los otros dos grupos (Pinho et al., 2017).

En ese sentido Anthony Lehman en 1998, se convirtió en el pionero en prestar atención a la calidad de vida de las personas con patologías mentales crónicas, planteando que la calidad de vida engloba aspectos personales, condiciones objetivas de vida y satisfacción con estas condiciones de vida, además creó la *Entrevista de Calidad de Vida* (QoLI) para medir aspectos subjetivos y objetivos en pacientes mentales crónicos (Dompablo, 2017).

La esquizofrenia, al ser un trastorno mental de larga duración, caracterizado por problemas significativos en el área cognitiva, emocional, comportamental y social del sujeto con perturbaciones en el pensamiento y en la manera de percibir el mundo que lo rodea, se ubica dentro de este grupo de trastornos, formando parte de las diez enfermedades que representan una *Carga Mundial de Enfermedad*, colocándose en 4º lugar respecto a los diagnósticos más comunes y ubicándose dentro de las primeras causas de discapacidad en personas entre 18 y 44 años (Wente, 2016), con importantes afectaciones en la calidad de vida.

A su vez, la esquizofrenia de inicio temprano (EOS) que comprende la aparición de la enfermedad en personas menores de 15 años y la esquizofrenia de inicio muy temprano (VEOS) que abarca el inicio de la patología en personas menores de 13 años, representan el 12-33% y 1% de las esquizofrenias respectivamente, son poco comunes, sin embargo poseen un peor pronóstico debido a su gran carga de sintomatología sobre todo negativa y alta resistencia al tratamiento (Diéguez et al., 2015), suponiendo también graves consecuencias en la calidad de vida.

Sobre los antecedentes de la esquizofrenia, ésta “no se convirtió en una enfermedad digna de tratamiento hasta el siglo XIX” (Sadock y Sadock, 2008, p. 467). En un inicio se empleó el término *démence précoce* (demencia precoz) para describir al sujeto que presentaba alucinaciones y delirios de forma constante hasta que Eugene Bleuler (1908), acuñara oficialmente el término de esquizofrenia dentro de la bibliografía médica (Bleuler, como se citó en Sadock y Sadock, 2008), con esto se separó el deterioro cognitivo, de la esquizofrenia, resaltando que no necesariamente ésta incluye una afectación progresiva en la cognición.

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2010), la define como “una enfermedad mental grave caracterizada por pensamientos incoherentes o ilógicos, comportamiento y habla extraños y delirios o alucinaciones” (p.188). La OMS (2019), por su parte, indica que más de 21 millones de personas en todo el mundo padecen esta patología, resaltando que las mismas tienen 2 y 2,5 más probabilidades de morir a una temprana edad que el conjunto de la población, siendo su prevalencia mayor en el sexo masculino.

A nivel mundial, Estados Unidos (2.5 %) y Canadá (1.8 %) están por encima de los demás países desarrollados en cuanto a porcentajes de discapacidad por esquizofrenia (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018). A nivel de Latinoamérica, se destacan países como Chile (2.1 %), Argentina, Uruguay y Costa Rica, con el 1.9 %, evidenciándose que Sudamérica se ve altamente afectada por este trastorno (OPS, 2018). Con base en las cifras presentes en cada país es notable que un gran porcentaje de la sociedad se ve afectada por esta patología y sus consecuencias son significativas en la calidad de vida.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), plantea dentro de los criterios diagnósticos de la esquizofrenia los siguientes:

G1. Al menos uno de los síntomas o signos incluidos en el apartado 1, o al menos dos de los síntomas incluidos en el apartado 2, deben estar presentes la mayor parte del tiempo y durante un episodio de enfermedad psicótica de **por lo menos 1 mes de duración** (o durante algún tiempo la mayor parte de los días)

1. Por lo menos uno de los siguientes:
 - a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
 - b) Ideas delirantes de ser controlado, influido o de pasividad, referidas claramente al cuerpo, movimientos de los miembros, pensamientos, acciones o sensaciones específicas.
 - c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca de la persona, u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
 - d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son completamente imposibles.
2. O al menos dos de los siguientes:
 - a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad cuando se presentan a diario durante al menos un mes, cuando se acompañan de ideas delirantes (que pueden ser

fugaces o poco estructuradas) sin contenido afectivo claro, o cuando se acompañan de ideas sobrevaloradas persistentes.

- b) Neologismo, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a un discurso incoherente o irrelevante.
- c) Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo y estupor.
- d) Síntomas negativos, como marcada apatía, pobreza del discurso y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales que no responden a depresión o medicación neuroléptica.

G2. Criterios de exclusión:

- 1. Si el paciente también cumple criterios de un episodio maniaco o depresivo, los criterios G1.1 y G1.2 deben darse antes del desarrollo del trastorno de humor.
- 2. El trastorno no es atribuible a una enfermedad orgánica cerebral, intoxicación o abstinencia de alcohol u otras drogas.

Nota: estos criterios generales se aplican para la esquizofrenia paranoide, hebefrénica, catatónica e indiferenciada, con excepción de la esquizofrenia simple. (OMS, 1994, p.71)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), señala los siguientes:

- A. Dos o más de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser 1, 2 o 3:
 - 1. Delirios
 - 2. Alucinaciones
 - 3. Discurso desorganizado (p.ej., disgregación o incoherencia frecuente)
 - 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico
 - 5. Síntomas negativos
- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o adolescencia,

fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de 6 meses. Este período de 6 meses ha de incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos, los signos del trastorno pueden manifestarse únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo, depresivo o bipolar con características psicóticas porque no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o si se han producido, solo han estado presentes durante una mínima parte de la duración total de los periodos activo y residual de la enfermedad.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológico de una sustancia como droga o medicamentos o a otra afectación médica.
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o un trastorno de comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante mínimo 1 mes. (APA, 2014, pp: 54-55)

Entre las características clínicas proporcionadas por la CIE-10, se mencionan distorsiones en el pensamiento y la percepción, afectos embotados o inapropiados, incluyendo como psicopatología más frecuente: “eco, inserción, robo o difusión del pensamiento, ideas delirantes de ser controlado, influencia o pasividad, voces alucinatorias comentando o discutiendo sobre el paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas negativos” (OMS, 1994, p.70). En lo concerniente a la sintomatología se encuentran los **síntomas positivos** caracterizados por percepciones alteradas con cambios en la visión, audición, olfato, tacto y gusto, pensamientos distorsionados y comportamientos extraños con pérdida del sentido común de la realidad (National Institute of Mental Health [NIMH], 2020).

Aquí se hallan las *alucinaciones* que son percepciones sensoriales falsas producidas en ausencia de un estímulo real, pueden ser visuales, auditivas (más frecuente), olfatorias,

táctiles, cenestésicas o cinestésicas (Sistema General de Seguridad en Salud - Colombia, 2014).

También las *ideas delirantes* que son creencias falsas basadas en una inferencia incorrecta sobre la realidad externa, las cuales se sostienen firmemente a pesar de no existir un estímulo, motivación o pruebas objetivas y verdaderas que las respalden, estas creencias no son compartidas por el grupo cultural (Sistema General de Seguridad en Salud - Colombia, 2014). El sujeto tiene la certeza de que su idea o pensamiento es real, entre los delirios más comunes se encuentran: el delirio de persecución, referencia, celotípico, erotomaniaco, de grandeza, religioso o místico e hipocondríaco.

Trastornos formales del pensamiento de tipo positivo referidos a un pensamiento desorganizado, ideas distorsionadas y disfuncionales que se acompañan de una seria dificultad para organizar y conectar de forma lógica los pensamientos y hablar con coherencia, dando origen también un *lenguaje distorsionado* dentro del discurso (Becerra y Rojas, 2018).

Aquí se ubican, *el descarrilamiento*, en el cual se cambia de una idea a otra con fluidez pero con gran desviación del tema a partir de una palabra (asociación laxa), por ello la idea inicial no se relaciona en absoluto con la idea final, *tangencialidad*, en donde se dan respuestas a las preguntas de manera imprecisa o vaga, *circunstancialidad*, aquí el paciente ofrece información excesivamente detallada, se aprecia mucha divagación en su discurso con datos innecesarios y que no se relacionan con la pregunta inicial, *incoherencia*, referida a un diálogo incomprensible, confuso, asemejándose a una ensalada de palabras, *ilogicalidad*, reflejada cuando el individuo llega a una conclusión sin obedecer a una secuencia lógica de pensamiento, *la asociación fonética*, caracterizada por el uso de rimas y juegos de palabras con asociaciones de doble sentido, *fuga de ideas* reflejada en cambios constantes de tema donde se pierde el sentido central de la conversación, los *neologismos* o creación de palabras nuevas que solo el paciente descifra y *la ecolalia* o repetición de palabras o frases escuchadas (Arrufat, 2008).

El comportamiento desorganizado o inusual manifestado en conductas extrañas o extravagantes como movimientos y gestos repetitivos (ecopraxia), manierismos, murmuraciones y risas para sí mismo, aspecto desaliñado y afecto extravagante (desconexión entre la emoción y la expresión) (Sistema General de Seguridad en Salud - Colombia, 2014).

Y por último el *comportamiento catatónico* reflejado en alteraciones motoras caracterizadas por excitación, rigidez, flexibilidad cérica, mutismo o negativismo. La persona puede mantenerse en posturas completamente rígidas, extrañas, incómodas e inmóviles por largas horas, incluso días (Sistema General de Seguridad en Salud - Colombia, 2014).

Se presentan también **síntomas negativos** que se identifican por la pérdida de motivación, escaso interés, aislamiento social, problemas en el control y expresión de emociones y pérdida de disfrute en las actividades diarias (NIMH, 2020). Aquí se incluyen *el embotamiento afectivo* visto como la restricción o ausencia de la respuesta emocional y pérdida total o parcial de la intensidad al momento de expresar las emociones (Sistema General de Seguridad en Salud - Colombia, 2014).

La *abulia*, que es la pérdida total o parcial de la voluntad dada por la imposibilidad de tener iniciativa frente a las actividades ni energía para realizarlas, la *anhedonia* en la que se genera incapacidad para experimentar placer y satisfacción al momento de realizar cualquier actividad, la persona no disfruta hacer absolutamente nada o lo que antes le generaba agrado ahora le es completamente indiferente (Sistema General de Seguridad en Salud - Colombia, 2014).

Trastornos formales del pensamiento de tipo negativo en donde se destaca la *alogia*, referida a la pobreza en el pensamiento que se manifiesta en el lenguaje, existiendo respuestas muy simples, cortas, monosilábicas o incluso falta de respuestas, se acompaña de *bloqueo*, definido como la interrupción brusca en el curso del pensamiento que se experimenta como “quedarse en blanco” y cuando el pensamiento se retoma aparece una nueva idea que ya no permite continuar con el curso del pensamiento antes desarrollado, *la latencia en la respuesta incrementada*, referida a la demora al momento de dar una respuesta a una pregunta planteada y *el pensamiento perseverante* o dificultad para cambiar de idea, haciendo que el paciente desarrolle su pensamiento y conversación siempre entorno a un mismo tema o respuesta dando origen a una verbigeración (Arrufat, 2008).

La *apatía* concierne a la disminución de la motivación y deseo para llevar a cabo cualquier actividad con negación a realizarlas y la *ambivalencia afectiva* o presencia de sentimientos contrarios frente a una misma situación (Palao, 2008).

Como se aprecia, la sintomatología presente en el trastorno dificulta en gran medida el desarrollo funcional de la persona, afecta su comportamiento, pensamiento, afectividad, y

obstaculiza la adaptación social, laboral y expresión emocional, provocando un desequilibrio en varias esferas que componen la calidad de vida.

En cuanto a su clasificación se mencionan varios tipos: la *esquizofrenia paranoide* en la que predominan los delirios usualmente paranoides (persecución, referencia, de grandeza) acompañados de alucinaciones frecuentemente auditivas, no existen alteraciones en el afecto, en la voluntad, el lenguaje ni síntomas catatónicos, o si se presentan, son poco notables (OPS, 2008). Las ideas delirantes y las alucinaciones dominan el cuadro siendo muy marcados, y los síntomas negativos si se presentan son muy leves.

La *esquizofrenia hebefrénica* en la que se resalta un comportamiento caótico, excéntrico e impredecible acompañado de manierismos, alteraciones afectivas, pensamiento desorganizado y un lenguaje incoherente, se acompaña de ideas delirantes y alucinaciones de forma momentánea y fraccionada. Existe tendencia al aislamiento social con pronóstico reservado debido al rápido desarrollo de la sintomatología negativa. Normalmente su diagnóstico debe hacerse en adolescentes o adultos jóvenes, no obstante, existen casos en los que se presenta en los últimos años de la infancia (OPS, 2008).

La *esquizofrenia catatónica* caracterizada por alteraciones en la actividad motora y expresión, el paciente puede permanecer inmóvil, practicar movimientos repetitivos (automatismos) o mantenerse en posturas rígidas durante horas, días e incluso semanas (Blanco, 2018). Se alterna de la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo, las posturas catatónicas pueden estar combinadas con estados oníricos (OPS, 2008).

La *esquizofrenia indiferenciada* en la que no existe sintomatología característica o dominante de un solo tipo específico de esquizofrenia, es decir, existe combinación de síntomas de varios subtipos o califican para más de uno (Blanco, 2018), la *esquizofrenia residual* que supone una cronicidad en el desarrollo de la esquizofrenia con marcada presencia de síntomas negativos, resaltándose el enlentecimiento psicomotor, embotamiento afectivo, apatía, pasividad, pobreza en el lenguaje y las expresiones faciales con evidente descuido personal y retraimiento social (OPS, 2008), acompañado de una descompensación total en el paciente y síntomas resistentes al tratamiento (Blanco, 2018).

Finalizando con la *esquizofrenia simple* caracterizada por comportamientos extravagantes, incapacidad para cumplir con las normas sociales, deterioro en el rendimiento general reflejado en la pérdida de la iniciativa, retraimiento social, vacuidad. Se acompaña de

síntomas negativos como apatía, abulia, pobre discurso y comunicación gestual, embotamiento afectivo y pasividad con evidentes bajas en el rendimiento académico y ocupacional. Su inicio es precoz, se presenta mayormente en la infancia y en algunos casos en la adolescencia, es relevante resaltar que en ningún momento se presentan los síntomas del criterio G1 para F20.0- F20.3, ni tampoco alucinaciones o delirios bien estructuradas (OPS, 2008).

En Ecuador, el 38% de pacientes ingresados a hospitales psiquiátricos presentan un diagnóstico de esquizofrenia y la consulta externa cuenta con el 21.7 % de pacientes, siendo la enfermedad más prevalente (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2017). Además, en un estudio en la Pontificia Universidad Católica, sede Esmeraldas, se obtuvo que la esquizofrenia presentó una prevalencia del 70%, comparada con otras enfermedades psiquiátricas (Bolaños, 2016).

La edad de inicio suele ser durante la adolescencia o al entrar a la edad adulta, son frecuentes síntomas prodrómicos que pueden diferenciarse desde edades muy tempranas y que alertarían sobre la futura presencia del trastorno (MSP, 2017), autores como Bender, Kanner, Kolvin y Rutter ampliaron el concepto de esquizofrenia infantil, dando paso a un diagnóstico de esquizofrenia de inicio en la infancia, la cual se caracteriza por retrasos en el desarrollo del lenguaje, la percepción, el movimiento, abandono de los hábitos, aislamiento social, marcada irritabilidad, apatía (Enríquez y Ochoa, 2019), como es el caso de la esquizofrenia simple.

Su etiología no responde a un factor en específico, sino que se produce por la interacción de varios elementos, se han realizado estudios comparando a niños adoptados cuyas madres biológicas padecían esquizofrenia, con niños adoptados cuyos progenitores biológicos no sufrían esta patología, resultando que la genética puede hacer que se desarrolle un cuadro de esquizofrenia, siempre y cuando se combine con un cuidado deficiente en la niñez, lo que significa que la tendencia genética no es por si sola un determinante para que se origine el trastorno (Silva et al., 2018).

Desde el punto de vista bioquímico, un funcionamiento excesivo de dopamina causa episodios psicóticos, es decir sería el responsable de causar los síntomas positivos (Silva, et al., 2018) y afectar también el aprendizaje, la regulación emocional y la memoria. Las estructuras que presentan más atrofia dentro de esta patología son el lóbulo temporal,

hipocampo, el núcleo caudado y el lóbulo frontal que se relacionan estrechamente con el deterioro cognitivo y los síntomas negativos (Ochoa, 2020).

Los factores ambientales también tienen mucho peso en cuanto al origen de la esquizofrenia, especialmente en el momento del embarazo, destacándose virus como el herpes simple tipo 2, la toxoplasmosis, niveles bajos de vitamina D, una deficiente alimentación o situaciones estresantes a las que se expone la madre en el momento del parto, la hipoxia y preclamsia también pueden ser desencadenantes. Algunas complicaciones médicas como enfermedades autoinmunes, traumatismos craneoencefálicos, epilepsia, convulsiones febriles o infecciones del sistema nervioso central en niños, también forman parte de las causas de esta patología (Silva et al., 2018).

A su vez es importante señalar factores de riesgo de tipo psicológico y social que aumentan la probabilidad de que se produzca esta enfermedad, como un entorno familiar conflictivo o disfuncional, consumo de cannabis durante la adolescencia (Sistema General de Seguridad en Salud - Colombia, 2014) y sobre todo acontecimientos traumáticos que desencadenen en el sujeto la necesidad de romper con su realidad para protegerse o disminuir su sufrimiento.

Pinikahana et al. (como se citó en Caqueo et al., 2017), mencionan que “los pacientes con esquizofrenia presentan un estándar de vida significativamente más pobre que otros en su comunidad” (p. 112). Igualmente Pinho et al. (2017), resaltan que en comparación con otras patologías mentales comunes, la esquizofrenia produce un calidad de vida significativamente menor, esto debido a su cronicidad e importante impacto en la esfera cognitiva, afectiva y social.

Varios son los factores que intervienen en la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia, entre ellos se encuentran los efectos adversos de la medicación antipsicótica, aspectos sociodemográficos como el género, edad, nivel educativo, ocupación, aspectos clínicos como la intensidad de la sintomatología, duración y gravedad del cuadro, etc., lo que provoca dificultades en el desempeño educativo, laboral y cotidiano (OMS, 2019).

En un estudio realizado en Portugal por Pinho et al. (2017), para evaluar la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia y relacionarlo con aspectos sociodemográficos y clínicos, se obtuvo que existía una mejor calidad de vida en pacientes que vivían en residencias autónomas o con sus padres, aquellos que contaban con empleo o eran estudiantes, que tenían menor edad, mayor grado de escolaridad, menor duración del trastorno y no estaban medicados con neurolépticos de primera generación.

Más del 50% de los pacientes con esquizofrenia no reciben una atención sanitaria adecuada a causa de que viven en países con pocos ingresos destinados a la salud mental y tienen menor inclinación a solicitar asistencia que el resto de la población, ya sea por desconocimiento o por miedo a la estigmatización social (OMS, 2019). La discriminación impuesta por la sociedad a causa de la falta de información y empatía, genera también limitaciones en la educación, vivienda, empleo y una red de apoyo comunitario acorde, aspectos indispensables para una calidad de vida equilibrada (OMS, 2019).

La evidencia científica coincide en que un diagnóstico y tratamiento oportuno y a tiempo puede ayudar a un mejor pronóstico, permitiendo que entre un 38% y 44% de los individuos con esta enfermedad alcancen la remisión de la sintomatología y entre un 4% y 10% logre la recuperación funcional (MSP, 2017).

Por otro lado, actualmente el tratamiento ambulatorio se ha ubicado como la mejor alternativa para la recuperación, dejando en el pasado al tratamiento institucionalizado o internamiento, de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2014), se han realizado reformas en cuanto a la salud mental para establecer alternativas de intervención que no requieran hospitalización.

De la mano de la atención ambulatoria, se habla también de un modelo comunitario el cual busca que los centros de atención aguda proporcionen un acompañamiento interdisciplinario que favorezca la integración de los pacientes a largo plazo dentro de su comunidad, llevando a cabo acciones de psicoeducación, signos de alarma de la enfermedad y promoción y prevención de ésta (Taborda et al., 2016).

Debido a que la esquizofrenia es una patología psicótica de gravedad cuya incidencia en la calidad de vida es significativa por su larga duración y sintomatología, es necesario y de mucha importancia realizar esta investigación a fin de describir en detalle esta problemática, tomando en cuenta qué tipo de tratamiento brinda mejores oportunidades para la recuperación y bienestar del paciente, lo que encaminará a diseñar nuevas estrategias para la intervención, proponiendo alternativas que reduzcan los efectos secundarios de la medicación, profesionales de la salud que psicoeduquen y desmientan mitos acerca de esta enfermedad, comunidades más empáticas e informadas y terapias que promuevan la autonomía y reinserción social en el paciente con esquizofrenia.

La calidad de vida en los pacientes con esquizofrenia debe ser investigada a fondo para implementar acciones destinadas a mejorarla, caso contrario los tratamientos serán

encaminados de forma inadecuada y los pacientes seguirán sufriendo las consecuencias negativas en su vida diaria.

El aporte académico radica en sentar las bases teóricas para futuras investigaciones relacionadas, que amplíen lo recopilado y hagan estudios de campo regionales con el objetivo de igualar o contrastar resultados. Es factible realizar este proyecto debido a que existe una amplia gama de información y estudios confiables referentes al tema, los cuales serán recogidos, revisados y analizados mediante una búsqueda bibliográfica exhaustiva.

Además, el tema a abordar es innovador e interesante, no existen muchos estudios en los que se analice a fondo todos los factores que intervienen en la calidad de vida en la esquizofrenia y compare los tratamientos institucionalizado y ambulatorio.

Ante toda la problemática descrita, es oportuno preguntarse ¿cómo es la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en tratamientos institucionalizado y ambulatorio?

Objetivos

Objetivo general

Describir la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en tratamientos institucionalizado y ambulatorio.

Objetivos específicos

- Identificar los factores que intervienen en la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia establecidos por diferentes autores.
- Comparar la atención institucionalizada frente a la ambulatoria para determinar el impacto que producen en la calidad de vida del paciente con esquizofrenia.
- Proponer técnicas y estrategias para el manejo integral y adecuado del paciente con esquizofrenia.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

Se realizó un estudio documental de revisión bibliográfica, la cual consiste en la búsqueda, recopilación, organización, valoración, crítica e información de datos bibliográficos (Hernández et al., 2014), acerca de la calidad de vida en la esquizofrenia en tratamientos institucionalizado y ambulatorio, con un enfoque cuantitativo-cualitativo.

Se recabó información de documentos normativos sobre esquizofrenia publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS),

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), Ministerio de Salud y Protección Social-Colombia (MinSalud), revistas científicas de España, Chile, Ecuador, Colombia, Brasil, México, Estados Unidos, Croacia, Polonia, Irlanda, Francia, Reino Unido, Suiza, Austria, Australia, conjuntamente con repositorios virtuales de universidades como: Universidad Cooperativa de Colombia, Universidad Estatal de Milagro, Universidad Complutense de Madrid, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Universidade da Coruña, Universidad de Chile, Universidad Norbert Wiener, Universidad de la República de Uruguay y Universitat Jaume I, que colaboraron al sustento teórico y argumentativo del tema de investigación.

Población

La población está conformada por la totalidad de documentos publicados en los países y organizaciones mencionadas, los cuales abordan la temática referente a la calidad de vida en la esquizofrenia (N= 3.393), divulgados en bases de datos científicas de impacto mundial y regional como: Scielo, PubMed, Google Scholar, Lilacs, MDPI, repositorios universitarios y corporaciones mundiales dentro de los últimos 7 años (2014-2021), en los que se incluyen artículos científicos, guías de prácticas clínicas, lineamientos normativos y tesis.

Muestra

La muestra se realizó bajo un muestreo no probabilístico por conveniencia, en el que se escoge la muestra en base al juicio y análisis del investigador y la disponibilidad de información (Hernández et al., 2014), proceso mediante el cual se seleccionaron 84 documentos, posteriormente siguiendo un segundo filtro de lectura crítica se escogieron 42 documentos que cumplieron con relevancia investigativa, rango de tiempo de 7 años desde el 2014 al 2021, idioma español, inglés y portugués y proporcionaron información relevante acerca de las variables de estudio. Los mismos están organizados de la siguiente manera: 28 artículos científicos, 8 tesis, 4 carácter normativo y 2 guías de práctica clínica, de estos 5 fueron ubicados en Scielo, 18 en PubMed y 19 en Google Scholar. (Anexo 1)

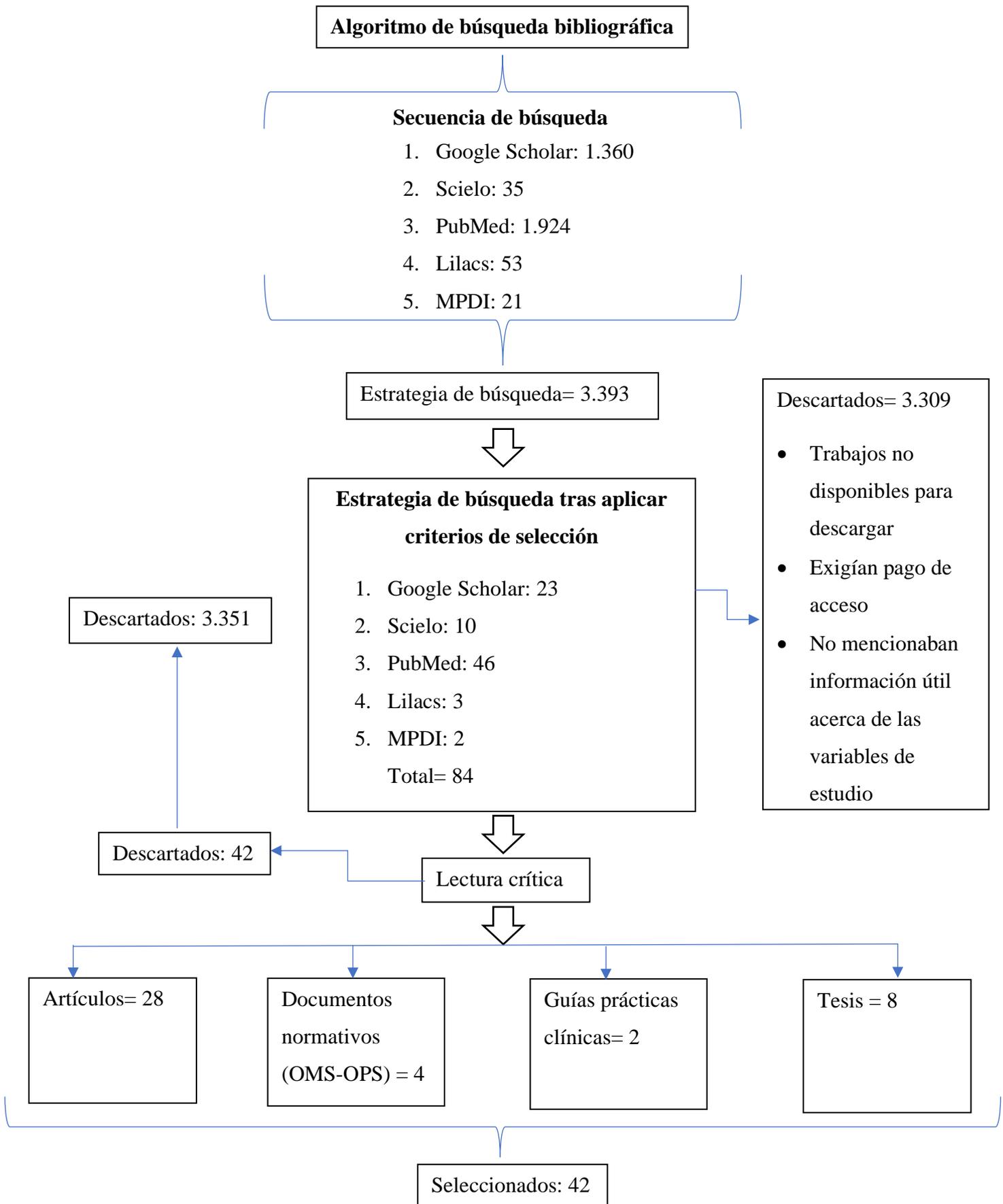
Se utilizó la técnica de la lógica booleana, como estrategia de filtro, exploración y selección de información en la que se incluye: AND, OR, NOT, además de palabras clave en inglés y español. Particularmente para la ejecución de esta investigación se usó: “schizophrenia” AND “quality of life”, también se usó “schizophrenia” AND “treatments” y “schizophrenia” AND “psychotherapy”.

Además, se consideraron los criterios de selección que se exponen a continuación, así como el algoritmo de búsqueda que se puntualiza seguidamente.

Cuadro 1. *Criterios de selección*

Criterios de selección	Justificación
Documentos científicos publicados entre los años 2014 y 2021	La actualidad en los estudios garantiza la calidad y el impacto de los mismos.
Normativas de carácter mundial y gubernamental: OMS, OPS, MSP, Ministerio de Salud-Colombia.	Se consideran relevantes ya que su alcance e información es universal.
Estudios cuantitativos y cualitativos	Estos enfoques proporcionan datos y teoría de importancia acerca de la población de estudio, y permiten dar respuesta al objetivo general de la investigación, enfocado en describir la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en tratamientos institucionalizado y ambulatorio.
Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en tratamientos institucionalizado y ambulatorio.	Dado que el estudio se enfoca en determinar cómo es la calidad de vida en esta población.
Idioma inglés, español y portugués.	Existen varios artículos útiles que se encuentran en estos idiomas y que son de impacto investigativo.
Bases de indexación: Scielo, Google Scholar, PubMed, Lilacs, MDPI,	En estas bases de datos se encuentran la mayor parte de revistas relacionados a temas de Salud Mental y cuentan con documentos de calidad científica.

Figura 1. Algoritmo de búsqueda



Nota: Estructura de la estrategia de búsqueda realizada para la recolección de documentos científicos para la presente investigación bibliográfica.

Secuencia	Tipos de documentos	Criterio de búsqueda	Resultados	Seleccionados	Descartados
1	Búsqueda de documentos científicos sobre esquizofrenia difundidos por la OMS, OPS entre los años 2014 y 2021	Esquizofrenia AND OMS AND OPS 2014-2021	48	6	16
2	Búsqueda de artículos científicos sobre esquizofrenia y calidad de vida en tratamientos institucionalizado y ambulatorio divulgados en bases de datos científicas como Scielo, PubMed, Google Scholar, Lilacs, MPDI entre los años 2014 y 2021	Esquizofrenia AND calidad de vida AND tratamiento institucionalizado AND tratamiento ambulatorio 2014-2021	3.144	28	3.116
3	Búsqueda de tesis de tercer y cuarto nivel en el área de Psiquiatría y Psicología divulgados en bases de datos científicas como Scielo, PubMed, Google Scholar, Lilacs, MPDI entre los años 2014 y 2021	Esquizofrenia AND calidad de vida AND tesis de especialidad OR maestría OR doctorado	201	8	219
Total de documentos consultados			3.393	42	3.351

Se utilizó el portal SCImago Journal Rank (SJR), desarrollado por el grupo de investigación SCImago del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), Universidad de Granada, Extremadura, Carlos III (Madrid) y Alcalá de Henares (SCImago, 2007), este sitio incluye indicadores bibliométricos basados en los datos recogidos por Scopus, que valoran las revistas científicas otorgándoles el factor de impacto (# de citas recibidas por la revista en un año determinado/ # de artículos publicados en dicha revista en los 2 años anteriores) y correspondiente cuartil, el cual es la posición de la revista en relación con todas las de su área, las revistas con mayor factor de impacto estarán en los primeros cuartiles, siendo Q1 y Q2 cuartiles de alta calidad investigativa y los posteriores a éstos, de calidad menos significativa (Baleriola, 2016).

Además, se utilizó la técnica de índice de citación Average Count Citacion (ACC), la cual implica una fórmula de cálculo matemático para obtener el conteo promedio de citas de los artículos científicos consultados, siendo considerados de impacto aquellos de al menos 1.5 (Gómez et al., 2015). (Anexo 2)

Los artículos seleccionados fueron sometidos a la Matriz para Revisión Bibliográfica (Bonifáz, 2020), la cual incluye varios aspectos que permitieron escoger los documentos para su análisis. (Anexo 3)

- Numero de citas
- ACC
- Vida útil de los artículos
- Revista de publicación
- Factor de impacto
- Cuartil
- País de divulgación
- Lugar de búsqueda

En el caso particular de la muestra para esta investigación se incluyeron artículos con $ACC \geq 1.5$ y que contaban con cuartiles Q1 y Q2, para garantizar el valor investigativo y científico del estudio.

De los 3.393 documentos encontrados mediante las diferentes secuencias de búsquedas, se descartaron 3.351, debido a las siguientes razones:

- Trabajos no disponibles para descargar

- Exigían pago de acceso
- No mencionaban información útil acerca de las variables de estudio
- Pobre calidad metodológica. No cumplían con $ACC \geq 1.5$ o cuartiles Q1 y Q2.

Métodos y procedimientos

Para recopilar la información se consideraron los aspectos éticos de la investigación científica y se usaron los métodos de nivel teórico:

- Inductivo-deductivo: se recopiló información acerca de la calidad de vida en la esquizofrenia para a partir de datos de diferentes estudios llegar a conclusiones sobre cuáles son los factores que influyen y qué tratamiento (institucionalizado o ambulatorio) brinda mejores resultados y bienestar para el paciente.
- Analítico-sintético: se empleó para describir cómo es la calidad de vida en la esquizofrenia partiendo desde sus definiciones hasta llegar a los factores implicados, además facilitó la comprensión y argumentación del tema de estudio.
- Dialéctico: mediante una exploración crítica de las variables de estudio, se analizan las teorías e intercambio de posiciones de varios autores hasta llegar a una conclusión final y acertada.

El procedimiento de la revisión bibliográfica se ha realizado en las siguientes fases:

1. **Búsqueda de información:** por medio de bases de datos científicas confiables y con el uso de palabras clave.
2. **Selección:** a través de criterios de inclusión y exclusión.
3. **Extracción de datos:** mediante una lectura crítica se seleccionaron documentos de buena calidad científica con impacto investigativo y que proporcionaran información útil acerca de la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en tratamientos institucionalizado y ambulatorio.
4. **Presentación de resultados:** los resultados de las investigaciones se presentaron en tablas agrupando los factores que intervienen en la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia y la comparación entre tratamientos institucionalizado y ambulatorio según autores para su posterior análisis, triangulación y argumentación.

Consideraciones éticas

El proyecto de investigación se lo realizó bajo un correcto y confidencial manejo de los datos recopilados, utilizados únicamente para fines académicos.

CAPÍTULO III: DESARROLLO

De manera compatible se integran entre todos los documentos indexados en revistas científicas a escala mundial, territorial y nacional, aspectos centrados en determinar cómo se desarrolla la calidad de vida en pacientes que poseen esquizofrenia, debido a la cronicidad, desconocimiento y prejuicios que rodean a esta patología.

El objetivo principal de esta investigación es describir la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia, tomando en cuenta qué tipo de tratamiento (institucionalizado o ambulatorio), brinda mejores resultados para la recuperación, a partir de posiciones y estudios de varios autores.

La calidad de vida en la esquizofrenia es claramente menor en comparación con la población que no presenta esta enfermedad debido a varios factores que interfieren en ella como: el género, la edad, ocupación, nivel de escolaridad, etnia, duración y gravedad del cuadro, discriminación y estereotipos que aíslan a los pacientes orillándolos a tener que vivir solos y desarrollar sentimientos de abandono, efectos secundarios de la medicación, entre otros.

El entorno en el que se desenvuelven los pacientes marca grandes diferencias respecto a sus avances o retrocesos, la atención ambulatoria permite que las personas reciban sus controles y seguimientos sin necesidad de estar internados, formando así parte de su comunidad y fomentando un papel activo dentro de la misma, por otro lado la atención institucionalizada facilita que los pacientes consuman sus medicamentos con regularidad y evitan, de cierta manera, la falta de adherencia al tratamiento, sin embargo se la considera como una última alternativa actualmente.

El manejo del paciente con esquizofrenia debe incluir además de atención médica y farmacológica, un adecuado apoyo psicoterapéutico que se dirija a empoderarlo en cuanto a sus logros, capacidades, recuperación y le brinde contención emocional, incluyendo en todos los procesos a la familia y redes de apoyo cercanas, mismas que han demostrado ser un pilar fundamental para la evolución funcional del trastorno.

Partiendo de una visión crítica, argumentativa y comparativa entre todas las posiciones, teorías y estudios revisados, se describe como es la calidad de vida en los pacientes con esquizofrenia, analizando los principales elementos que influyen en la misma.

Cuadro 2. Factores que intervienen en la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia.

Factores involucrados en la calidad de vida														
Autores	Factores sociodemográficos							Factores clínicos						
	Género	Edad	Ocupación o empleo	Cohabitación/vivir con familiares/ integración social	Nivel de escolaridad	Etnia	Duración del trastorno	Gravedad del cuadro	Tipo de tratamiento	Tipo de medicación/efectos secundarios				
Pinho et al. (2017)		✓	✓	✓	✓		✓		✓				✓	
Caqueo et al. (2017)		✓	✓		✓	✓		✓					✓	
Martín et al. (2017); Dompablo (2017)								✓						
Constanza et al. (2019)			✓					✓	✓					
Deneken (2018)							✓	✓						
Fontanil et al. (2017)		✓		✓										
Pedrosa (2017)			✓	✓					✓				✓	

Factores involucrados en la calidad de vida

Autores	Factores sociodemográficos						Factores clínicos			
	Género	Edad	Ocupación o empleo	Cohabitación/vivir con familiares/ integración social	Nivel de escolaridad	Etnia	Duración del trastorno	Gravedad del cuadro	Tipo de tratamiento	Tipo de medicación/efectos secundarios
Muratani et al. (2020)			✓					✓		✓
Cichocki et al. (2019)			✓					✓		
Hasan y Tumah (2018)			✓				✓	✓	✓	✓
Lu et al. (2018)		✓		✓			✓	✓	✓	✓
Desalegn et al. (2020)		✓		✓	✓			✓		
Roststein et al. (2018)		✓						✓		
Puolakka y Pitkanen, (2019)			✓							
Domenech et al. (2018)	✓									

Factores involucrados en la calidad de vida

Autores	Factores sociodemográficos						Factores clínicos			
	Género	Edad	Ocupación o empleo	Cohabitación/vivir con familiares/ integración social	Nivel de escolaridad	Etnia	Duración del trastorno	Gravedad del cuadro	Tipo de tratamiento	Tipo de medicación/efectos secundarios
Ertekin y Sabanciogullari (2019)			✓	✓	✓					
Cai y Yu (2017)			✓					✓	✓	
Munikanan et al. (2017)				✓						
Reynolds et al. (2018)									✓	

Factores sociodemográficos

Género

Domenech et al. (2018), plantean que las mujeres con esquizofrenia presentan una peor calidad de vida en comparación con los hombres, sin embargo, éstos a su vez presentan un inicio más temprano de la enfermedad y un peor pronóstico. Los últimos autores resaltan además una diferencia en cuanto a la sintomatología en ambos géneros y mencionan que los síntomas negativos afectan la calidad de vida en mayor proporción a las mujeres, mientras que los síntomas positivos generan más impacto en la calidad de vida de los hombres. Eso se explica por factores propios de la personalidad, las mujeres suelen manifestar sus emociones mediante la depresión o desmotivación, en cambio en los hombres se destaca la hostilidad y comportamientos disgregados.

Edad

Pinho et al. (2017); Caqueo et al. (2017); Fontanil et al. (2017); Lu et al. (2018); Desalegn et al. (2020); Roststein et al. (2018), señalan que un inicio tardío de la enfermedad puede facilitar una mejor adaptación. El último autor añade que una edad de inicio más temprana provoca un peor curso del trastorno y hospitalización, así como un ajuste educativo y social más deficiente e incluso puede orillar a conductas suicidas.

Ocupación y empleo

Pinho et al. (2017); Caqueo et al. (2017); Contanza et al. (2019); Pedrosa (2017); Mauratani et al. (2020); Cichocki et al. (2019); Hasan y Tumah (2018); Puolakka y Pitkanen, (2019); Ertekin y Sabanciogullari (2019); Cai y Yu (2017), concuerdan en que tener un empleo, ocupación o ser estudiante impulsa una mejor calidad de vida, siendo una variable bastante significativa, debido a que los pacientes que participan en un trabajo remunerado aumentan su identidad y se sienten útiles dentro de la sociedad (Mauratani et al., 2020). Cichocki et al. (2019), agregan en base a su estudio con pacientes que participaban en talleres de Terapia Ocupacional y empleos protegidos, que un trabajo influye también en la situación familiar, la salud somática y la autoestima.

Este aspecto va de la mano con el **nivel de escolaridad**, que como dicen Pinho et al. (2017); Caqueo et al. (2017); Desalegn et al. (2020); Ertekin y Sabanciogullari (2019), interviene también como determinante, siendo la calidad de vida mejor mientras mayor nivel de escolaridad se tenga.

Cohabitación/vivir con familiares

Pinho et al. (2017); encontraron en su estudio que existía una mejor calidad de vida en los pacientes que vivían con familiares y comparten con Fontanil et al. (2017); Pedrosa (2017); Lu et al. (2018); Desalegn et al. (2020); Ertekin y Sabanciogullari (2019), que los aspectos sociales están muy relacionados, confirmando que las personas que poseen mejores relaciones interpersonales obtienen puntuaciones más altas de calidad de vida, siendo la **integración social** un factor relevante. Frente a esto Munikanan et al. (2017) señalan que el apoyo de familiares y amigos mejora los efectos negativos, aumenta la capacidad para vivir de forma más independiente en la comunidad y reduce las cargas emocionales.

Etnia

Caqueo et al. (2017), incluyen a la minoría étnica como un determinante, enfatizando en las brechas socioeconómicas como una barrera para que los sujetos no accedan a la atención psicológica necesaria. Esto marca la estrecha relación que existe entre una enfermedad mental y las personas con escasos recursos, quienes se ven privadas de un cuidado adecuado para su patología debido a su desconocimiento, pobreza y lugar geográfico que dificulta el acceso a hospitales, atención ambulatoria y medicación. Esta realidad se evidencia mayormente en países latinoamericanos.

Factores Clínicos

Duración del trastorno

Pinho et al. (2017); Deneken (2018); Hasan y Tumah (2018); Lu et al. (2018), declaran que una menor duración del trastorno aumenta la calidad de vida.

Gravedad del cuadro

Según Caqueo et al. (2017); Martín et al. (2017); Dompablo (2017); Constanza et al. (2019); Deneken (2018); Mauratani et al. (2020); Cichocki et al. (2019); Hasan y Tumah (2018); Lu et al. (2018); Desalegn et al. (2020); Roststein et al. (2018); Cai y Yu (2017), los pacientes con mayor sintomatología clínica positiva y negativa presentan una peor calidad de vida en todas sus áreas: psicológica, ambiental y física, siendo los síntomas negativos los que más influyen negativamente en la misma, que en varias ocasiones se acompañan de sintomatología depresiva y ansiosa.

Tipo de tratamiento

Pinho et al. (2017), puntualizan que los pacientes que viven en residencias autónomas presentan una mejor calidad de vida; coincidiendo con Pedrosa (2017); Hasan y Tumah (2018); Lu et al. (2018); Cai y Yu (2017); Reynolds et al. (2018), en que un tratamiento ambulatorio-comunitario es mayormente beneficioso, a diferencia de Constanza et al. (2019), quienes consideran que el tratamiento institucionalizado produce mejores resultados.

Con estos hallazgos se hace evidente la importancia de la reinserción laboral y ocupacional del paciente a empleos protegidos e inclusivos, así como un tratamiento orientado hacia el apoyo comunitario y familiar que impulse su autonomía, dado el enorme peso que muestran estos factores en una calidad de vida positiva.

Tipo de medicación/efectos secundarios

Para Pinho et al. (2017); Caqueo et al. (2017); Pedrosa (2017); Mauratani et al. (2020); Hasan y Tumah (2018); Lu et al. (2018), los pacientes que no están medicados con neurolépticos de primera generación poseen una mejor calidad de vida, debido a que éstos ocasionan efectos secundarios como la acatisia o incapacidad para mantenerse quieto, síntomas extrapiramidales reflejados en dificultad para el control muscular del cuerpo y síndromes metabólicos, lo que orilla al paciente a discontinuar el tratamiento farmacológico y acentúan la sintomatología presente.

Frente a esta situación se posiciona a los antipsicóticos de segunda generación como la mejor opción debido a que éstos bloquean los receptores de dopamina más selectivamente que los antipsicóticos convencionales y disminuyen los efectos adversos en su mayoría motores, reduciendo también en mayor medida algunos síntomas negativos como el embotamiento afectivo (Tamminga, 2020).

Otros factores

Los **síntomas afectivos** muy pocas veces reciben atención a pesar de que un 25%-30% de los pacientes presentan síntomas depresivos o una depresión pospsicótica, frente a esta problemática, la efectividad de los antipsicóticos es deficiente (Crespo et al., 2017), esta postura es compartida por Liu et al. (2019), quien encontró que la angustia emocional es un factor muy presente en los pacientes con esquizofrenia y está asociada con un deterioro físico y mental, afectando la calidad de vida, a pesar de constituir un síntoma no psicótico, interfiere enormemente y empeora el pronóstico.

En cuanto a la relación con la **personalidad**, se ha encontrado que características como la apertura a la novedad y una autoestima bien estructurada elevarían los niveles de calidad de vida subjetiva de los pacientes que presentan esquizofrenia, debido a que estos atributos regulan la presencia de síntomas depresivos y ansiosos y permiten responder de forma asertiva frente a los obstáculos o problemas que se van presentando a lo largo de la vida (Caqueo et al., 2012).

Otro factor clave y significativo es el **estigma y la discriminación**, de hecho, esta patología recibe el impacto de la discriminación por encima de las demás enfermedades mentales (Hasan y Tumah, 2018), por su parte Crespo et al. (2017); Cai y Yu (2017), afirman que la prevalencia del estigma internalizado en el paciente es del 41% y en los familiares ronda el 40%-79%, las consecuencias son alarmantes y se traducen en problemas para buscar asistencia debido a la vergüenza y culpa, con enormes impactos en la calidad de vida.

También se ha encontrado que los pacientes que **residen** en zonas urbanas poseen peor calidad de vida que aquellos que habitan en zonas rurales, debido a que estos últimos poseen una mejor integración en sus comunidades, son menos sedentarios y se benefician de compartir más tiempo con su grupo social, a diferencia de quienes viven en grandes ciudades donde los horarios destinados a pasar con la familia son reducidos y con rutinas más estrictas y estandarizadas (Caqueo et al, 2012).

Con base en las tablas, se evidencia que la variable sociodemográfica más implicada es la ocupación o empleo, considerando al hecho de tener un trabajo, estar estudiando o dedicarse a alguna actividad, un componente muy importante, que impulsa una mejor calidad de vida, debido a que afianza la autonomía y valor del paciente, haciéndolo sentir valioso en cuanto a sus capacidades y habilidades, a este elemento le sigue la compañía de familiares e integración social, señalando lo trascendental de que el paciente reciba el afecto, apoyo y cuidado de la familia y esté incluido en su comunidad.

En cuanto a los factores clínicos, la gravedad del cuadro y el tipo de tratamiento encabezan la lista, resaltando la relevancia de un adecuado y multidisciplinario manejo de los síntomas que abraque medicación no invasiva, seguimiento médico, psicoterapia y atención especializada.

Cuadro 3. *Comparación entre tratamientos institucionalizado y ambulatorio*

Autores	Tratamiento que brinda mejores resultados
Pinho et al. (2017)	Ambulatorio
Taborda et al. (2016)	Ambulatorio-comunitario
Guerrero (2020)	Ambulatorio
Contanza et al. (2019)	Institucionalizado (rehabilitatorio)
Zaraza y Hernández (2016)	Ambulatorio-comunitario
Pedrosa (2017)	Ambulatorio-comunitario
Hasan y Tumah (2018)	Ambulatorio
Lu et al. (2018)	Ambulatorio
Wang et al. (2020)	Ambulatorio-comunitario
Cai y Yu (2017)	Ambulatorio-comunitario
Chu et al. (2019)	Ambulatorio
Reynolds et al. (2018)	Ambulatorio

Pinho et al. (2017), apuntan hacia un tratamiento ambulatorio dado a que en su investigación, las personas que residían en instituciones presentaron una peor calidad de vida, de forma similar Taborda et al. (2016), afirman que es necesario que los pacientes se integren a su comunidad con las herramientas necesarias para lograr una verdadera inclusión en todos los ámbitos, estos autores señalan al modelo comunitario como una alternativa para disminuir las enormes brechas, discriminación y aislamiento que sufren las personas con esquizofrenia, impulsando una mirada que vaya más allá del habitual tratamiento institucionalizado u hospitalización, tomando en cuenta que para que se produzca una verdadera recuperación no hay que enfocarse solo en lo psicopatológico y la medicación sino también en una integración comunitaria.

Estos autores hacen énfasis en la desinstitucionalización debido a que entienden la salud mental como un objetivo no sólo individual sino también colectivo en el que es indispensable la participación de familiares, cuidadores, ciudadanos, departamentos de trabajo, justicia y educación y no solo de médicos, psiquiatras y psicólogos.

Bajo este modelo, surge el tratamiento comunitario asertivo (assertive community treatment [ACT]) desarrollado en la década de los 70, el cual propone que en caso de que el paciente

no tenga acceso al tratamiento se debe llevar los servicios de salud hasta sus viviendas a través de equipos multidisciplinarios que incluyan medicamentos y rehabilitación, estas intervenciones han traído como resultados una mejoría sintomática (Taborda et al., 2016).

Esta postura coincide con Zaraza y Hernández (2016), quienes consideran que un modelo de atención acorde debe centrarse en la persona y no solo en la medicación, incluyendo a la familia y la comunidad como parte de su recuperación. Pedrosa (2017) también concuerda y manifiesta que el vivir en una comunidad mejora notablemente la calidad de vida obteniendo resultados mejores en el tratamiento debido a que disminuye los síntomas psicóticos, reduce el estrés y devuelve el rol activo al paciente dentro de la sociedad impulsando un menor número de recaídas y empoderamiento frente a su enfermedad.

A su vez Guerrero (2020), señala que la OMS en el año 2015, informó que el 64% de pacientes con esquizofrenia permanecían por más de 10 años internalizados, acción que interfiere enormemente con su bienestar y produce efectos adversos para la recuperación, por ello en Ecuador se ha establecido el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, que desde el 2014 pretende implementar la atención ambulatoria evitando la hospitalización.

Sin embargo, también expresa que un factor en contra de la atención ambulatoria en varias ocasiones, es la adherencia al tratamiento, que puede traer como consecuencias recaídas y episodios psicóticos agudos que obligan a nuevos internamientos.

Por su parte Hasan y Tumah (2019), manifiestan que los pacientes que reciben atención ambulatoria se encuentran más estables y su calidad de vida es superior frente a los que son tratados en hospitales psiquiátricos

Para Wang et al. (2020); Cai y Yu (2017), al igual que para los autores antes mencionados, la calidad de vida es superior en pacientes que viven en la comunidad, mostrando beneficios en el funcionamiento familiar, agregan que las personas hospitalizadas tienen menos probabilidades de sentir el afecto de sus familiares, pero a su vez puntualizan que en países en donde se cuentan con hospitales especializados para la atención integral de los pacientes con enfermedades mentales, éstos tienen la oportunidad de participar en buenos programas de rehabilitación y recibir apoyo social positivo del personal médico y otros pacientes

Chu et al. (2019) informan que los pacientes institucionalizados a largo plazo presentan síntomas negativos como la anhedonia y desmotivación más graves que los pacientes que viven en la comunidad.

A su vez Reynolds et al. (2018) señalan algo interesante y es que en un estudio a largo plazo donde se analizó la capacidad de resiliencia de pacientes ambulatorio e institucionalizados, estos últimos mostraron comportamientos más inaceptables y hostiles y su puntuación de PANSS fue significativamente más elevada.

En contraste, Constanza et al. (2019), difieren con las anteriores posturas, señalando que los pacientes con esquizofrenia que se encuentran en un programa de rehabilitación y por tanto conviven en una institución de salud mental presentan una reducción de síntomas y menor utilización de fármacos, obteniendo a una mejor calidad de vida frente a aquellos que habitan en la comunidad.

En base a las tablas, la mayoría de autores afirman que el tratamiento ambulatorio arroja mejores resultados porque es necesario que el paciente conviva con sus seres queridos, forme parte de la sociedad, realice actividades cotidianas en su entorno, para de esta manera lograr avances en su recuperación y disminución de sintomatología adversa, se apunta a que la atención psiquiátrica-médica sea paulatina y ambulatoria, con un tratamiento que le provea al paciente la seguridad de regresar a su hogar y no se sienta desprovisto de libertad y decisión sobre su vida.

Manejo integral del paciente con esquizofrenia

Las personas que padecían enfermedades mentales graves como la esquizofrenia siempre fueron víctimas de marginación, discriminación e incomprensión por parte de la sociedad, eran considerados seres poseídos por demonios, castigados por los dioses y sobre todo “peligrosos”, por ello debían permanecer encerrados y reclusos.

Con el paso del tiempo se fueron desmintiendo mitos y se hizo visible la lucha por los derechos humanos de estos individuos para que sean atendidos desde una perspectiva más humanista, con el uso de técnicas no invasivas, cómodas, dignas y seguras que garanticen su integridad física y emocional. Por ello, el objetivo fundamental del tratamiento de la esquizofrenia debe ir encaminado a mejorar la calidad de vida del paciente y lograr su reinserción social en varios contextos de su entorno, acompañado de herramientas que le permitan controlar y expresar sus emociones, entender su patología y aumentar su autonomía.

Para realizar una adecuada intervención en la esquizofrenia se enfatiza en un tratamiento multidisciplinario que incluya atención médica, farmacológica y psicoterapéutica, mismas que deben ser aplicadas a tiempo y responder a las necesidades del sujeto.

A continuación, se presentan las técnicas e intervenciones psicoterapéuticas más relevantes, que según diversas fuentes científicas han demostrado ser las más efectivas.

Cuadro 4. *Técnicas e intervenciones para el manejo del paciente con esquizofrenia*

Técnica o intervención	Desarrollo
1. Psicoeducación al paciente	<p>Con la ayuda de folletos, sitios informativos y bibliografía referente, se debe brindar información realista, clara y sencilla sobre la naturaleza de la enfermedad, sintomatología, pronóstico, tratamiento y modos de prevención, promoviendo un ambiente de esperanza y optimismo. Hay que tomar en cuenta que los pacientes que se encuentran en fase aguda o descompensados no pueden asimilar adecuadamente la información debido a su pérdida de conexión con la realidad y falta de introspección, en estos casos, la misma debe ser repetida y aclarada una vez superada esta fase (MSP, 2017).</p>
2. Psicoeducación y terapia familiar	<p>Es de gran importancia psicoeducar a la familia sobre el origen, síntomas, y tratamiento de la enfermedad, incluyendo apoyo, habilidades para la comunicación, manejo de los síntomas del paciente en ambientes sociales, entrenamiento en resolución de problemas e intervención en crisis (MSP, 2017). Con estas acciones se busca que los vínculos que el paciente mantiene con sus familiares sean orientados hacia la comprensión, colaboración mutua y aceptación y no a la dependencia desmedida (Guerrero, 2020).</p> <p>La terapia familiar es una de las más recomendadas al momento de tratar la esquizofrenia, se ha comprobado que ésta disminuye las recaídas, favorece la adherencia al tratamiento, mejora el clima familiar y el funcionamiento</p>

social. El tiempo mínimo recomendado es de 3 meses con al menos 10 sesiones (MSP, 2017).

Se incluye también la **psicoeducación en el entorno comunitario**, que haga posible una reflexión y comprensión de la patología, para fortalecer la lucha frente al estigma social (Taborda et al., 2016).

3. Terapia cognitiva-conductual

En 1952 Beck la utilizó para tratar las ideas delirantes paranoides de un paciente, quién luego de la intervención fue capaz de reconocer la irrealidad de sus ideas, evidenciando su eficacia y utilidad, aquí se incluye el *diálogo socrático* donde se desarrolla una discusión de los sentimientos, pensamientos y acciones, explicando su relación y cómo influyen unas en otras con el fin de unir los patrones de pensamientos y sentimientos del paciente con sus conductas, se examina la evidencia a favor y en contra de sus creencias con la ayuda de la lógica y el razonamiento para lograr interpretaciones alternativas que le permitan cambiar su comportamiento a uno más adaptativo y funcional (Sistema General de Seguridad en Salud - Colombia, 2014).

En el tratamiento de las alucinaciones e ideas delirantes, la TCC es útil para desafiar las creencias irracionales de contenido o la autoridad de las “voces”, usando pruebas de realidad para desarrollar explicaciones alternativas y saludables con el fin de devolver al paciente el poder y control sobre sus ideas, acabando con la certeza y seguridad en torno a las mismas (Batinic, 2019).

4. Inteligencia emocional

El objetivo es reforzar la capacidad para percibir, valorar y expresar las emociones a fin de comprenderlas y regularlas (Corbin, 2018), dando la oportunidad al paciente de descargarse emocionalmente mediante la palabra, la escritura terapéutica o el llanto. Se pueden incluir también técnicas de respiración y relajación.

5. Entrenamiento en habilidades sociales

Se utiliza la instrucción, modelamiento, ensayo, juego de roles, retroalimentación y trabajo en casa (Sistema General de Seguridad en Salud - Colombia, 2014), para enseñar y practicar con el paciente el adecuado manejo de situaciones ambientales e interacciones sociales que generen estrés, se incluye: comunicación no verbal, contacto visual, aprender a hacer peticiones, saber identificar y expresar lo que siente, aprender a realizar críticas, saber afrontar la hostilidad, saber llegar a soluciones negociadas, entre otras (MSP, 2017).

6. Terapia ocupacional e inclusión laboral

Los pacientes con esquizofrenia poseen las tasas más bajas de empleo (10%-20%), esto producto del estigma social generado en torno a esta enfermedad y efectos secundarios de la medicación, sin embargo, la ocupación y empleo son factores indispensables para que los pacientes se recuperen y aumenten su autoestima y confianza, además les brinda la oportunidad de conseguir una estabilidad económica que beneficie su independencia (Taborda et al., 2016).

Se busca que los pacientes trabajen en actividades afines a sus preferencias y habilidades, empezando por actividades cotidianas que permitan la comunicación e interacción con otros, lo que favorece el funcionamiento social y la disminución de síntomas negativos como la falta de motivación, iniciativa y expresión emocional (Sistema General de Seguridad en Salud - Colombia, 2014), para luego impulsar un empleo con apoyo. (MSP, 2017).

El empleo con apoyo parte de la rehabilitación profesional, la cual se refiere a integrar al sujeto en sitios de trabajo o empresas normalizadas brindándoles el apoyo necesario de compañeros y jefes dentro y fuera del lugar del trabajo, lo que se intenta es que se ofrezcan condiciones de trabajo lo más similares posibles a las de otro trabajador sin el trastorno (Puolakka y Pitkanen, 2019).

A esto se le debe añadir atención médica y farmacológica en donde se le informe al paciente (en caso de que se encuentre estable) y a la familia, sobre los efectos secundarios de los antipsicóticos que se aplicarán, aceptando la decisión de éstos sobre cual fármaco usar, y sobre todo debe existir una buena relación terapéutica basada en la empatía, confianza, comprensión y beneficencia que genere un entorno donde no exista vergüenza, estigma o juzgamiento (MSP, 2017).

A manera de resumen y para un mejor entendimiento, el MSP (2017), propone las distintas técnicas psicológicas según las fases de la enfermedad: fase aguda, de recuperación y estabilización.

Cuadro 5. Técnicas psicológicas según fases de la enfermedad

Fase	Objetivo	Actividades
Aguda	Iniciar la alianza médico/terapeuta-paciente, desarrollando una relación de colaboración para la remisión de síntomas y fortalecimiento de la seguridad.	<ul style="list-style-type: none"> • Contención emocional al paciente y a la familia con prácticas que incluyan catarsis y apoyo. • Intervención en crisis a la familia que disminuya la ansiedad e incertidumbre bajo técnicas de escucha empática y manejo de la frustración. • Psicoeducación al usuario y a la familia con información clara y sencilla sobre la patología. • Intervenciones socio-comunitarias
Recuperación y estabilización	Desarrollar la alianza terapéutica, lograr un entendimiento de la esquizofrenia, disminuir los síntomas positivos y negativos, e impulsar la funcionalidad del	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación al usuario y familia • Terapia Cognitivo Conductual • Intervenciones familiares • Estructuración de rutina que promueva actividades de la vida diaria, uso del tiempo libre en

paciente, controlando los efectos secundarios de la medicación y desarrollando capacidades de afrontamiento e integración a la comunidad, para mejorar la calidad de vida y disminuir el riesgo de recaída.

actividades deportivas, artistas o recreativas

- Intervenciones psicosociales grupales
 - Habilidades sociales
 - Resolución de problemas
 - Apoyo para estudio, trabajo e integración social
 - Grupos de ayuda mutua para usuario y familiares
 - Manejo de frustración
 - Intervenciones sociocomunitarias con acciones incluidas en distintos contextos
-

CONCLUSIONES

- La calidad de vida de las personas con esquizofrenia es considerablemente menor en comparación con los sujetos que no poseen la patología, en la misma interfieren factores sociodemográficos y clínicos, destacándose como determinantes más influyentes la ocupación, la integración social, la gravedad del cuadro y el tipo de tratamiento, a estos se añade el estigma social que impide una adecuada comprensión de la enfermedad generando obstáculos en la inserción laboral y social, afectando, por ende, la recuperación funcional.
- La atención ambulatoria produce mejores resultados en el tratamiento y calidad de vida en la esquizofrenia en base a varios estudios e investigaciones, ésta beneficia las habilidades sociales del paciente, reduce sentimientos de soledad o abandono, lo empodera respecto a su patología y le brinda apoyo comunitario, un elemento decisivo para que se genere la reintegración social y laboral y se destruyan estereotipos en torno al trastorno.
- El manejo integral y adecuado de los pacientes con esquizofrenia debe incluir un tratamiento multidisciplinario con técnicas psicoterapéuticas dirigidas a la psicoeducación individual y familiar, contención e inteligencia emocional, terapia cognitiva conductual que permita la formación de pensamientos, sentimientos y conductas más adaptativas, entrenamiento en habilidades sociales y principalmente la reinserción ocupacional-laboral segura, apropiada y libre de estereotipos.

RECOMENDACIONES

- Es necesario psicoeducar a la comunidad respecto a la esquizofrenia, con el fin de acabar con mitos, creencias falsas y discriminación en torno a la enfermedad, una manera correcta de hacerlo es obtener información de fuentes confiables y verídicas sobre la naturaleza del trastorno e impulsar una empatía colectiva capaz de comprender e integrar en todos los contextos a los pacientes que la padecen; con la ayuda de campañas, conferencias y charlas destinadas a toda la población.
- El personal especializado en salud mental como psiquiatras y psicólogos deben promover un tratamiento humanista que tome en cuenta las necesidades de cada paciente e integre a la familia en cada aspecto de la terapia.
- Desde el Gobierno, se deben destinar más fondos para la Salud Mental, enfermedades mentales crónicas como la esquizofrenia cuentan con muy pocos recursos para un apropiado tratamiento y seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arrufat, F. (2008). Alteraciones del lenguaje y del pensamiento. En J. Obiols (Ed.), *Manual de psicopatología general* (pp. 196-201). Biblioteca nueva.
- Asociación Americana de Psicología (2010). *APA Diccionario Conciso de Psicología*. El Manual Moderno.
- Asociación Americana de Psicología (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-V*. Editorial Panamericana.
- Baleriola, E. (2016). *Web of Science: Qué es y para qué sirve*. Investigación en controversia sociales. <http://www.ebaes.es/2016/12/que-es-web-of-science-usos.html>
- Batinic, B. (2019). Cognitive models of positive and negative symptoms of schizophrenia and implications for treatment. *Psychiatria Danubina*, 31(2), 181-184. http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol31_noSuppl%202/dnb_vol31_noSuppl%202_181.pdf
- Becerra, W. y Rojas, L. (2018). *Esquizofrenia y calidad de vida en el contexto laboral: revisión teórica* [Tesis de grado, Universidad Cooperativa de Colombia Bucaramanga]. Archivo digital. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/11190>
- Benítez, I. (2016). La evaluación de la calidad de vida: retos metodológicos presentes y futuros. *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 69-73. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77844204009>
- Blanco, E. Tipos de esquizofrenia. *PERSUM Clínica de Psicoterapia y Personalidad*. <https://psicologosoviedo.com/especialidades/trastornos-psicoticos/tipos-esquizofrenia/>
- Bleuler, E. (1908). Die Prognose der Dementia praecox. Schizophreniegruppe. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie un psychischgerichtliche Medizin*, 65, 436-464.
- Bobes, J., González, P., Bousoño, M. y Sáiz, P. (1996). Calidad de vida y psiquiatría. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, XL (1), 44- 49. <https://revistas.unav.edu/index.php/revista-de-medicina/article/view/6904/6061>
- Bolaños, M. (2016). *Determinantes de alteraciones mentales en personas de los barrios de las riberas del Rio Esmeraldas* [Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador Esmeraldas]. Archivo digital. <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/895>
- Bonifáz, E. (2020). Matriz de revisión bibliográfica.

- Bradburn, N. (1969). *La estructura del bienestar psicológico*. Aldine.
- Cai, C. y Yu, L. (2017). Quality of life in pacientes with schizophrenia in China: relationships among demographic characteristics, psychosocial variables and symptom severity. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(8), 48-54.
<https://doi.org/10.3928/02793695-20170627-03>
- Caqueo, A., Urzúa, A y Rus, M. (2017). Efectos secundarios de la medicación antipsicótica y calidad e vida en pacientes con esquizofrenia latinoamericanos. *Terapia Psicológica*, 35(1), 111-14. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082017000100010&script=sci_arttext
- Caqueo, A., Gutiérrez, J., Ferrer, M. y Fernández, P. (2012). Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia de ascendencia étnica aymara en el norte de Chile. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5 (2), 121-126.
- Cichocki, L., Arciszewska, A., Bladzinski, P., Sombrero, M., Kal, A. y Cechnicki, A. (2019). Differences in subjective quality of life of people with a schizophrenia diagnosis between participants in Occupational Therapy Workshops and those working in a Sheltered Employment Establishment. *Psychiatria Polska*, 53(1), 81-92.
<https://doi.org/10.12740/PP/91915>
- Constanza, M., Medina, R y Calderón, D. (2019). Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia, en un ámbito de tratamiento rehabilitatorio. *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco*, 6(Esp.), 31-37. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92403>
- Corbin, J. (2018). *Ejercicios y actividades para desarrollar tu inteligencia emocional*. Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/psicologia/ejercicios-para-desarrollar-inteligencia-emocional>
- Crespo, B., Bernardo, M., Argimon, J., Arrojo, M., Bravo, M., Cabrera, A., Carretero, J., Franco, M., Gracia, P., Haro, J., Olivares, J., Penadés, R., Del Pino, J., Sanjuán, J. y Arango, C. (2017). Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto rethinking. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(1), 4-20.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27777062/>

- Chu, MY., Hu, HX., Ni, H., Lu, WH., Lui, SSY., Yi, ZH., Cheung, EFC. y Chan, RCK. (2019). Impact of long-term institutionalization on experiential pleasure and motivation in patients with schizophrenia. *PsyCh Journal*, 9(1), 77-86. <https://doi.org/10.1002/pchj.300>
- Deneken, J. (2018). *Repercusiones de la Alteración de distintos dominios cognitivos sobre la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia* [Tesis de maestría, Universidad de Chile]. Archivo digital. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/168300>
- Desalegn, D., Girma, S y Abdeta, T. (2020). Quality of life and its association with psychiatric symptoms and socio-demographic characteristics among people with schizophrenia: a hospital based cross sectional study. *PLoS One*, 15(2), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229514>
- Diéguez, A., Domínguez, M., Mazaira, J., Varela, L. y Casanova, L. (2015). Esquizofrenia de inicio en la infancia/adolescencia y respuesta a psicofármacos: un binomio complejo. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1, 67-69.
- Domenech, C., Bernasconi, C., Moneta, M., Nordstroem, A., Cristóbal, P., Vorstenbosch, E., Cobo, J., Ochoa, S. y Haro, J. (2018). Health-related quality of life associated with different symptoms in women and men who suffer from schizophrenia. *Archives of Women's Mental Health*, 22(3), 357-365. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-018-0896-0>
- Dompablo, M. (2017). *Calidad de vida en esquizofrenia* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Archivo digital. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46953/1/T39753.pdf>
- Enríquez, H. y Ochoa, M. (2019). Espectro de la esquizofrenia en niños y adolescentes. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 62(4), 9-23. <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v62n4/2448-4865-facmed-62-04-9.pdf>
- Ertekin, S. y Sabanciogullari, S. (2019). The relationship between functional recovery and quality of life in patients affected by schizophrenia and treated at a community mental health centre in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 448-454. <https://doi.org/10.1111/ppc.12454>
- Fontanil, Y., Alcedo, M. y Gutiérrez, M. (2017). Factores personales y macrosistémicos como predictores de la calidad de vida en la esquizofrenia crónica. *Psicothema*, 29(2), 160-165. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/11813>

- Gómez, M., Galeano, C., Jaramillo, D., (2015). El estado del arte: una metodología de investigación. *Revista colombiana de ciencias sociales*, 46 (2), 423, 442.
<https://www.redalyc.org/pdf/4978/497856275012.pdf>
- Guerrero, L. (2020). *Factores predominantes que inciden en la adherencia al tratamiento ambulatorio en pacientes con esquizofrenia por parte del cuidador. Zona-8 Salud, Distrito 09D01. 2018-2019* [Tesis de maestría, Universidad Estatal de Milagro]. Archivo digital.
<http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/5213>
- Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. (1996). La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida? *Revista Internacional Desarrollo Sanitario*, 17 (4), 385-387.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1
- Hasan, A. y Tumah, H. (2018). Determinants of Quality of life among people diagnosed with schizophrenia at outpatient clinics. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 30-39.
<https://doi.org/10.1111/ppc.12278>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta edición. Editorial McGraw Hill.
- Liu, J., Abdin E., Verma, S., Sim, K., Chong, SA. y Subramaniam, M. (2019). Clarifying pathways to poor psychological health: the mediating role of psychosocial factors in relationship between general psychopathology and quality of life impairment in patients. *Journal of Clinical Psychology*, 75(6), 1022-1033. <https://doi.org/10.1002/jclp.22747>
- Lu, L., Zeng, LN., Zong, QQ., Rao, WW., Ng, CH., Ungvari, GS., Li, J., A FR. Y Xiang, YT. (2018). Quality of life in Chinese patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Psychiatry Research*, (268), 392-299. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.003>
- Martin, M., Secades, R., López, J. y Tirapu, J. (2017). Empatía, cognición social y calidad de vida subjetiva en esquizofrenia. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 40(2), 211-219.
<https://dx.doi.org/10.23938/assn.0025>
- Munikanan, T., Midin, M., Daud, TIM., Rahim, RA., Bakar AKA., Jaafar NRN., Sidi, H. y Baharuddin, N., (2017). Association of social support and quality of life among people with schizophrenia receiving community psychiatric service: a cross-sectional study. *Comprehensive Psychiatry*, (75), 94-102. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.02.009>

- Mauratani, T., Chhim, S., Nishio, A., Nosaki, A y Fuse, Y. (2020). Quality of life and its social determinants for patients with schizophrenia and family caregivers in Cambodia. *PLoS ONE*, 15(3), 1-21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229643>
- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2017). *Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la esquizofrenia. Guía de Práctica Clínica*.
https://es.slideshare.net/perezabel150975/diagnostico-tratamiento-y-seguimiento-de-la-esquizofrenia-ecuador-2017?from_action=save
- Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2014). *Política Nacional de Salud Mental*.
<http://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2019/01/legislacion-ecuador-2014-2024.pdf>
- National Institute of Mental Health. (2020). *Esquizofrenia*.
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>
- Ochoa, L. (2020). *Esquizofrenia: su relación entre el empleo con apoyo y la calidad de vida* [Tesis de grado, Universidad de la Republica de Uruguay]. Archivo digital.
https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg-luis_ochoa-revisor_modificando-14-09-2020.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Esquizofrenia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1948). *¿Cómo define la OMS la salud?*
<https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1994). *Guía de bolsillo para la clasificación CIE-10 de trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Décima Revisión.
<http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume3.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*.
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Carga%20de%20los%20trastornos%20>

mentales%20en%20la%20Regi%C3%B3n%20de%20las%20Am%C3%A9ricas%202018.
pdf

- Palao, D. (2008). Alteraciones de la afectividad. En J. Obiols (Ed.), *Manual de psicopatología general* (p. 138). Biblioteca nueva.
- Pedrosa, S. (2017). *Recuperación, calidad de vida y conducta suicida en esquizofrenia revisión sistemática* [Tesis de maestría, Universitat Jaume I]. Archivo digital.
http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/172983/TFM_2017_PedrosaArmenteros_Sonia.pdf?sequence=1
- Pino, L., Pereira, A y Chaves, C. (2017). Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida de los individuos con esquizofrenia. *Revista da Escola de Enfermagem da UPS*, 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016031903244>
- Puolakka, K. y Pitkanen, A. (2019). Effectiveness of psychosocial interventions on quality of life of patients with schizophrenia and related disorders: a systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.07.001>
- Rapp, C., Gowdy, E., Sullivan, W. y Wintersteen, R. (1988). Client outcome reporting: the status method. *Community Mental Health Journal*, 24(2), 118-133.
- Reynolds, G., Portillo, C. y Serper, M. (2018). Predictors of residency status in chronically institutionalized and community dwelling schizophrenia patients. *Comprehensive Psychiatry*, 102, 106. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.07.016>
- Robles, A., Rubio, B., De la Rosa, E., y Nava, A. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente*, 11(3), 120–125.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=68589>
- Rotstein, A., Roe D., Gelkopf, M. y Levine S. (2018). Age of onset an Quality of life among males and females with schizophrenia: a national study. *European Psychiatry*, 53, 100-106
- Sadock, B. y Sadock, V. (2008). *Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría*. 10ª edición. Editorial Lippincott Williams And Wilkins. Wolters Kluwer Health.
- Silva, J., Mejía, A., Quinteros, G., Romero, E. y Sócola R. (2018). Caso clínico: esquizofrenia paranoide. *La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición*, 9(1), 36-45.
<http://revistas.epoch.edu.ec/index.php/cssn/article/view/73>

SCImago (2007). *SJR-SCImago Journal & Country Rank. Portal*. <http://www.scimagojr.com>

Sistema General de Seguridad en Salud - Colombia (2014). *Guía práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia*. (N° 29).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC-Esquizofrenia-Completa.pdf>

Taborda, E., Montoya, L., Gómez, N., Arteaga, L. y Correa, O. (2016). Intervención de la esquizofrenia desde el modelo comunitario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45 (1), 46-50. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.09.001>

Taborda, E., Montoya, L., Gómez, N., Arteaga, L. y Correa, O. (2016). Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45 (2), 118-123. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n2/v45n2a09.pdf>

Tamminga, C. (2020). *Agentes antipsicóticos*. Manual Merck Versión para profesionales.

<https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/agentes-antipsic%C3%B3ticos>

Wang, L., Wang, F., Zhao, X., Zhu, B. y Qin, H. (2020). Correlation analysis of the quality of family functioning and subjective quality of life in rehabilitation patients living with schizophrenia in the community. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 1-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072481>

Wente, N. (2016). *Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia paranoide* [Tesis de grado, Universidade da Coruña]. Archivo digital. <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/17808>

Zaraza y Hernández (2016). El valor de los apoyos para el bienestar subjetivo al vivir con esquizofrenia. *Index de Enfermería*, 25 (3), 141-145.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200004

ANEXOS

Anexo 1.

Documentos catalogados por país, revista de publicación y lugar de búsqueda según el año de publicación.

País	Revista	Título del documento	Año	Tipo de documento
Brasil	Revista de Escola de Enfermagem da USP	Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida de los individuos con esquizofrenia	2017	Artículo científico Scielo
Chile	Terapia psicológica	Efectos secundarios de la medicación antipsicótica y la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia latinoamericanos	2017	Artículo científico Scielo
España	Anales del Sistema Sanitario de Navarra	Empatía, cognición social y calidad de vida subjetiva en la esquizofrenia	2017	Artículo científico Scielo
Colombia	Revista Colombiana de Psiquiatría	Intervención de la esquizofrenia desde el modelo comunitario	2016	Artículo científico Google Scholar
Ecuador	Repositorio Universidad Estatal de Milagro	Factores predominantes que inciden en la adherencia al tratamiento ambulatorio en pacientes con esquizofrenia por parte del cuidador. Zona-8 Salud, Distrito 09D01. 2018-2019	2020	Tesis de maestría Google Scholar
Colombia	Repositorio Universidad Cooperativa de	Esquizofrenia y calidad de vida en el contexto	2018	Tesis de pregrado Google Scholar

	Colombia Sede Bucaramanga	laboral: revisión teórica		
México	Revista Médico-científica de la Secretaría de Salud Jalisco	Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en un ámbito de tratamiento rehabilitatorio	2019	Artículo científico Google Scholar
España	Repositorio Universidad Complutense de Madrid	Calidad de vida en esquizofrenia	2017	Tesis doctoral Google Scholar
Chile	Repositorio Universidad de Chile	Repercusiones de la Alteración de distintos dominios cognitivos sobre la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia	2018	Tesis de maestría Google Scholar
Ecuador	Ministerio de Salud Pública	Guía de práctica clínica. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la esquizofrenia	2017	Guía de Práctica Clínica/normativo Google Scholar
Colombia	Sistema General de Seguridad Social en Salud	Guía práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia.	2014	Guía de Práctica Clínica/normativo Google Scholar
España	Psicothema	Factores personales y macrosistémicos como predictores de la calidad de vida en la esquizofrenia crónica	2017	Artículo científico PubMed
Colombia	Index de Enfermería	El valor de los apoyos para el bienestar subjetivo al vivir con esquizofrenia	2016	Artículo científico Scielo

España	Papeles del psicólogo	La evaluación de la calidad de vida: retos metodológicos presentes y futuros.	2016	Artículo científico Google Scholar
Ecuador	Pontificia Universidad Católica del Ecuador	Determinantes de alteraciones mentales en personas de los barrios de las riberas del Rio Esmeraldas.	2016	Tesis de pregrado Google Scholar
Ecuador	Ministerio de Salud Pública	Plan Estratégico Nacional de Salud Mental	2014	Normativo Google Scholar
Estados Unidos	National Institute of Mental Health	Esquizofrenia	2020	Normativo Google Scholar
Organización mundial de la salud	Organización mundial de la salud	Esquizofrenia	2019	Normativo Google Scholar
América Latina	Organización Panamericana de la Salud	La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas	2018	Normativo Google Scholar
Uruguay	Universidad de la Republica de Uruguay	Esquizofrenia: su relación entre el empleo con apoyo y la calidad de vida	2020	Tesis de grado Google Scholar
México	El Residente	Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud	2016	Artículo científico Google Scholar
Ecuador	La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición	Caso clínico: esquizofrenia paranoide	2018	Artículo científico Google Scholar
España	Universidade da Coruña	Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia paranoide.	2016	Tesis de grado Google Scholar
Colombia	Revista Colombiana de Psiquiatría	Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos.	2016	Artículo científico Scielo

España	Repositorio Universitat Jaume I	Recuperación, calidad de vida y conducta suicida en esquizofrenia revisión sistemática	2017	Tesis de maestría Google Scholar
Estados Unidos	PLoS ONE	Quality of life and its social determinants for patients with schizophrenia and family caregivers in Cambodia	2020	Artículo científico PubMed
Polonia	Psychiatria Polska	Differences in subjective quality of life of people with a schizophrenia diagnosis between participants in Occupational Therapy Workshops and those working in a Sheltered Employment Establishment	2019	Artículo científico PubMed
Estados Unidos	Perspectives in Psychiatric Care	Determinants of Quality of life among people diagnosed with schizophrenia at outpatient clinics	2018	Artículo científico PubMed
Irlanda	Psychiatry Research	Quality of life in Chinese patients with schizophrenia: a meta-analysis.	2018	Artículo científico PubMed
Estados Unidos	PLoS ONE	Quality of life and its association with psychiatric symptoms and socio-demographic characteristics among people with schizophrenia: a hospital based cross sectional study.	2020	Artículo científico PubMed

Francia	European Psychiatry	Age of onset an Quality of life amog males and females with schizophrenia: a natioanl study	2018	Artículo científico PubMed
Reino Unido	Archives of Psychiatric Nursing	Effectiveness of psychosocial interventions on quality of life of patients with schizophrenia and related discorders: a systematic review.	2019	Artículo científico PubMed
Austria	Archives of Women´s Mental Healt	Healt-related quality of life associated with diferente symptoms in women and men who suffer from schizophernia.	2018	Artículo científico PubMed
Suiza	Intrenational Joutnal of Environmental Research an Public Health	Correlation analysis of the quality of familiy functioning and subjective quiality of life in rehabilitation patients living with schizophrenia in the community	2020	Artículo científico PubMed
Colombia	Revista de Psiquiatría y Salud Mental	Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto rethinking.	2017	Artículo científico PubMed
Estados Unidos	Perspectives in Psychiatric Care	The relationship between functional revovery and quality of life in patients affcted by schizophrenia	2019	Artículo científico PubMed

		and treated at a community mental health centre in Turkey		
Estados Unidos	Journal of Clinical Psychology	Clarifying pathways to poor psychological health: the mediating role of psychosocial factors in relationship between general psychopathology and quality of life impairment in patients	2019	Artículo científico PubMed
Estados Unidos	Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services	Quality of life in pacientes with schizophrenia in China: relationships among demographic characteristics, psychosocial variables and symptom severity.	2017	Artículo científico PubMed
Reino Unido	Comprehensive Psychiatry	Association of social support and quality of life among people with schizophrenia receiving community psychiatric service: a cross-sectional study.	2017	Artículo científico PubMed
Australia	PsyCh Journal	Impact of long-term institutionalization on experiential pleasure and motivation in patients with schizophrenia	2019	Artículo científico PubMed
Reino Unido	Comprehensive Psychiatry	Predictors of residency status in chronically	2018	Artículo científico PubMed

		institucionalized and comunity dwelling schizophrenia patients.		
Croacia	Pychiatria Danubina	Cognitive models of positive and negative symptoms of schizophrenia and implications for treatment	2019	Artículo científico PubMed

Anexo 2.

Formula de Average Count Citation (ACC).

$$ACC = \frac{\text{Citas totales de por vida}}{\text{Vida útil (años)}}$$

Anexo 3.

Matriz de revisión bibliográfica

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
Nº	TÍTULO ARTICULO	Nº CITACION	Año	Volumen	Página	Revista	Fecha	País	Lugar	Área	Publica	Colación de	Tipo de art	ACTIVIDAD	Partic	Contexto artedín	País Estedín	
1	Español: capacidad y calidad de vida en la vejez	10	2017	4	2,59	Anales del Sistema Sanitario de Navarra	021	03	España	Scielo	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	De campo	Evaluación	41 Pamplona, Estella y Tudela (Navarra, España)	España	
2	Estrategias de intervención de la medicina psicosomática y calidad de vida en pacientes con esquizofrenia latinoamericana	6	2017	4	1,50	Tercer psiquiátrico	022	03	Chile	Scielo	Psiquiatría y Clínica	Revista	Cuantitativa	De campo	Evaluación	283 Servicio Psiquiátrico (ambulatorio) de Salud Mental en Balmes, Parí y Balmes, Parí y Chile		
3	Intervención de la psiquiatría de la familia en la atención comunitaria	12	2016	5	2,40	Revista Colombiana de Psiquiatría	023	03	Colombia	Google Scholar	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa-Cualitativa	Grupos de caso	Intervención	1 Envigado, Colombia	Colombia	
4	Intervención de la psiquiatría y calidad de vida en la vejez	17	2017	4	4,25	Revista de la Escuela de Enfermería de USP	021	02	Brasil	Scielo	Enfermería	Revista	Cuantitativa-transversal	De campo	Evaluación y correlación	242 Instituto Hospitalar de la Santa de Portugal	Portugal	
5	Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en un ámbito de tratamiento ambulatorio	20	2016	2		Revista Médica Científica de la Secretaría de Salud Jalisco	na	na	México	Google Scholar	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	De campo	Evaluación y comparación	34 Centro de Atención Integral en Salud Mental (CAISAM) Intercruz	México	
6	Prevención de recaídas en la esquizofrenia: Propuesta de un programa de intervención durante la fase prodromática	2	2016	5	0,40	Revista de la Asociación de Psiquiatras de España	na	na	España	Google Scholar	Psiquiatría y Clínica	Revista	Cuantitativa	Revisión	Revisión	Universidad de Granada	España	
7	Care clínica de esquizofrenia: Período de recuperación de la calidad de vida en la esquizofrenia crónica	2017	2017	4		Psichosoma	042	01	España	Google Scholar	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	De campo	Evaluación y correlación	61 Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias (España)	España	
8	Estrategias de intervención de la psiquiatría en la vejez	19	2016	5	2	Index de Enfermería	02	03	Colombia	Scielo	Enfermería	Revista	Cuantitativa	Descriptiva, analítica	Entrevista	24 Instituto de Atención a la Salud Mental de la Universidad de Chile	Colombia	
9	Revisión de la literatura científica en la esquizofrenia	5	2016	5		Revista de la Asociación de Psiquiatras de España	na	na	España	Google Scholar	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	Revisión	Revisión	Análisis de la literatura de 2000 a 2016	España	
10	La calidad de vida en la esquizofrenia	20	2016	5	6	Psiquiatría	023	03	España	Google Scholar	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	Revisión	Revisión	Universidad de Granada	España	
11	Calidad de vida en la vejez	1994	2016	25		Revista de Medicina de la Universidad de Navarra	na	na	España	Google Scholar	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	Revisión	Revisión	Universidad de Granada	España	
12	Guía de práctica clínica de la calidad de vida en la vejez con la enfermedad de Alzheimer	15	2016	5	15	Enfermería	na	na	México	Google Scholar	Medicina	Revista	Cuantitativa	Revisión	Revisión	Guadalajara	México	
13	Manejo integral del paciente con esquizofrenia en la vejez	8	2016	5	1,6	Revista Colombiana de Psiquiatría	023	03	Colombia	Scielo	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	Revisión	Revisión	Colombia	Colombia	
14	Calidad de vida en la vejez con esquizofrenia	5	2016	5	1	Revista chilena de neuro-psiquiatría	016	04	Chile	Scielo	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	Revisión	Prax-participación	21 Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Dr. Félix Bulmar	Chile	
15	Mejora de la calidad de vida en la vejez con esquizofrenia	7	2016	5	1,4	Clínica de Salud Colectiva	059	02	Colombia	Scielo	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	Revisión	Revisión	Colombia	Colombia	
16	Social functioning and the quality of life of patients with schizophrenia	5	2011	3	1,666666667	Annals of Agricultural and Environmental Medicine	037	03	Palma	Pubmed	Medicina	Revista	Cuantitativa	Revisión	Revisión	Palma	Palma	
17	Quality of Life of Persons Suffering from Schizophrenia	3	2011	4	0,75	Psiquiatría Dominicana	025	02	República Dominicana	Pubmed	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	De campo	Evaluación y comparación	89 Orinoqui	República Dominicana	
18	Quality of life and functional outcome for patients with schizophrenia	2	2020	1	2,00	Plus ONE	102	01	Estados Unidos	Pubmed	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa-transversal	De campo	Evaluación y correlación	1101 Centro de Rehabilitación Psiquiátrica SIMH Combato de Sim-Rap	Estados Unidos	
19	Differences in subjective quality of life of people with schizophrenia	2019	2019	2		Psiquiatría Pública	029	03	Palma	Pubmed	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	De campo	Evaluación y comparación	1101 Centro de Rehabilitación Psiquiátrica SIMH Combato de Sim-Rap	Colombia	
20	Outcome of quality of life among people with schizophrenia	2	2018	3	0,67	Psiquiatría y Clínica	044	02	Estados Unidos	Pubmed	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa-transversal	De campo	Evaluación y correlación	51 Servicio Psiquiátrico, Hospital (OTM) psiquiátrico de un almirante	Palma	
21	Quality of life in Chinese patients with schizophrenia	2	2018	3	0,67	Psychiatry Research	102	01	Holanda	Pubmed	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	Revisión	Revisión	Clínica ambulatoria	Jakarta	
22	Quality of life in Chinese patients with schizophrenia	3	2020	1	3	Plus ONE	102	01	Estados Unidos	Pubmed	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa-transversal	De campo	Evaluación y correlación	351 Centro Médico de la Universidad de Jinan	China	
23	Age at onset and quality of life among older and younger individuals with schizophrenia: A national study	1	2018	2	0,23	European Psychiatry	155	01	Francia	Pubmed	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	De campo	Evaluación y correlación	1024 Proyecto de Medicina de Rehabilitación Psiquiátrica de Madrid	Francia	
24	The challenge of well-being and quality of life: A meta-analysis of psychosocial interventions on quality of life of people with schizophrenia and related disorders	2018	2018	2		Schizophrenia Research	1,01	01	Países Bajos	Pubmed	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	Revisión	Revisión	Francia	Francia	
25	Effectiveness of psychosocial interventions on quality of life of people with schizophrenia and related disorders: A meta-analysis	2018	2018	2		Archives of Psychiatric Nursing	0,5	02	Países Bajos	Pubmed	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	Revisión	Revisión	Francia	Francia	
26	Functional and neurocognitive outcomes in patients with schizophrenia: A meta-analysis of subjective quality of life in schizophrenia patients living in the community	9	2018	10	0,90	European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience	127	01	Alemania	Pubmed	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa-Longitudinal	De campo	Evaluación y correlación	61 Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias (España)	España	
27	Health-related quality of life associated with different symptoms in schizophrenia	2018	2018	3		Archives of Women's Mental Health	1,03	01	Austria	Pubmed	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	De campo	Evaluación y comparación	71 Centro Psiquiátrico Hospital de Ljubljana Hospital Universitario de S. Portugal	Austria	
28	Correlations of quality of life, functioning and subjective quality of life in patients with schizophrenia and their family members	2020	2020	1		International Journal of Environmental Research and Public Health	0,74	02	Suiza	Pubmed	Salud	Revista	Cuantitativa	De campo	Evaluación y correlación	1245 Hospital de Ljubljana, Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Ljubljana, Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Ljubljana, Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Ljubljana	China	
29	Eficacia, satisfacción y calidad de vida en el tratamiento multimodal de la esquizofrenia	4	2017	4	1,00	Revista de Psiquiatría y Salud Mental	059	02	España	Pubmed	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	Revisión	Revisión	441 Proyecto de Rehabilitación Psiquiátrica en la comunidad	España	
30	Quality of life in patients with schizophrenia and their family members: A meta-analysis	1	2018	2	0,5	Psychiatry Research	044	02	Estados Unidos	Pubmed	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	De campo	Evaluación y correlación	1024 Proyecto de Medicina de Rehabilitación Psiquiátrica de Madrid	España	
31	Quality of life and functional outcome for patients with schizophrenia	1	2011	3	0,333333333	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology	1,70	01	Alemania	Pubmed	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	De campo	Seguimiento y evaluación	1024 Proyecto de Medicina de Rehabilitación Psiquiátrica de Madrid	Alemania	
32	Quality of life and functional outcome for patients with schizophrenia	2019	2019	2		Journal of Clinical Psychology	1,03	01	Estados Unidos	Pubmed	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	De campo	Evaluación	251 Servicio	Singapur	
33	Quality of life in patients with schizophrenia and their family members: A meta-analysis	5	2018	3	1,67	Psychiatry Research	102	01	Holanda	Pubmed	Psiquiatría	Revista	Cuantitativa	De campo	Evaluación	115 Sala de Rehabilitación Psiquiátrica, ubicada en la sede norte de Portugal	Portugal	

Anexo 4.

Matriz de citación

N°	Título del artículo	N° citaciones	Año de publicación	Vida útil del artículo	ACC
1	Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida de los individuos con esquizofrenia	17	2017	4	4,25
2	Efectos secundarios de la medicación antipsicótica y la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia latinoamericanos	6	2017	4	1,50
3	Empatía, cognición social y calidad de vida subjetiva en la esquizofrenia	10	2017	4	2,50
4	Intervención de la esquizofrenia desde el modelo comunitario	12	2016	5	2,40
5	Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia en un ámbito de tratamiento rehabilitatorio	3	2019	2	1,5
6	Factores personales y macrosistémicos como predictores de la calidad de vida en la esquizofrenia crónica	Q1	2017	4	0,92
7	El valor de los apoyos para el bienestar subjetivo al vivir con esquizofrenia	10	2016	5	2
8	La evaluación de la calidad de vida: retos metodológicos presentes y futuros.	30	2016	5	6
9	Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud	75	2016	5	15

10	Caso clínico: esquizofrenia paranoide		2018	3	
11	Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos.	8	2016	5	1,6
12	Quality of life and its social determinants for patients with schizophrenia and family caregivers in Cambodia	2	2020	1	2
13	Differences in subjective quality of life of people with a schizophrenia diagnosis between participants in Occupational Therapy Workshops and those working in a Sheltered Employment Establishment	3	2019	2	1,5
14	Determinants of Quality of life among people diagnosed with schizophrenia at outpatient clinics	Q2	2018	3	0,44
15	Quality of life in Chinese patients with schizophrenia: a meta-analysis.	Q1	2018	3	1,02
16	Quality of life and its association with psychiatric symptoms and socio-demographic characteristics among people with schizophrenia: a hospital based cross sectional study.	3	2020	1	3
17	Age of onset and Quality of life among males and females with schizophrenia: a national study	Q1	2018	3	1,55

18	Effectiveness of psychosocial interventions on quality of life of patients with schizophrenia and related disorders: a systematic review.	Q2	2019	2	0,5
19	Health-related quality of life associated with different symptoms in women and men who suffer from schizophrenia.	Q1	2018	3	1,18
20	Correlation analysis of the quality of family functioning and subjective quality of life in rehabilitation patients living with schizophrenia in the community	Q1	2020	1	0,74
21	Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto rethinking.	Q2	2017	4	0,59
22	The relationship between functional recovery and quality of life in patients affected by schizophrenia and treated at a community mental health centre in Turkey	Q2	2019	2	0,44
23	Clarifying pathways to poor psychological health: the mediating role of psychosocial factors in relationship between general psychopathology and quality of life impairment in patients	Q1	2019	2	1,03

24	Quality of life in patients with schizophrenia in China: relationships among demographic characteristics, psychosocial variables and symptom severity.	6	2017	4	1,5
25	Association of social support and quality of life among people with schizophrenia receiving community psychiatric service: a cross-sectional study.	9	2017	4	2,25
26	Impact of long-term institutionalization on experiential pleasure and motivation in patients with schizophrenia	3	2019	2	1,5
27	Predictors of residency status in chronically institutionalized and community dwelling schizophrenia patients	Q1	2018	3	1,16
28	Cognitive models of positive and negative symptoms of schizophrenia and implications for treatment	3	2019	2	1,50