

# Relación Entre el Reconocimiento Emocional y Síntomas Positivos y Negativos en una Población de Pacientes con Diagnóstico de Esquizofrenia de la Ciudad de Pereira<sup>1</sup>

## Relation between Emotion Recognition and Positive and Negative Symptoms in a Population of Patients Diagnosed with Schizophrenia in the City of Pereira

Jenifer Daniela Duque López<sup>2</sup>

Carlos Alberto Dorado Ramírez<sup>3</sup>

### *Síntesis*

Esta investigación indaga ante los déficits encontrados en pacientes diagnosticados con esquizofrenia con respecto a capacidades cognitivas, específicamente la percepción de emociones. Ante éste déficit se profundizó sobre la posible existencia de una correlación entre los síntomas presentes en la patología y la capacidad del paciente para reconocer emociones. Se contó con la participación de 13 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, a los que se les aplicaron dos instrumentos: el PANSS (Escala de Síntomas Positivos y Negativos) y unas imágenes derivadas del NimStim. Tras la tabulación de los resultados se encontró que en general los pacientes muestran una mayor dificultad para reconocer las emociones: tristeza, miedo y neutro (principalmente). Al relacionarlo con la sintomatología, se encontró que los pacientes con mayor prevalencia de síntomas positivos tienen mayor dificultad para percibir las emociones: alegría, miedo y tristeza y aquellos con mayor prevalencia de síntomas negativos tienen más dificultad para reconocer las emociones: miedo, tristeza, ira y sorpresa. En total, teniendo en cuenta todos los síntomas, las emociones que les genera mayor dificultad para reconocer son:

---

<sup>1</sup> Investigación que busca dar cuenta de la existencia de una relación entre la sintomatología presente en pacientes diagnosticados con esquizofrenia (síntomas positivos y negativos) y su capacidad de reconocer emociones. Esta investigación es producto del trabajo de grado realizado durante la carrera académica de Psicología en la Universidad Católica de Pereira en el año 2017.

<sup>2</sup> Psicóloga, de la Universidad Católica de Pereira.

<sup>3</sup> Doctorado en Neuropsicología de la Universidad de Salamanca de España, Maestría en Neuropsicología de la Universidad de Salamanca de España, Psicólogo de la Universidad del Valle de Cali; Asesor del Trabajo de grado, Neuropsicólogo en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Docente de cátedra en la Universidad de San Buenaventura y Docente de cátedra en la Universidad Javeriana de Cali.

miedo, tristeza y alegría.

**Palabras clave:** *percepción de emociones, síntomas positivos, síntomas negativos, cognición social, esquizofrenia*

### **Abstract**

This investigation inquires on the deficits found in patients diagnosed with schizophrenia with regards to cognitive capacities, specifically emotion perception. In the face of this deficit we deepened on the possible existence of a correlation with the symptoms present in the pathology and the patient's capacity to perceive emotions. We counted with the participation of 13 patients diagnosed with schizophrenia, to which these instruments were applied: PANSS (Positive and Negative Symptoms Scale) and some derived images from NimStim. After tabulating the results it was found that in general patients show a bigger difficulty to recognize the emotions: sadness, fear and neutral (mainly). When related to the symptomatology, it was found that the patients with a larger prevalence of positive symptoms have a bigger difficulty with regards to perceiving the emotions: happiness, fear and sadness, and those with a larger prevalence of negative symptoms have more difficulty to recognize the emotions: fear, sadness, anger and surprise. Altogether, taking into account all of the symptoms, the emotions that generate a bigger difficulty to recognize are: fear, sadness and happiness.

**Keywords:** *emotion perception, positive symptoms, negative symptoms, social cognition, schizophrenia*

### **Introducción**

Los pacientes con esquizofrenia se caracterizan por presentar diversas conductas sociales inadaptadas. Pueden presentar alucinaciones, delirios, alteraciones en el pensamiento, aislamiento social, entre otros (Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia y sus Familias [ACPEF], s.f.).

En una investigación realizada por Kohler, et. al. 2003 se pudo verificar que existe una alteración en la identificación de emociones en pacientes con esquizofrenia, demostrando una mayor dificultad en el reconocimiento de las emociones: miedo y desagrado, además se menciona que aún después de intensificar la expresión emocional, los pacientes seguían con la dificultad del reconocimiento de las mismas.

King & Campellone realizan un texto en el cual indagan más allá de la percepción de emociones “convencionales”, es decir, hablan sobre la percepción de emociones en pacientes con esquizofrenia, pero no solamente basándose en dibujos o fotos de emociones tradicionales (tristeza, ira, felicidad, etc.) sino que se preguntan por la influencia que tiene el contexto, ya que no siempre las emociones emitidas se hacen de la misma forma (ej. Sorpresa: ojos abiertos y boca abierta). Además se argumenta que influye en la percepción de estos, otros factores tales como: lenguaje corporal, la historia narrada, frases, entre otros.

En una investigación realizada por Kohler, Walker, Martin, Healey & Moberg (2009), se busca verificar si realmente existe una alteración significativa en la percepción de emociones en pacientes con esquizofrenia a comparación de pacientes saludables. Para verificar esto se hicieron comparaciones de estudios anteriores, se descartaron algunos estudios cuyos resultados no eran confiables debido al tamaño de la muestra, las características de los participantes, entre otros factores. Finalmente se encontró que efectivamente existe una alteración en esta capacidad, existiendo por supuesto algunos factores que influyen en el desarrollo de esta alteración, siendo algunos de estos factores: el estado de hospitalización, edad de inicio de la enfermedad, los síntomas, estado de medicación y edad actual. En conclusión, se dio cuenta que sí existe una alteración y adicional a esto se observó que los pacientes de mayor edad y aquellos de sexo masculino tenían esta habilidad más afectada a comparación de los otros participantes.

### ***Marco Teórico***

De todos los trastornos psicóticos, la esquizofrenia tiene el efecto más severo sobre la vida de las personas y el sistema de salud. [...] Además del costo económico, las

repercusiones psicológicas y sociales de la esquizofrenia son tremendas, tanto para los pacientes como para sus familias y para la sociedad. (Sarason, I. & Sarason, B., 2006, pág. 374-375)

Esta patología tiene su inicio con mayor frecuencia entre la adolescencia y la adultez. Es más frecuente el desarrollo más temprano en los hombres, siendo éste entre los 16 y 24 años en los hombres y entre los 20 y 34 años en las mujeres (Instituto Nacional de Salud Mental [NIMH], s.f.).

La esquizofrenia es un trastorno mental el cual afecta a la persona quien lo padece en varios aspectos de su vida cotidiana (ej. social, académico y laboral). Lo inquietante de esta patología es el desconocimiento sobre su etiología, ya que no se ha podido determinar su causa específica. Además es un trastorno degenerativo para el cual actualmente no existe un tratamiento curativo, solamente se da una recuperación con ayuda de tratamientos y un acompañamiento adecuado (Asociación Colombiana de Pacientes con Esquizofrenia y su Familia ACPEF, s.f.).

Lo que se ha logrado entender de ésta es que probablemente sus síntomas son producidos por la interacción de factores de vulnerabilidad, como lo son: estrés ambiental, factores genéticos, factores prenatales, variables biológicas y condiciones ambientales. (Sarason, I. & Sarason, B., 2006, pág. 383). Este trastorno mental cuenta con una variedad de síntomas, los cuales están divididos en: positivos y negativos. Según Tizón, J. (2013), estos hacen referencia a lo siguiente:

Los síntomas positivos hacen alusión a los síntomas psicóticos, los cuales reflejan una distorsión o exceso en las funciones normales. Entre estos se encuentran: las alucinaciones, las ideas delirantes y comportamientos gravemente desorganizados. Por otro lado, los síntomas negativos hacen alusión a un déficit de conducta, es decir, una pérdida o disminución de las funciones normales. Estos síntomas incluyen: aplanamiento afectivo, alogia, abulia-apatía y anhedonia-asocialidad.

Es pertinente mencionar que no todos los síntomas están presentes en todos los pacientes. En algunos casos puede existir una mayor prevalencia de síntomas positivos o negativos, y puede que algunos síntomas no se encuentren presentes en el paciente. Esto varía en cada paciente

(Nieva, 2010).

Existen varios tipos de esquizofrenia, entre estos: paranoide, desorganizada/hebefrénica, catatónica, residual, indiferenciada, simple.

La esquizofrenia paranoide es la que se ve con más frecuencia, y como su nombre lo indica, consiste en ideas paranoicas. Los síntomas más frecuentes son los delirios y las alucinaciones, en especial de tipo auditivo. (CIE-10, s.f.)

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

1. Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
2. Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.
3. Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales u de otro tipo de sensaciones corporales.
4. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan (CIE-10, pág. 40)

La esquizofrenia desorganizada/hebefrénica se caracteriza por una presencia mayor de síntomas negativos (embotamiento afectivo, abulia, entre otros). En este tipo de esquizofrenia predominan los trastornos afectivos, “[...] las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos.” (CIE-10, pag.41) Con respecto a la afectividad, ésta es superficial e inadecuada y generalmente va de la mano con risas inmotivadas, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondríacas y de frases repetitivas. (CIE-10, 41)

La esquizofrenia catatónica, como lo indica su nombre, está caracterizada por conductas catatónicas, esto significa que los pacientes pueden mantener posturas y actitudes rígidas y encorsetadas durante largos periodos de tiempo. Entre estos comportamientos se encuentra:

estupor (capacidad de reacción disminuida) o mutismo, excitación (actividad motriz sin sentido), catalepsia (adoptar y mantener voluntariamente posturas extravagantes e inadecuadas ), negativismo (resistencia a instrucciones o intentos de desplazamiento), rigidez (mantener una posición rígida en contra de intentos de ser desplazado/a), flexibilidad cérica (mantenimiento de posturas impuestas desde el exterior) y obediencia automática (cumplir automáticamente instrucciones).

La esquizofrenia residual es aquella en donde anteriormente existió una esquizofrenia marcada por episodios psicóticos, pero que en la actualidad estos síntomas han “sedido”, por así decirlo y existe una mayor prevalencia de los síntomas negativos (CIE-10, s.f)

La esquizofrenia indiferenciada es aquella que cumple con los criterios para una esquizofrenia, pero que no se ajusta a ningún tipo de los anteriormente mencionados o presenta síntomas de más de uno de ellos, sin que haya predominio de uno en particular. (CIE-10, s.f)

Por último, el CIE-10, s.f. describe la esquizofrenia simple de la siguiente manera:

Trastorno no muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan claramente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. Los rasgos "negativos" característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento afectivo, abulia) aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven ociosos y pierden sus objetivos. (pag.44)

Según Ruíz, García & Fuentes (2006), el proyecto MATRICS (Investigación en la medición y tratamiento para mejorar la cognición en esquizofrenia) identificó siete ámbitos cognitivos críticos en los que los pacientes con esquizofrenia presentan déficits. Siendo estos:

velocidad de procesamiento, atención/vigilancia, memoria de trabajo, aprendizaje y memoria verbal, aprendizaje y memoria visual, razonamiento y solución de problemas, y cognición social.

Al hablar de velocidad de procesamiento podemos encontrar, según el trabajo de Nieva (2010) que:

En cuanto a descripciones hechas por los propios pacientes, parece que hay cierta coincidencia en sensaciones de soñar despierto, la realidad percibida como increíble o incontrolable, incertidumbre. En otros casos el paciente explica que es como si estuviese viendo varios canales de televisión al mismo tiempo, situación que nos causaría un fuerte dolor de cabeza y una firme sensación de no entender nada. Esto es lo que sienten muchas veces, además de confusión, incompreensión, mezcla de ideas, etc. De hecho no es más que el efecto de la aceleración del pensamiento, producida por el exceso de neurotransmisores [dopamina y serotonina] (pág. 31).

Debido a la desorganización conceptual que el paciente esquizofrénico presente, éste procesa una amplia cantidad de información simultáneamente, resultando en un proceso veloz pero poco eficaz. Esto, ya que no puede diferenciar y hacer énfasis en un estímulo específico, sino que intenta abordar todos sus pensamientos al mismo tiempo, resultando en un discurso incoherente e incomprensible.

Las investigaciones han demostrado que la atención es una habilidad que se ve afectada en pacientes con esquizofrenia. Esto se puede evidenciar tanto en estados psicóticos como en estados de compensación. Dicho déficit también está presente en aquellas poblaciones de alto riesgo (hijos de pacientes con esquizofrenia). Es decir, los trastornos atencionales constituyen un rasgo de esquizofrenia heredable, específico y estable en el tiempo independientemente de las fluctuaciones en el estado clínico (Pardo, 2005). Según Ballús-Creus y García Franco (2000) retomado por Nieva (2010), el déficit de atención de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia se debe a una sobrecarga de estímulos, es decir, los pacientes no tienen la capacidad de filtrar los estímulos y por tanto reciben toda esa información al mismo tiempo,

dificultando entonces el proceso de atención.

La memoria es la facultad o la capacidad encargada de registrar la información, fijarla y restituirla. Nieva, 2010 retomando Murdock, 1967, en León Carrión, 1996 afirman que la memoria comprende 3 estados o procesos, siendo estos:

- Memoria o almacenamiento sensorial: cuando un estímulo se convierte en una sensación y queda “grabado” en la memoria de la persona, permitiendo que esta la evoque cuando sea necesario. Estos estímulos pueden ser visuales (icónico) o auditivos (ecoico).
- Memoria a corto plazo: se retienen principalmente las propiedades físicas de la estimulación, la información fonética, auditiva y lingüística.
- Memoria a largo plazo: es un almacén de persistencia y capacidad ilimitadas, en el que la información puede permanecer inactiva o latente durante un tiempo indefinido, que sólo se recupera en función de las exigencias del medio

Según Nieva (2010), la memoria es una de las funciones cognitivas que primero se deteriora en la esquizofrenia, resultando que con el paso del tiempo se vea afectada la memoria inmediata, la memoria visual y el aprendizaje.

Con respecto a la memoria en la esquizofrenia,

López Mato y Malagold (2001), mencionan que los pacientes esquizofrénicos presentan alteraciones en la capacidad de aprendizaje, de información verbal y no verbal (memoria declarativa) pero pueden aprender habilidades procedimentales que involucran las funciones motoras, resolución de problemas y atención (memoria procedimental). Además, los pacientes presentan compromiso en la memoria de trabajo (responsable de retener la información por un corto período de tiempo a la vez que está siendo organizada), ya que tienen dificultad para manejar la información (pág. 46).

El razonamiento y resolución de conflictos tiene que ver con la capacidad del sujeto de procesar una situación y generar una serie de respuestas alternativas de cómo actuar ante dicha situación. Habilidad que se ve afectada en el paciente esquizofrénico.

Es importante mencionar que se ha demostrado que el deterioro cognitivo en la esquizofrenia no es producto de la enfermedad, es decir, se ha encontrado que pacientes con este diagnóstico han tenido un bajo rendimiento cognitivo desde antes de padecer la enfermedad. Por tanto se sospecha que el déficit cognitivo no es una condición posterior al desarrollo de la esquizofrenia, sino una condición preliminar a la patología (Nieva, 2010).

Se entiende que en la esquizofrenia existe una afectación en los procesos cognitivos y los comportamientos sociales de la persona quien la padece. Existe un concepto conocido como *cognición social*, el cual retoma estos dos conceptos. García, Tirapu & López, 2012 lo definen de la siguiente manera:

[...] el conjunto de procesos cognitivos que se activan en situaciones de interacción social. Estos procesos nos permiten percibir, evaluar y responder ante dicha situación, no solo valorando las propias impresiones, sino también infiriendo las opiniones, creencias o intenciones de los demás y respondiendo, por tanto, en consecuencia. La cognición social permite al individuo la interacción satisfactoria con su entorno, por lo que los déficits en ésta supondrán percepciones sociales inadecuadas, respuestas inapropiadas y aislamiento social (p. 41).

La cognición social tiene los siguientes subprocesos: percepción social, conocimiento social o conocimiento de los aspectos propios de cada situación social, estilo o sesgo atribucional, teoría de la mente, procesamiento emocional y empatía (García, Tirapu & López, 2012, pág. 41-42).

En resumen, la cognición social consiste de una serie de procesos cognitivos que le permiten al ser humano percibir e interpretar las conductas, creencias e intenciones de los demás y ante estas responder. (Green, Olivier, Crawley, Penn, y Silverstein, 2005 retomado por Ruíz, García & Fuentes, 2006). Debido a que en la esquizofrenia existen déficits en éste aspecto, es muy probable que esto influya en sus conductas (síntomatología). Siendo éste aspecto el que se va a abordar en la investigación, teniendo un enfoque en la *percepción de emociones*.

“El procesamiento emocional hace referencia a todos aquellos aspectos que están relacionados con percibir y utilizar emociones” (Ruíz, García & Fuentes, 2006). Gran parte de las investigaciones (incluyendo ésta) utilizan como instrumentos para la medición de éste proceso aquellos que se enfocan en la identificación del afecto facial. Siendo estos instrumentos aquellos que presentan una emoción representada por expresiones faciales en las cuales el sujeto debe identificar qué emoción está siendo presentada.

Con respecto a los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, se ha identificado que existe un deterioro marcado en comparación con sujetos control en este tipo de tareas. Éste déficit se puede observar en los distintos estados de la enfermedad pero es más pronunciado en los períodos de crisis. Lo que lo convierte en un factor que determina de manera clave el funcionamiento psicosocial del paciente (Mueser, Donan, Penn, Blandchard, Belack, y Nishith, 1996; Mandal, Pandey, y Prasad, 1998; Morrison, Bellack y Mueser, 1988; Edwards, Jackson, y Pattison, 2002 retomado por Ruíz, García & Fuentes, 2006).

Las personas con esquizofrenia tienen más dificultades que las personas sin enfermedad, en reconocer y entender las expresiones faciales de emociones de otros (Ekman, 1976), especialmente de emociones negativas. Kohler, Turner, Bilker, Brensinger, Siegel, Kaner, y Gur (2003), identifican dificultades en el reconocimiento de miedo y asco, así como en el reconocimiento de caras neutras o sin emoción, ante las cuales los pacientes suelen identificar la presencia de emociones negativas. Esto sin embargo, no ocurre con otras emociones como alegría, tristeza o enfado (retomado por Ruíz, García & Fuentes, 2006, pág. 140).

Además de la dificultad de reconocer y percibir emociones se observa en la patología un marcado deterioro en la capacidad de expresar las mismas (Ruíz, García & Fuentes, 2006).

Para poder comprender el concepto de percepción de emociones, es necesario tener claro inicialmente qué son las emociones, cuáles son y para qué sirven. La Asociación Española Contra el Cáncer [AECC] (s.f) define las emociones como “[...] mecanismos que nos ayudan a reaccionar con rapidez ante acontecimientos inesperados que funcionan de manera automática, son impulsos para actuar” (p. 4). Además afirma que cada persona experimenta las emociones de manera diferente, influye en esto las experiencias que el individuo haya tenido, su aprendizaje y

la situación o acontecimiento que se presente.

Ekman (1973) retomado por Montañés (2005) plantea 7 emociones básicas: ira, alegría, asco, tristeza, sorpresa, miedo y desprecio. Esto lo defiende diciendo que existe una serie de universales en la expresión emocional demostrados transculturalmente, así como por un patrón fisiológico que caracteriza cada una de ellas. Es decir, cada una de estas emociones tiene ciertas características que las distinguen y las hacen universales, ya que independientemente de la persona quien la emite o el contexto cultural en el cual se encuentre, la expresión de estas emociones siempre contará con las mismas características.

Según Montañés (2005) retomando a Reeve (1994), las emociones tienen 3 funciones: adaptativas, sociales y motivacionales. Con respecto a las funciones sociales se plantea que “una de las funciones principales de las emociones es facilitar la aparición de las conductas apropiadas [...]” (p. 5). Es decir, a partir de las emociones emitidas por los demás y la forma en que estas son percibidas por el individuo, se genera una influencia ante la conducta emitida por la persona. Esto debido a que “[...] la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal” (p.5).

Se puede concluir entonces que la percepción, es decir, la forma en que la persona interpreta la emoción emitida por el otro, influye en la conducta emitida por dicho sujeto ante el otro.

### ***Pregunta***

¿Cuál es la relación entre la capacidad de reconocimiento emocional y los síntomas positivos y negativos en una población de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia?

### ***Justificación***

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que ocasiona perturbación en la vida de las

personas que la sufren, esto debido a que interfiere en varios aspectos, por ejemplo: lo social, laboral y familiar. Esta perturbación se da debido a los síntomas asociados con dicha patología: alucinaciones, delirios, alteración en el lenguaje, alteración en la conducta, aislamiento social, entre otros. (Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia y sus Familias [ACPEF], s.f.)

Además de que es una enfermedad crónica, hasta el momento no existe una cura. Solo se puede ayudar al paciente disminuir sus síntomas por medio de fármacos y a una recuperación con los tratamientos y el acompañamiento adecuado. (Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia y sus Familias [ACPEF], s.f.)

Según esta misma fuente, la probabilidad de que una persona desarrolle esta enfermedad es del 1%. A pesar de esta aparente baja relevancia, existe en nuestro país un número significativo de personas diagnosticadas con esquizofrenia. En el 2011, en Pereira, la esquizofrenia fue la segunda causa de hospitalizaciones de morbilidad por trastornos mentales, presentándose 388 casos. Una característica de esta enfermedad es que su aparición se da con más frecuencia a temprana edad, más específicamente: entre los 15 y 44 años, presentándose, en este rango de edad 288 casos de hospitalización de morbilidad por trastornos mentales en el 2011 (Secretaría de Salud y Seguridad Social de Pereira, 2011).

Aparte de la alteración en la conducta, es conocido que en las personas quienes padecen esta patología se ven afectadas varias capacidades, entre estas está: la percepción de emociones (García, Tirapu & López, 2012), esto genera problemas en la vida del paciente ya que no es capaz de reconocer plenamente la emoción que emite el otro.

Teniendo en cuenta lo anterior, se llega a la siguiente meta investigativa: Identificar los síntomas positivos y negativos y los niveles de percepción de emociones en pacientes diagnosticados con esquizofrenia para poder determinar si existe una correlación entre ambos.

Al caracterizar estas dos variables (síntomas positivos y negativos y el nivel de percepción de emociones) se podrá tener una mejor comprensión sobre otras funciones que se encuentran alteradas en el sujeto debido al trastorno mental que es la esquizofrenia. Ante la información arrojada por el estudio se podrá entonces aportar a la psicología en la medida en que

proporcionará mayor conocimiento con respecto a esta patología, ayudará a comprender mejor y tener una mayor tolerancia ante las conductas emitidas por estas personas y crear conciencia sobre el carácter incontrolable que tienen los síntomas, las alteraciones y por ende las conductas emitidas por los mismos.

Dicha información también brindará herramientas y datos los cuales servirán como apoyo y conocimiento con respecto a los tratamientos y terapias realizadas con personas quienes padecen este trastorno, es decir, con la información proporcionada se podrán mejorar e incluir nuevos elementos a trabajar en las terapias psicológicas realizadas con dicha población, lo cual ayudará al paciente mejorar su bienestar, y por tanto, su calidad de vida. Se llega a ésta inferencia ya que “hay resultados empíricos que indican que la cognición social podría funcionar como un mediador o vínculo entre el funcionamiento cognitivo y el funcionamiento social (Brekke y cols., 2005). Estos resultados sugieren que mejoras en cognición social deben suponer mejoras en el funcionamiento social diario” (Ruíz, García & Fuentes, 2006, pág. 143)

### ***Objetivo General***

- Establecer la relación entre el reconocimiento de emociones y los síntomas positivos y negativos en una población de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia

### ***Objetivos Específicos***

- Identificar la capacidad de reconocimiento emocional de la población de estudio
- Establecer los signos positivos y negativos de la población de estudio
- Establecer la relación entre el reconocimiento emocional y los signos positivos y negativos en la población de estudio

### ***Metodología***

- a. Diseño / Tipo de estudio:* El presente estudio está instaurado dentro de la investigación no experimental de tipo cuantitativo, ya que no se realizará una manipulación de variables, ni una aleatorización de los sujetos de estudio. Es una investigación descriptivo correlacional, ya que se estudiarán las variables en su estado natural y posterior a ellos se relacionarán entre ellas. Es de corte transversal ya que se tomará una única muestra en el tiempo.
- b. Unidad de trabajo/Participantes:* en éste estudio se contó con la participación de 13 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, presentes en diferentes áreas hospitalarias del Hospital Mental Universitario de Risaralda. Entre estas áreas se encontraban: urgencias, hospitalización, larga estancia, pensión y ministerio (inimputables).
- c. Instrumentos:* Para lograr un diagnóstico pertinente con respecto a los síntomas positivos y negativos presentes en el paciente se utilizó la Escala de los Síntomas Positivos y Negativos (PANNS), en donde se obtenían las puntuaciones por medio de observación durante una entrevista, además se contó con los aportes de los profesionales encargados de su cuidado, quienes tenían pleno conocimiento de su estado actual. Con respecto al reconocimiento de emociones, se utilizaron 32 imágenes tomadas del NimStim, el cual es un instrumento que consta de 672 imágenes de 43 personas de diversas etnias (10 africanos, 6 asiáticos, 25 europeos y 2 latinoamericanos). A cada actor se le pidió representar 8 emociones (alegría, tristeza, ira, miedo, sorpresa, asco, neutro y calma), cada una de dos maneras: con la boca abierta y la boca cerrada, excepto la sorpresa, que sólo se representó con la boca abierta y la alegría tenía una tercera con la boca muy abierta. Para la aplicación de ésta prueba se extrajeron 32 imágenes del instrumento original, 16 de mujer y 16 de hombre. Cabe mencionar que los actores fueron elegidos procurando que estos se asemejaran a los presentes en nuestra región (latinoamericanos). Estas 32 imágenes fueron presentadas de forma aleatoria, una por una. Al lado de cada imagen se encontraban las opciones de respuesta (las 8 emociones), ante las cuales se agregó la opción: “ninguna de las anteriores”.
- d. Procedimiento:* Para obtener resultados óptimos, tanto en la participación del paciente como en la calificación del PANNS, se inició cada proceso con una breve entrevista no estructurada, luego se procedió a aplicar el instrumento de NimStim para el cual se creó

una hoja de registro en donde se plasmaron datos tales como: diagnóstico del paciente, área, el tiempo que demoró respondiendo, si respondió correctamente o no, y cuál fue la respuesta dada. Tras la aplicación del NimStim, se retiraba el paciente y la investigadora procedía a calificar sus síntomas en el PANSS.

- e. Análisis de la información:* Para el análisis de los resultados, se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 21 (Statistical Package for the Social Sciences), para la datos descriptivos se utilizaron las medidas de frecuencia central y para el análisis de correlación se utilizó la estadística no paramétrica con el estadístico Rho de Spearman.

En cuanto a consideraciones éticas se partirá de la honestidad, en donde se contará solo con la cantidad de participantes que se puedan obtener, es decir, los datos con los que se trabajará serán sólo los de los participantes, no habrá ninguna alteración con respecto a estos, Además, ningún resultado será alterado por lo cual los resultados de esta investigación serán 100% confiables. Partiendo del hecho de que la muestra estará compuesta con pacientes diagnosticados con una enfermedad mental, se tratará a cada participante con el respeto que este merece como persona y en ningún momento se juzgará o menospreciará debido a su condición mental. Cabe mencionar que no se implementará un consentimiento informado escritos (sólo verbal), ésto, debido a que la información recolectada quedará de manera anónima, por tanto no existen riesgos sobre la integridad de los sujetos.

## **Resultados**

**Tabla 1. Dificultad de reconocimiento por tipo de diagnóstico**

DX		CAL	ALE	CAL	IRA	ASC	MIE	IRA	SOR	NEU	NEU	MIE	ALE	TRI
1	Media	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00
	Mínimo	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2
	Máximo	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2
2	Media	1,60	1,40	2,00	1,00	1,20	2,00	1,20	1,40	1,60	1,60	1,60	1,00	1,40
	Mínimo	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
	Máximo	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2
	Desv. típ.	,548	,548	0,000	0,000	,447	0,000	,447	,548	,548	,548	,548	0,000	,548
3	Media	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00
	Mínimo	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2
	Máximo	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2

4	Media	2,00	1,67	1,83	1,50	1,33	1,83	1,50	1,33	2,00	1,67	1,83	1,33	1,83
	Mínimo	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
	Máximo	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Desv. típ.	0,000	,516	,408	,548	,516	,408	,548	,516	0,000	,516	,408	,516	,408

DX		AS	MI	CA	AL	AS	NE	IRA	ASC	MI	AL	AL	TRI	NEU	SOR	TRI	AL	IRA
		C	E	L	E	C	U		E	E	E	E		E	E	E	E	
1	Media	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
	Mínimo	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
	Máximo	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
2	Media	1,40	1,80	1,80	1,40	1,20	1,60	1,00	2,00	1,40	1,20	1,20	1,40	2,00	1,00	1,80	1,20	1,40
	Mínimo	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1
	Máximo	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
	Desv. típ.	,548	,447	,447	,548	,447	,548	0,000	0,000	,548	,447	,447	,548	0,000	0,000	,447	,447	,548
3	Media	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00
	Mínimo	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2
	Máximo	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2
4	Media	1,67	1,33	1,50	1,67	1,83	1,83	1,50	2,00	1,83	1,33	1,33	1,67	1,67	1,50	1,67	1,33	1,83
	Mínimo	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Máximo	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Desv. típ.	,516	,516	,548	,516	,408	,408	,548	0,000	,408	,516	,516	,516	,516	,548	,516	,516	,408

En la anterior tabla podemos ver que en los pacientes con esquizofrenia residual, se encontró una marcada dificultad para reconocer la tristeza. En la esquizofrenia paranoide se evidenció una mayor dificultad para reconocer: neutro y miedo. En la esquizofrenia no específica se observa un déficit al momento de reconocer: miedo, tristeza e ira. Podemos observar en la esquizofrenia indiferenciada las emociones que más les dificulta reconocer son, principalmente, la tristeza y neutro. Cabe mencionar que de todos los diagnósticos el que presenta mayor dificultad para reconocer emociones es la esquizofrenia indiferenciada, mostrando altos niveles de error en casi todas las emociones (alegría y sorpresa no fueron tan significativos, pero las demás emociones presentaron un alto nivel de significancia).

Al analizar los datos en conjunto, podemos encontrar que las emociones que generan mayor dificultad para reconocer, en lo que respecta los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, son (en orden de mayor a menor): tristeza, miedo, neutro, ira, calma, asco, alegría y sorpresa

**Tabla 2. Correlación síntomas y percepción de emociones**

		CAL	ALE	CAL	IRA	ASC	MIE	IRA	SOR	NEU	NEU
DELIRIOS	Coeficiente de correlación	,501	,339	0,000	0,000	,025	,238	,152	<b>-,572*</b>	-,297	,022
	Sig. (bilateral)	,081	,257	1,000	1,000	,935	,434	,620	,041	,324	,944
DESORGCONCEPTUAL	Coeficiente de correlación	,275	,169	-,204	,368	,050	,119	,498	,365	,068	<b>,628*</b>
	Sig. (bilateral)	,363	,581	,503	,216	,871	,700	,083	,220	,824	,022
ALUCINACIONES	Coeficiente de correlación	,543	,109	0,000	,045	,052	,409	,045	-,330	0,000	0,000
	Sig. (bilateral)	,055	,722	1,000	,884	,867	,165	,884	,270	1,000	1,000
EXCITACIÓN	Coeficiente de correlación	,181	,109	0,000	-,269	,052	,409	,045	0,000	0,000	,202
	Sig. (bilateral)	,554	,722	1,000	,375	,867	,165	,884	1,000	1,000	,509
GRANDIOSIDAD	Coeficiente de correlación	,481	,158	-,094	,069	,187	,169	,069	-,220	,220	,232
	Sig. (bilateral)	,096	,606	,761	,822	,540	,581	,822	,471	,471	,446
SUSPICACIA	Coeficiente de correlación	,547	,147	-,203	,280	,224	,039	,172	-,363	-,181	-,022
	Sig. (bilateral)	,053	,632	,506	,355	,463	,899	,574	,223	,553	,944
HOSTILIDAD	Coeficiente de correlación	,418	,071	-,163	,048	,251	,220	,048	-,127	-,229	,314
	Sig. (bilateral)	,155	,819	,595	,876	,409	,470	,876	,679	,452	,297

MIE ALE TRI ASC MIE CAL ALE ASC NEU IRA ASC

DELIRIOS	Coeficiente de correlación	<b>,663*</b>	,380	<b>,663*</b>	,254	,021	,087	,085	,169	,206	,069
	Sig. (bilateral)	,013	,200	,013	,402	,945	,778	,783	,580	,500	,824
DESORGCONCEPTUAL	Coeficiente de correlación	,023	,379	<b>,593*</b>	<b>,824**</b>	,106	,411	,528	,021	,411	,456
	Sig. (bilateral)	,941	,201	,033	,001	,731	,163	,064	,945	,163	,117
ALUCINACIONES	Coeficiente de correlación	<b>,661*</b>	,423	,449	,306	,153	,314	,306	,197	,330	,118
	Sig. (bilateral)	,014	,150	,124	,309	,618	,297	,309	,520	,270	,701
EXCITACIÓN	Coeficiente de correlación	,330	,272	,330	,503	,044	,202	,306	,197	,449	,118
	Sig. (bilateral)	,270	,369	,270	,080	,887	,509	,309	,520	,124	,701
GRANDIOSIDAD	Coeficiente de correlación	<b>,586*</b>	<b>,656*</b>	,342	,497	,203	,185	,497	,068	,146	,024
	Sig. (bilateral)	,035	,015	,253	,084	,505	,545	,084	,826	,633	,937
SUSPICACIA	Coeficiente de correlación	<b>,703**</b>	<b>,638*</b>	<b>,658*</b>	,252	,084	,108	,063	,063	,249	,113
	Sig. (bilateral)	,007	,019	,015	,406	,785	,726	,838	,838	,411	,712
HOSTILIDAD	Coeficiente de correlación	,509	<b>,553*</b>	,509	,542	,141	,314	,330	,259	,204	,102
	Sig. (bilateral)	,076	,050	,076	,056	,645	,297	,271	,393	,505	,741

		MIE	ALE	ALE	TRI	NEU	SOR	TRI	ALE	TRI	IRA
DELIRIOS	Coeficiente de correlación	,480	-,401	-,412	,391	-,050	-,069	,251	,046	-,137	,322
	Sig. (bilateral)	,097	,175	,162	,187	,871	,824	,409	,882	,655	,283
DESORGCONCEPTUAL	Coeficiente de correlación	,274	,225	,456	,498	,275	,456	,375	<b>,616*</b>	,433	,204
	Sig. (bilateral)	,365	,460	,117	,083	,363	,117	,207	,025	,139	,503

ALUCINACIONES	Coeficiente de correlación	,449	-,181	-,330	,269	-,155	-,118	,129	,118	0,000	,151
	Sig. (bilateral)	,124	,554	,270	,375	,613	,701	,674	,701	1,000	,622
EXCITACIÓN	Coeficiente de correlación	,118	-,181	0,000	,269	,310	-,118	,129	,118	0,000	,423
	Sig. (bilateral)	,701	,554	1,000	,375	,302	,701	,674	,701	1,000	,150
GRANDIOSIDAD	Coeficiente de correlación	,342	-,080	-,220	,046	-,053	,024	,053	,146	-,024	,375
	Sig. (bilateral)	,253	,794	,471	,881	,862	,937	,862	,633	,937	,207
SUSPICACIA	Coeficiente de correlación	,454	-,174	-,249	,387	-,224	,113	,149	-,023	,068	,145
	Sig. (bilateral)	,120	,570	,411	,191	,463	,712	,627	,941	,825	,636
HOSTILIDAD	Coeficiente de correlación	,280	0,000	-,127	,314	,167	,102	,084	,305	-,229	,325
	Sig. (bilateral)	,354	1,000	,679	,297	,585	,741	,786	,310	,452	,278

		CAL	ALE	CAL	IRA	ASC	MIE	IRA	SOR	NEU	NEU
EMBOTAFECT	Coeficiente de correlación	,456	-,021	0,000	,241	-,279	,160	-,088	-,185	-,277	-,175
	Sig. (bilateral)	,118	,945	1,000	,427	,357	,601	,776	,545	,359	,567
RETRACEMOC	Coeficiente de correlación	,273	-,210	-,174	,172	-,199	,039	-,172	-,272	-,408	-,344
	Sig. (bilateral)	,366	,491	,570	,574	,515	,899	,574	,368	,166	,249
POBRERELAC	Coeficiente de correlación	,346	-,105	-,318	,343	-,247	0,000	-,064	-,248	-,407	-,364
	Sig. (bilateral)	,246	,734	,290	,252	,415	1,000	,835	,413	,168	,221
RETRACSOCIAL	Coeficiente de correlación	,447	-,042	-,174	,366	-,248	,039	,043	-,091	-,340	-,323
	Sig. (bilateral)	,125	,892	,570	,219	,413	,899	,889	,768	,255	,282
DIFICPENS	Coeficiente de correlación	,124	,125	-,462	,536	,148	0,000	,429	,497	,023	,386
	Sig. (bilateral)	,687	,683	,112	,059	,628	1,000	,144	,084	,942	,193

FALTAESPONT	Coeficiente de correlación	,225	,380	-,350	,432	-,025	,197	,324	,433	,068	,151
	Sig. (bilateral)	,461	,201	,242	,140	,936	,518	,280	,140	,824	,622
PENSESTER	Coeficiente de correlación	,223	,147	-,405	,472	,198	,078	,365	,520	,045	,451
	Sig. (bilateral)	,464	,633	,170	,103	,516	,799	,220	,068	,883	,122

		MIE	ALE	TRI	ASC	MIE	CAL	ALE	ASC	NEU	IRA	ASC
EMBOTAFFECT	Coeficiente de correlación	,162	-,237	,347	-,171	-,150	,088	-,021	,235	,347	,347	
	Sig. (bilateral)	,597	,437	,246	,576	,625	,776	,945	,439	,246	,246	
RETRACEMOC	Coeficiente de correlación	,091	-,290	,363	-,294	-,189	,086	-,105	,273	,454	,340	
	Sig. (bilateral)	,768	,336	,223	,330	,536	,780	,733	,367	,120	,255	
POBRERELAC	Coeficiente de correlación	,248	-,087	,361	-,397	-,314	-,064	-,105	,272	,339	,271	
	Sig. (bilateral)	,413	,778	,225	,179	,297	,835	,734	,369	,258	,370	
RETRACSOCIAL	Coeficiente de correlación	,204	-,145	,386	-,315	-,189	,022	-,105	,336	,408	,318	
	Sig. (bilateral)	,504	,636	,193	,295	,536	,944	,733	,262	,166	,290	
DIFICPENS	Coeficiente de correlación	-,136	,029	,361	,272	-,314	,386	,042	,397	,339	<b>,723**</b>	
	Sig. (bilateral)	,659	,925	,225	,369	,297	,193	,892	,179	,258	,005	
FALTAESPONT	Coeficiente de correlación	0,000	-,029	0,000	,021	-,401	,151	,211	,443	,319	,478	
	Sig. (bilateral)	1,000	,925	1,000	,945	,175	,622	,489	,130	,288	,098	
PENSESTER	Coeficiente de correlación	-,045	,029	,339	,314	-,335	,451	,042	,377	,317	<b>,724**</b>	
	Sig. (bilateral)	,883	,925	,257	,296	,263	,122	,892	,204	,292	,005	

		MIE	ALE	ALE	TRI	NEU	SOR	TRI	ALE	TRI	IRA
--	--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

EMBOTAFFECT	Coeficiente de correlación	,508	-,101	0,000	,417	-,481	,347	-,380	,162	-,092	,443
	Sig. (bilateral)	,076	,742	1,000	,157	,096	,246	,201	,597	,764	,129
RETRACEMOC	Coeficiente de correlación	<b>,567*</b>	-,075	,091	,538	-,422	,340	-,522	,204	-,204	,319
	Sig. (bilateral)	,043	,809	,768	,058	,151	,255	,067	,504	,504	,288
POBRERELAC	Coeficiente de correlación	<b>,678*</b>	-,124	,068	,471	-,445	,271	-,495	,181	-,068	,318
	Sig. (bilateral)	,011	,687	,826	,104	,127	,370	,086	,555	,826	,290
RETRACSOCIAL	Coeficiente de correlación	<b>,612*</b>	0,000	,091	,516	-,422	,318	-,422	,181	0,000	,522
	Sig. (bilateral)	,026	1,000	,768	,071	,151	,290	,151	,553	1,000	,067
DIFICPENS	Coeficiente de correlación	,113	,297	<b>,610*</b>	<b>,557*</b>	-,173	<b>,723**</b>	,396	,519	<b>,678*</b>	,549
	Sig. (bilateral)	,713	,325	,027	,048	,572	,005	,181	,069	,011	,052
FALTAESPONT	Coeficiente de correlación	,205	,200	,433	,216	-,449	,478	,150	,364	,364	,524
	Sig. (bilateral)	,502	,513	,140	,478	,124	,098	,625	,221	,221	,066
PENSESTER	Coeficiente de correlación	,045	,297	,520	,536	-,198	<b>,724**</b>	,446	,520	<b>,633*</b>	,521
	Sig. (bilateral)	,883	,324	,068	,059	,516	,005	,127	,068	,020	,068

En esta tabla se pueden evidenciar las correlaciones encontradas entre los síntomas positivos y negativos y la capacidad de los pacientes para reconocer emociones. Los pacientes con una predominancia del síntoma positivo, desorganización conceptual, presentaron una marcada dificultad ante el reconocimiento de la emoción asco, en donde se evidencia que el 84% de la población respondió erróneamente ante ésta emoción. A su vez, en los que predominaba la suspicacia se encontró una elevada dificultad ante el reconocimiento del miedo con un porcentaje de equivocación del 70%. Con respecto a los síntomas positivos, se encontró que en los pacientes

con una alta dificultad en el pensamiento, era menor su capacidad para reconocer las emociones: ira y sorpresa, encontrando los errores en un 72% respectivamente. Finalmente, los pacientes con una alta prevalencia de un pensamiento estereotipado mostraron una marcada dificultad para reconocer la ira y la sorpresa, siendo el porcentaje de equivocación del 73% respectivamente. Cabe resaltar que un dato significativo, nos indica que los pacientes que presentan un alto nivel del síntoma delirio, presentan una **mejor** capacidad en la identificación de la emoción sorpresa, mostrando una frecuencia de respuesta correcta del 57%.

Al analizar los datos de forma general, podemos ver que las emociones que tienen una correlación significativa con respecto a la sintomatología presente en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, es decir, que a mayor presencia de los síntomas, mayor dificultad para reconocer emociones, son (de mayor a menor): miedo, tristeza, alegría, ira, sorpresa, neutro, calma y asco.

### ***Discusión***

En ésta investigación se lograron cumplir los objetivos ya que se logró establecer una relación entre los síntomas positivos y negativos presentes en la esquizofrenia, y la capacidad de los pacientes para reconocer emociones. Kohler, et. al (2003) lograron determinar que los pacientes con ésta patología tienen una mayor dificultad para reconocer emociones a comparación de sujetos “normales”, quienes no padecían ninguna patología, Aunque, a diferencia de ésta investigación, la de Kohler et. al. arrojó como resultado que las emociones que más dificultad les generaba a los pacientes en reconocer eran el miedo y el desagrado (asco), a diferencia de ésta investigación, en donde se determinó que eran miedo y tristeza. Cabe resaltar que aquello estudiado por King y Campellone (2012), en donde formulan que la percepción de las emociones se veía influido de acuerdo con el contexto, es una afirmación con la cual se está de acuerdo, ya que durante la aplicación del instrumento existieron varios pacientes quienes daban una respuesta “errónea”, pero cuyo argumento ante esa respuesta era válido. Esto se puede considerar como una limitación con respecto al instrumento ya que éste sólo contaba con la representación de las emociones de manera facial, pero no permitía ver el contexto y el resto de lenguaje corporal para así poder llegar a una inferencia ante qué emoción es la que está siendo expresada.

Partiendo con que la hipótesis ante la cual se basó esta investigación era que los pacientes con una mayor predominancia de síntomas presentaban un mayor déficit para reconocer emociones en general, fue de gran sorpresa encontrar que los pacientes con predominancia de delirios reconocían con más facilidad la sorpresa. Aún más si se considera que el delirio es un síntoma positivo, y los pacientes quienes presentan una mayoría de síntomas psicóticos son en los que más pronunciado se encuentra el déficit en el reconocimiento de emociones, tal como lo planteó Mueser, Donan, Penn, Blanchard, Belack & Nishith (1996); Morrison, Belleack y Mueser (1988); Edwards, Jackson & Pattison (2002) retomado por Ruíz, García & Fuentes (2006). Ya que en la investigación encontramos que el 57% de los sujetos respondieron correctamente a éste estímulo (sorpresa).

Considerando lo planteado por King & Campellone (2012), sería interesante realizar éste mismo estudio utilizando otro instrumento para el reconocimiento de emociones, siendo éste uno que permita ilustrar el contexto y ver la emoción expresada de manera verbal y/o corporal, no solamente facial. Ante esto se podría encontrar una variación en los resultados o por el contrario fortalecer los resultados de las investigaciones ya realizadas en cuanto que los pacientes con esquizofrenia, sin importar todos estos factores, aún presentan una mayor dificultad con respecto a la percepción de emociones.

### ***Conclusión***

Con ésta investigación se puede afirmar entonces que los pacientes diagnosticados con esquizofrenia realmente presentan una marcada dificultad para reconocer emociones y que éste déficit se ve influenciado por la sintomatología característica de ésta patología y presente en el sujeto al momento de ser valorado, Es importante tener en cuenta no sólo el déficit de los pacientes con esquizofrenia con respecto a la percepción de emociones, sino en su cognición en general, ya que se ha comprobado que existe un deterioro en ésta área, por tanto, se deben considerar estos aspectos en las terapias de recuperación de éste tipo de pacientes, ya que un fortalecimiento cognitivo podría significar un mejoramiento de la funcionalidad del paciente en la sociedad, lo cual, como se ha expuesto, es uno de los mayores problemas ante los cuales se enfrenta el paciente esquizofrénico.

## REFERENCIAS

- American Psychological Association (APA), 1996. *Emotion recognition and social competence in chronic schizophrenia*. Recuperado de:  
<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1996-00431-012>
- Anicama, J. (2013). *Intervención en Desordenes Emocionales*. Recuperado de  
[http://www.ucvlima.edu.pe/docs/ICongresoInternacionalPsicologia/\\_INTERVENCION%20EN%20DESORDENES%20EMOCIONALES-ANICAMA.pdf](http://www.ucvlima.edu.pe/docs/ICongresoInternacionalPsicologia/_INTERVENCION%20EN%20DESORDENES%20EMOCIONALES-ANICAMA.pdf)
- Asociación Colombiana de Pacientes con Esquizofrenia y sus Familias (ACPEF), s.f. *Síntomas Positivos y Negativos*. Recuperado de <http://www.acpef.com/que-es-la-esquizofrenia/>
- Asociación Española Contra el Cáncer [AECC] (s.f). *Las Emociones. Comprenderlas para Vivir Mejor*. Ministerio de Sanidad y Política Social: Madrid.
- Benites, M. (2010). *Psicología Social. Cognición Social*. Universidad San Pedro. Recuperado de SCRIBD
- Briones, G. (1996). *Metodología de la Investigación Cuantitativa en las Ciencias Sociales*. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES: Bogotá, Colombia.
- CIE 10 (s.f). *Clasificación de trastornos mentales CIE 10. Criterios de la OMS*. Recuperado de  
[http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion de trastornos mentales CIE10.pdf](http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion%20de%20trastornos%20mentales%20CIE10.pdf)
- Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists, 2014. *Esquizofrenia*. Londres
- García, H., Tirapu Ustárriz, J., López-Goñi, J. (2012). *Valoración de la cognición social en esquizofrenia a través del test de la mirada. Implicaciones para la rehabilitación*.

- Avances en la Psicología Latinoamericana, 30 (1), 39-51.
- Jaramillo, Ruiz & Fuentes, 2011. *Relaciones entre neurocognición, procesamiento emocional y funcionamiento social en la esquizofrenia*. Universidad de Valencia. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen3/num2/66/etiologa-y-signos-de-riesgo-en-la-esquizofrenia-ES.pdf>
- King & Campellone, 2012. *Emotion Perception in Schizophrenia: Context Matters*. University of Berkeley, USA. Recuperado de: <http://socrates.berkeley.edu/~akring/Kring%20&%20Campellone%202012.pdf>
- Kohler, C., Walker, J., Martin, E., Healey, K. & Moberg, P., (2009). *Facial Emotion Perception in Schizophrenia: A Meta-analytic Review*. Schizophrenia Research Center, Department of Psychiatry; University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, PA.
- Montañés, M. (2005). *Psicología de la Emoción: El Proceso Emocional*. Recuperado de <http://www.uv.es/=cholz>
- Obiols & Jordi, 2003. *Etiología y Signos de Riesgo en la Esquizofrenia*. Barcelona, España. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen3/num2/66/etiologa-y-signos-de-riesgo-en-la-esquizofrenia-ES.pdf>
- Pineda, E., de Canales, F., de Alvarado, E., (1994). *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud*. Segunda Edición. Organización Panamericana de la Salud: Washington, D.C.
- Sarason, I, Sarason, B, (2006). *Psicología Anormal: El Problema de la Conducta Inadaptada*. Pearson Educación: México.
- Secretaría de Salud y Seguridad Social de Pereira (2011). *Perfil Epidemiológico de Pereira 2011*.
- Tizón, J. (2013). *Entender las Psicosis: Hacia un Enfoque Integrador*. Herder Editorial, S.L., Barcelona

