



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Factores asociados al Deterioro Cognitivo en pacientes con Esquizofrenia
en el Hospital Hermilio Valdizan- Lima

Febrero-Junio Del 2023

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

AUTORA

Paredes Lazaro, Marysheily

(ORCID: 0009-0008-6586-0374)

ASESOR

Quispe Cisneros, Milko Yamil

(ORCID: 0009-0002-7456-838X)

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autora

Paredes Lazaro, Marysheily

Tipo de documento de identidad del AUTORA: DNI

Número de documento de identidad del AUTORA:46937768

Datos de asesor

Quispe Cisneros, Milko Yamil

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 08557808

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Chieng Duran, José David

DNI: 06980185

Orcid: 0000-0002-0745-2523

SECRETARIO: Sulca Quispe, Rafael Emiliano

DNI: 09037610

Orcid: 0000-0002-9261-4928

VOCAL: León Castro, Héctor Moisés

DNI: 06038756

Orcid: 0000-0002-5222-2380

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.24

Código del Programa: 912909

ANEXO N°1

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, MARYSHEILY PAREDES LAZARO, con código de estudiante N°202020958, con DNI N°46937768, con domicilio en Plaza 2 de noviembre I-2, distrito San Jerónimo, provincia Cusco y departamento de Cusco, en mi condición de Médico(a) Cirujano(a) de la Escuela de Residentado Médico y Especialización, declaro bajo juramento que:

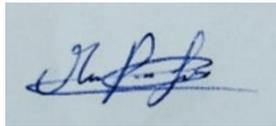
El presente Proyecto de Investigación titulado: "Factores asociados al Deterioro Cognitivo en pacientes con Esquizofrenia en el Hospital Hermilio Valdizan- Lima Febrero-Junio Del 2023." es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Quispe Cisneros, Milko Yamil, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; el cual ha sido sometido al antiplagio Turnitin y tiene el 11% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el proyecto de investigación, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro del proyecto de investigación es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en el proyecto de investigación y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 01 de febrero del 2024



Firma

Marysheily Paredes Lazaro

DNI: 46937768

Factores asociados al Deterioro Cognitivo en pacientes con Esquizofrenia en el Hospital Hermilio Valdizan- Lima Febrero-Junio Del 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	2%
3	www.elsevier.es Fuente de Internet	1%
4	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
5	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Nacional Abierta y a Distancia, UNAD, UNAD Trabajo del estudiante	1%
7	core.ac.uk Fuente de Internet	1%
8	Submitted to UNIBA Trabajo del estudiante	1%

9

docplayer.es

Fuente de Internet

1%

10

revistaaen.es

Fuente de Internet

1%

11

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción de la realidad problemática	1
1.2. Formulación del problema	2
1.3. Línea de Investigación	2
1.4. Objetivos.....	2
1.4.1. General	2
1.4.2. Específicos	2
1.5. Justificación del Estudio:.....	3
1.6. Delimitación.....	4
1.7. Viabilidad	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	5
2.1.1. Antecedentes Internacionales	5
2.1.2. Antecedentes Nacionales	8
2.2. Bases teóricas:	10
2.2.1. Esquizofrenia:	10
2.2.2. Características clínicas	12
2.2.3. Características de la esquizofrenia y perfil del compromiso cognitivo	13
2.2.4. Inicio del déficit neuro-cognitivo	14
2.2.5. Impacto en la vida cotidiana del déficit cognitivo	14
2.2.6. La neurocognición en la esquizofrenia	15
2.2.7. Factores sociodemográficos	16
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	17
3.1. Diseño de estudio :	17
3.2. Población :	17
3.3. Muestra:.....	17
3.3.1. Tamaño muestral:	17
3.3.2. Tipo de muestreo:	17
3.3.3 Criterios para la selección de la muestra	18
3.4. Variables del estudio	18
3.4.1. Definiciones conceptuales	18
3.5. Operacionalización de variables:.....	20
1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	20

3.6. Técnicas e instrumento de recolección de datos:.....	22
3.7. Procesamiento de datos y plan de análisis:	22
3.8. Aspectos éticos de la investigación:	23
3.9. Limitaciones de la investigación:	24
CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA.....	25
4.1. Fuente del financiamiento.....	25
4.2. Recursos materiales y humanos:	25
4.3. Cronograma:.....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXOS	32

1. Matriz de consistencia
2. Solicitud de permiso institucional
3. Consentimiento informado
4. Instrumento de recolección de datos
5. Solicitud de evaluación por comité de ética URP
6. Aceptación del comité de ética del Hospital Hermilio Valdizan
7. Carta de aceptación de asesor

RESUMEN DEL PROYECTO

Introducción:

Los trastornos mentales actualmente constituyen un problema de salud comunitaria, por las consecuencias que generan en la persona que la padece, al igual que en su familia y comunidad.

Según la (OMS) Organización Mundial de la Salud, la esquizofrenia esta considerado dentro de los diagnósticos más frecuentes, es a su vez parte de los trastornos mentales que afectan a 21 millones de persona a nivel mundial aproximadamente. ¹

La esquizofrenia al ser un trastorno mental incapacitante en la mayoría de los casos influye negativamente en las personas en su vida, su familia y su entorno, estos pacientes pasan frente a diversas situaciones de crítica y marginación, en situaciones recreativas y laborales dentro de la sociedad. Además, la esquizofrenia genera una discapacidad considerable y podría afectar el desempeño laboral y educativo de la persona. Debido a su déficit en memoria, atención y funciones ejecutivas, las personas esquizofrénicas, frecuentemente no son capaces de llevar a cabo tareas de la vida cotidiana como lo hacen el resto de personas. ²

En curso establecido de este trastorno se establecen esencialmente dos problemas: la pérdida de la funcionabilidad del paciente y el deterioro de los aspectos cognitivos. ³

Pero, el pronóstico, origen y evolución del deterioro aun no tiene explicación precisa. A causa de sus diferentes tipos de desarrollo , se observan pacientes con deterioro estable durante su evolución, en cambio otros pacientes, con el pasar de los años pueden ir empeorando llegando a tener un diagnóstico con criterios de demencia asociado a la esquizofrenia ⁴

En los últimos años se observa un interés incrementado en la determinación de cuales son los factores influyentes en las manifestaciones clínicas y el funcionamiento o desenvolvimiento de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, en el presente estudio se trata de determinar los factores asociados al deterioro cognitivo de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y así poder enfatizar aún más en los tratamientos farmacológicos

y psicoterapéuticos destinados a evitar el deterioro cognitivo y por ende mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Objetivos:

Determinar los factores asociados al deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia en el hospital Hermilio Valdizan- Lima Febrero-Junio del 2023.

Materiales y métodos:

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal. La población de estudio está constituida por pacientes de consultorio externo del Hospital Hermilio Valdizan - Lima en el periodo comprendido entre Febrero - Junio del 2023. La muestra serán los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, con un tamaño muestral de 196 pacientes, se usarán historias clínicas además de entrevistas semiestructuradas a los pacientes, los datos serán registrado en Excel y SPSS para su análisis estadístico.

Palabras clave: (DeCS)

Esquizofrenia, Factores Asociados, Disfunción Cognitiva.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La esquizofrenia es una de los diagnósticos en el área de salud mental con mayor frecuencia, es parte de los trastornos mentales que afectan a aproximadamente 21 millones de persona a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud.¹

Según el (INSM) Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi en su estudio realizado sobre la epidemiología en el ámbito metropolitano en Lima y Callao durante el año 2012, en el área de salud mental ; respecto a la esquizofrenia, encontró una prevalencia de 1.5 en adultos y con frecuencia mayor en mujeres (1.6%) que en varones (1.3%).⁵

Según el compendio estadístico del Hospital Hermilio Valdizan, se obtuvo estadísticas de los pacientes atendido del año 2019, donde el diagnóstico más frecuente fue el de la esquizofrenia con 25,66% en consultorio externo y 40,52% en hospitalización.⁶

Los déficits del área cognitiva que genera la esquizofrenia determinados como mas severos son los que afectan primordialmente la atención sostenida, la memoria declarativa verbal, la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas. Los déficits de la capacidad de atención sostenida y la memoria declarativa se vio que afecta al paciente en el ámbito social en su adecuado funcionamiento; los déficits concernientes a la memoria declarativa, la atención sostenida y las funciones ejecutivas de la memoria de trabajo merman el funcionamiento ocupacional; y por último los déficits observados de la memoria declarativa, las funciones del aspecto ejecutivo, y la memoria de trabajo, interfieren en la posibilidad de las personas de vivir de forma independiente.⁷

Las personas esquizofrénicas, a causa de su déficit en atención, funciones ejecutivas y memoria, frecuentemente son incapaces de llevar a cabo tareas cotidianas como las hacen las demás personas. Por ejemplo, debido a no poder planificar lo que tienen que hacer en un día común o normal su calidad de vida podría verse muy reducida .² Según un estudio en el 2019 un 85% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia tienen a su vez diagnóstico de deterioro cognitivo, en comparación con quienes no lo tienen representando un un 15% .⁸ Según la actual evidencia se afirmar que en la esquizofrenia existen múltiples procesos que se alteran, entre ellos los relacionados a la afección cognitivo producto de enfermedad, que a su vez influye negativamente el funcionamiento del área social de estas personas.⁹

Estos trastornos cognitivos son un desafío para todos los profesionales de la salud que se sientan invitados a intervenir en el tratamiento, así como en la rehabilitación de estos pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Es preciso e importante adecuar las prácticas clínicas en relación a estos tipos de

discapacidades⁷, ya que estamos frente a una severa discapacidad cognitiva con lo que se ve afectada su funcionamiento diario y toda su vida, probablemente de una forma más severa que los propios síntomas de la enfermedad.

En este estudio se trata de determinar los factores relacionados al deterioro del área cognitiva en pacientes diagnosticados con esquizofrenia y así poder enfatizar aún más en prevenir y modificar los factores asociados, mejorar el tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos destinados a evitar el deterioro cognitivo y por ende mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál son los factores asociados al deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia Hospital Hermilio Valdizan- Lima Febrero-Junio 2023?

1.3. Línea de Investigación

Este estudio está considerado dentro de las denominadas prioridades nacionales en el ámbito de investigación en el sector salud en el Perú - periodo 2019-2023, considerado la prioridad la salud mental; también este estudio se encuentra dentro de las líneas de investigación indicadas por la universidad Ricardo Palma encontrándose en la prioridad clínico médica, clínicos quirúrgicos y sus especialidades dentro del área de conocimiento Medicina Humana y Enfermería.

1.4. Objetivos

1.4.1. General

- Determinar los factores asociados al deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia del Hospital Hermilio Valdizan- Lima, Febrero-Junio 2023.

1.4.2. Específicos

- Determinar la frecuencia del deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia del Hospital Hermilio Valdizan- Lima
- Establecer el nivel de deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia del Hospital Hermilio Valdizan - Lima
- Describir la relación entre el deterioro cognitivo y las características demográficas y clínicas de pacientes con esquizofrenia del Hospital Hermilio Valdizan- Lima.

- Identificar la relación entre el deterioro cognitivo y predominio de los síntomas positivos o negativos de pacientes con esquizofrenia del Hospital Hermilio Valdizan- Lima.

1.5. Justificación del Estudio:

El trastorno mental denominado esquizofrenia es considerada una patología compleja, tiene clínica variada y diferente evolución lo que hace que sea un gran desafío para los médicos, los psiquiatras y los investigadores interesados en este tema. Tanto la fisiopatología y también la etiología aún no son completamente conocidas, inclusive tendiendo la información de las neurociencias actuales.¹⁰

Desde hace décadas es conocido el curso deteriorante de la esfera cognitiva en la esquizofrenia, suponiendo en muchas ocasiones problema y síntoma cardinal en el paciente de larga evolución.¹¹

De las personas con diagnóstico de esquizofrenia un 85% tienen un diagnosticado deterioro cognitivo, según un estudio en Ecuador el 2020,⁸ en México el 2014 según el MoCA (La Evaluación Cognitiva de Montreal) fueron clasificados con deterioro cognitivo un 69% de los pacientes¹² y según un estudio en Perú el 2021 se obtuvo frecuencia de un nivel “grave” de deterioro cognitivo en un 57.1% de los pacientes de acuerdo al Test del Dibujo de Reloj en su versión manos (TDR- M)⁹, al observar estas diferencias en las prevalencia de deterioro cognitivo se pretende en este estudio determinar cual es la prevalencia de deterioro cognitivo en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Perú con el test de MoCA.

Determinar la relación existente de la función cognitivo y el desenvolvimiento en los diferentes aspectos del funcionamiento psicosocial de los usuarios, nos ayuda a entender completamente lo importante que son las manifestaciones neuropsicológicas en la esquizofrenia. Al tener el objetivo global de generar en los pacientes mejor calidad de vida , es necesario e importante ampliar el conocimiento de las posibles consecuencias del déficit cognitivo en los pacientes con esquizofrenia como por ejemplo las funcionales .¹³

Desde el 2010 en adelante según las investigaciones en los trastornos psiquiátricos se considera a las estructuras cognitivas como la piedra angular nuevamente. En la esquizofrenia según su naturaleza , no todos los pacientes desarrollaran por igual un determinado deterioro cognitivo; ni tampoco el grado de intensidad sera igual. ¹⁴

Tomando en cuenta las nuevas políticas sanitarias en Perú enfocadas en las personas con trastorno mental grave, es sumamente necesario añadir la

medición de cual es la calidad de vida, esta se puede realizar en la evaluación que se realiza de los resultados del tratamiento. En tal sentido, el funcionamiento social y cognitivo, sería un determinante central.¹⁵

Otros estudios publicados concluyeron que los diagnosticados con esquizofrenia poseían en los primeros 4 a 5 años de la evolución de toda la enfermedad una considerable disfunción cognitiva.

Ademas los estudios han reportado el deterioro cognitivo en etapas etarias más avanzadas.¹⁶La importancia de este tema es que proporcione una gran herramienta para determinar en cada paciente cuál es su nivel cognitivo, y a su vez controlarlo a lo largo de la línea evolutiva del tiempo, considerando el deterioro por la esquizofrenia y su propia naturaleza o por el tratamiento con neurolépticos usados como primera línea. Teniendo en consideración que un deterioro cognitivo en la persona puede generar pérdida de la productividad en todos los aspectos de la persona. Entonces se considera un objetivo determinar el grado del deterioro cognitivo presentado en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, y también incentivar la generación de programas de rehabilitación enfocadas en la cognición.

Por todo lo expuesto la motivación del presente estudio es investigar los factores modificables que estarían afectando en forma negativa al desarrollo de deterioro cognitivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, con el objetivo de mejorar la adecuada adherencia al tratamiento terapéutico, farmacológico y la ta,bien la rehabilitación cognitiva para así, de acuerdo a los resultados obtenidos, plantear y generar intervenciones a futuro destinadas a mantener o mejorar la cognición de estos pacientes y por ende una mejor calidad de vida del paciente y también la de sus familias.

1.6. Delimitación

- Dilimitación espacial: El presente estudio se limita al Hospital Hermilio Valdizan- Lima.
- Delimitación temporal: Se realizará durante el año 2023.
- Delimitación circunstancial: Se realizará la recolección de los datos de los pacientes con esquizofrenia.
-

1.7. Viabilidad

Se tiene acceso a los médicos docentes del Hospital Hermilio Valdizan; que están dispuestos a facilitar el contacto con sus pacientes de consultorio externo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

1. **Aguilar. (2020, Ecuador).** En el estudio titulado” **Relación entre esquizofrenia y deterioro cognitivo en pacientes atendidos en el Psiquiátrico Julio-Endara, año 2019**”, cuyo propósito fue determinar cual fue la prevalencia de deterioro cognitivo en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia que fueron atendidos en el area de consulta externa del Hospital Julio-Endara. Se realizó un estudio epidemiológico, analítico y transversal con un muestreo de forma secuencial. Cuyos resultados fueron que 48,63 años fue la edad media, un 85% en total de usuarios con esquizofrenia tenían deterioro cognitivo, en comparación a un 15% en total que no, el sub-tipo de esquizofrenia Paranoide (58.22%) fue más prevalente, el deterioro cognitivo encontrado fue aun más prevalente en pacientes de edad avanzada , según el sexo fueron 53% hombres y 47% mujeres, soltero(a) fue el estado civil mayor en prevalencia con un 68% y finalmente 38% no tuvo identificada un tipo de escolaridad frente a un 62% que si la tuvo. La conclusión fue que, si se encontró relación significativa entre rango de edad con el deterioro cognitivo del paciente con diagnóstico de esquizofrenia, siendo esta mayor en pacientes entre edades de 41 - 65 años; además esta relación identificada fue encontrada estadísticamente significativa($p < 0.05$) y no se observo estadística significativa para la relación entre el tiempo desde el primer diagnóstico de esquizofrenia, sexo, soporte de la familia. El deterioro cognitivo identificado fue más prevalente en aquellos pacientes con esquizofrenia sin escolaridad y solteros. ⁸
2. **Piñón et al. (2018, Portugal).** En el estudio titulado “**Perfil neuropsicológico de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia**”. Cuyo objetivo fue analizar la sintomatología psicológica y el perfil neuropsicológico de una muestra de pacientes con esquizofrenia y otros pacientes con diagnóstico de “otros trastornos psicóticos”. Se aplicó a 14 pacientes un conjunto de evaluaciones neuropsicológica, estos pacientes seguían un tratamiento en un centro de salud enfocados en la rehabilitación psicosocial. Los principales resultados encontrados fueron: deterioro cognitivo moderado, afectación de subprocesos de atención sostenida, déficits de procesamiento lector, viso-espacial, selectivo y alternante en relación a la velocidad del componente ejecutivo de la flexibilidad del aspecto cognitivo, también dificultades en sus actividades laborales, sociales o escolares y por último un perfil de síntomas de obsesión-compulsión y

psicoticismo. Las puntuaciones del MOCA correspondieron con un rendimiento compatible con un deterioro cognitivo moderado. ¹⁷

3. **Mena. (2018, Ecuador).** En el estudio **“Deterioro cognitivo y su relación con la esquizofrenia, medido por SCIP-S”**, El objetivo del estudio fue determinar la relación del deterioro cognitivo con la esquizofrenia medido por SCIP-S (El Examen del deterioro cognitivo). En este estudio se revisó un total de 1375 pacientes del área de hospitalización y consulta externa, tuvieron una muestra de 156 pacientes a los cuales se les aplicó la prueba del Screening SCIP-S para diagnosticar el deterioro cognitivo. Cuyos resultados encontrados fueron que el 69% presentaron deterioro cognitivo condición que guarda relación con las recaídas de paciente y con la calidad de vida, teniendo alto impacto en la salud y pronóstico del paciente con esquizofrenia. ¹⁸
4. **López. (2018, España).** En el estudio **“Funcionamiento cognitivo y percepción subjetiva de déficits cognitivos en esquizofrenia”** Cuyo objetivo fue analizar si existe una relación entre aquel funcionamiento cognitivo identificado con MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB) y la Subjective Scale to Investigate Cognition in Schizophrenia (SSTICS) que evalúa la percepción subjetiva de su funcionamiento cognitivo. Los resultados que se encontraron fueron que ninguna de las puntuaciones obtenidas en la escala subjetiva correlacionaba con las puntuaciones obtenidas en la escala objetiva, se recomienda según este estudio no solo limitarse con la ejecución del funcionamiento cognitivo sino además enfocarse en la cuál es la percepción que los pacientes tienen acerca de sus determinados procesos cognitivos. ¹⁹
5. **Saura et al. (2017, Alemania).** En el estudio titulado **“Influencia del deterioro cognitivo en el funcionamiento de las personas con esquizofrenia”** cuyo objetivo fue efectuar una revisión bibliográfica sobre la relación entre el funcionamiento y la cognición de las personas con diagnóstico de esquizofrenia. se utilizaron base de datos como: PubMed, Scopus y Google Scholar. En conclusión, se encontró una significativa relación entre el funcionamiento y los déficit cognitivos de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: se identificó en los pacientes con esquizofrenia su funcionamiento está afectado a raíz del el deterioro cognitivo y esta afección es específicamente en las siguientes facetas: las del funcionamiento comunitario (como habilidades de vivir en comunidad) , las habilidades de la vida diaria, las habilidades ocupacionales, así como las habilidades interpersonal y cotidiana, también están consideradas las habilidades de competencia social; a su vez afecta a los síntomas positivos (+) y las facetas relacionadas con el deterioro cognitivo que más afectan a los pacientes son: memoria verbal, memoria de trabajo,

funcionamiento ejecutivo, atención, cognición social y velocidad de procesamiento.²⁰

- 6. Solis et al. (2017, Ecuador).** En el estudio “**Relación existente entre el deterioro cognitivo y el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia**”, cuyo propósito fue delimitar la existencia de relación entre un determinado deterioro cognitivo y el posible pronóstico de los usuarios con diagnóstico de esquizofrenia del área de hospitalización del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil para así determinar si el nivel o la intensidad del deterioro cognitivo determinado influyen en el pronóstico de las personas con diagnóstico de esquizofrenia. Para poder determinar el deterioro cognitivo se utilizó el test NEURPSI este ayuda a identificar el deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia, también establece niveles de deterioro como nivel normal-leve-moderado y severo, para poder medir el posible pronóstico se usó la escala Strauss-Carpenter, que según los resultados a mayor puntuación significa mejor pronóstico. Como resultados se obtuvieron que a mayor deterioro cognitivo (nivel severo), menor sería la puntuación pronostica. También, se pudo determinar que un 81% de pacientes con esquizofrenia que fueron evaluados presento algún tipo de deterioro cognitivo y que de los pacientes con esquizofrenia el 57% presento un peor pronóstico.²¹
- 7. Rodríguez-Bores (2014, México).** En el estudio “**Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para determinar deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia**”. Cuyo objetivo fue determinar la confiabilidad y la validez de la escala (MoCA) para así evaluar el déficit cognitivo encontrado en los pacientes con esquizofrenia. Evaluaron 100 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia de la Clínica de esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz - México. En este estudio para la valoración de las funciones cognitivas se aplicaron las escalas de MMSE, (MoCA) y PANSS . Se estableció la confiabilidad de (MoCA) con el alfa de Cronbach también se fijó la validez concurrente con la sub-escala cognitiva de PANSS y el MMSE. Cuyos resultados fueron que, según el MMSE, el 8% de las personas con esquizofrenia fueron identificados con deterioro cognitivo en comparación con el puntaje total obtenido del test de (MoCA), que afirmó un 69% de usuarios con deterioro cognitivo. Esta escala o test de (MoCA) consiguió adecuada validez y confiabilidad (Alfa de Cronbach=0.71) parecida a la observada por el MMSE ($\alpha=0.70$).¹²

2.1.2. Antecedentes Nacionales

1. **Villanueva. (2021, Perú).** En el estudio “**Deterioro cognitivo en adultos con esquizofrenia en instituciones Psiquiátricas Privadas de Lima**”; Cuyo objetivo es identificar cual es el deterioro cognitivo con el Test del dibujo del reloj (versión Manos) (TDR-M), en usuarios con diagnóstico de esquizofrenia que fueron internados en las instituciones psiquiátricas, también tiene como objetivo hallar según áreas diversas la presencia del deterioro cognitivo estas áreas son la edad, el sexo, la ocupación, el estado civil, los años de internamiento y el grado de instrucción, los resultados fueron que en cuanto a cada una de las variables presentadas no hubo diferencia significativa. De los pacientes participante 21, oscilaban entre 40 años a más, además el 57.1% tenían un nivel de deterioro cognitivo “grave” , concluyeron que a mas tiempo de enfermedad en años, el deterioro cognitivo incrementaba o también se hacia más visible (incluían afección de la funcionabilidad del paciente y aspectos de sintomatología negativa).¹³
2. **Huarcaya. (2020, Perú).** En su estudio titulado “**Factores asociados al funcionamiento global en pacientes con Esquizofrenia de un Hospital General del Perú**”. Cuyo objetivo fue determinar cuál es la influencia de los factores asociados con el funcionamiento global en pacientes diagnosticados con esquizofrenia. El estudio fue observacional, cuantitativo - transversal - descriptivo - correlacional. La muestra fue escogida por conveniencia, representada por 53 usuarios con esquizofrenia. Se utilizó el (FAST) Functioning Assessment Short Test para y así valorar cual es el funcionamiento global de la persona; para el funcionamiento cognitivo se usó el *Screen for Cognitive Impairment* (SCIP) y una ficha adecuada para la recolección de datos socio-demográficos y otra ficha de historia de la enfermedad. Los resultados obtenidos fueron: 34 varones (62.2%); 52 de estos (98.1%) fueron solteros; 39 (73.6%) no tenían un trabajo en ese momento, además se identificó en los pacientes con menor nivel educativo un peor funcionamiento global ($p=0.005$) y sin un trabajo actual ($p=0.004$). El t puntaje total de FAST se correlacionó con el número de los episodios psicóticos previos ($p=0.354$, $p < 0.01$), el tiempo de enfermedad ($p=0.334$, $p < 0.05$), el puntaje del SCIP ($p= 0.542$, $p < 0.01$) y su dimensión la memoria de trabajo (VMT) ($p= -0.523$, $p < 0.05$). En conclusión, se identificaron que los factores más asociados son el número de episodios psicóticos previos y el funcionamiento cognitivo con el funcionamiento global.²²

- 3. Mendoza et al. (2020, Perú).** En el estudio titulado “**Grado de deterioro funcional en pacientes esquizofrénicos paranoides atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo- Chiclayo- Perú en el periodo 2019 -2020.**” El propósito del estudio fue estimar cuales son los grados del deterioro dentro del aspecto funcional en usuarios diagnosticados con esquizofrenia, se usó la escala FAST (Functioning Assessment Short Test) se estableció que el grado “muy deteriorado” está en las dimensiones funcionamiento del ámbito laboral con (6%) y autonomía con un (2.4%). La dimensión de funcionamiento laboral presentó el grado de “bastante deteriorado” con un (48.2%), la dimensión de autonomía con un (41%) y finalmente relaciones interpersonales con un (37.3%), existe solo asociación entre el deterioro funcional para la dimensión de autonomía y el número de recaídas por año. En este estudio se concluyó que los grados del deterioro funcional en usuarios con diagnóstico de esquizofrenia son alarmantes en la institución. ²³
- 4. Belon-Hercilla et al. (2020, Lima).** En su estudio titulado “**Comparación del perfil cognitivo en pacientes con alcoholismo y pacientes con esquizofrenia**”. Cuyo objetivo fue confrontar el rendimiento cognitivo en usuarios con esquizofrenia con el alcoholismo. Cuyo estudio fue un estudio de tipo observacional, examinó 18 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y 32 pacientes con trastorno mental por consumo sustancias (alcohol). Se hizo NEUROPSI (batería neuropsicológica breve). Los resultados fueron que se identificaron significativas diferencias entre los dos grupos en las áreas de memoria declarativa y función ejecutiva con puntajes mayores de deterioro cognitivo en el grupo de usuarios con diagnóstico de esquizofrenia. El principal hallazgo de este estudio fue que los pacientes con diagnóstico de alcoholismo se desempeñaron cognitivamente mejor que aquellos con esquizofrenia en la memoria y la función ejecutiva. Sin embargo, también se ha mencionado que además de la memoria y las funciones ejecutivas, otros procesos como la atención se ven gravemente afectados en ambos grupos de pacientes. ²⁴
- 5. Caqueo-Urizar (2016, Bolivia, Chile y Perú).** En el estudio “**Percepción de los cuidadores sobre el déficit cognitivo de los pacientes en esquizofrenia y su influencia en su calidad de vida**”. El propósito del estudio fue evaluar la relación entre los pacientes y sus cuidadores; percepción de los pacientes y cuidadores; déficits cognitivo (es decir, cognición social y neurocognición) y su respectiva calidad de vida (QoL), el estudio tuvo la muestra total de 253 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y sus respectivos cuidadores de clínicas públicas. Cuyos resultados son que la evaluación del déficit cognitivo de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia fue “moderada” y el déficit cognitivo se asoció significativamente con la calidad de vida. ²⁵

2.2. Bases teóricas:

2.2.1. Esquizofrenia:

El trastorno mental esquizofrenia es considerado un síndrome que esta caracterizado por pseudopercepciones o alucinaciones, delusiones y un lenguaje desorganizado; por síntomas negativos (-) como la motivación disminuida y disminución de la expresividad en el rostro, también por los déficits cognitivos que involucra al deterioro de las funciones ejecutivas, de la velocidad del procesamiento mental y memoria. ²⁶

Los criterios para la esquizofrenia del DSM-V son los siguientes:

La presencia de por lo menos 2 de los presentes 5 ítems y cada uno de estos debe estar presente durante un tiempo significativo, un periodo de 1 mes (o menos si se llega a tratar con éxito), teniendo en cuenta que al menos uno de los ítems son 1, 2, o 3:

- 1) *delirios- delusiones*
- 2) *alucinaciones - pseudopercepciones*
- 3) *lenguaje desorganizado*
- 4) *comportamiento desorganizado o catatónico*
- 5) *síntomas negativos (-) (por ejemplo disminución de la expresividad y disminución de la motivación).*²⁶

Estos signos y síntomas continuos de la alteración están presentes durante un periodo de mínimo 6 meses; los síntomas prodrómicos preceden a la fase activa, y pueden seguirles a estos los síntomas residuales, están caracterizados por algunas formas leves o subliminales de delirios o alucinaciones.

Se debe descartar el trastorno depresivo, así como bipolar con características psicóticas y el trastorno esquizoafectivo.

La alteración no debe ser atribuible a los efectos de una sustancia (por ejemplo, un medicamento o una droga de abuso) u otra afección médica identificada. ²⁶

Criterios CIE-10 de Esquizofrenia.

Caracterizado por distorsiones del pensamiento, de las emociones y de la percepción. En estos pacientes la claridad de la conciencia esta conservada, al igual que la capacidad intelectual, pero puede presentarse déficits cognoscitivos al pasar el tiempo.

Son mas frecuentes las alucinaciones (principalmente las de tipo auditivo), que comentan su propia conducta o sus propios pensamientos. Se pueden ver otros trastornos de la percepción también. La perplejidad es frecuente y suele existir la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general de carácter sumamente peligroso, siniestro, mal intencionado y dirigido hacia el paciente. En el trastorno del pensamiento los aspectos irrelevantes de un concepto son expuestos y puestos en lugar de los elementos pertinentes para la situación. El pensamiento se torna oscuro, vago, elíptico y la expresión verbal de estos pensamientos es en algunas ocasiones no entendibles o incomprensible. Las características que muestra la afectividad son superficialidad e incongruencia. La inercia, negativismo o estupor son muestras del trastorno de la voluntad y de ambivalencia.

El inicio puede ser insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña o agudo, con trastornos del comportamiento graves . El curso de la enfermedad presenta también una gran variabilidad (hasta llegar a crónico como deteriorante).

Existen, ciertos fenómenos del aspecto psicopatológicos que tienen especial significancia para el adecuado diagnóstico de esquizofrenia, los cuales pueden presentarse asociados entre sí.

Estos fenómenos son:

- a) Inserción, eco, difusión o robo del pensamiento.
- b) Delusiones de ser controlado por algo o alguien, de ser influenciados o de pasividad (con referencia a los movimientos, al cuerpo, acciones y a los pensamientos además de sensaciones y percepción).
- c) Voces que escucha y le comentan la propia actividad, voces que discuten entre si o que vienen de otras partes del cuerpo.
- d) Ideas delirantes y persistentes que no se acepta según su cultura o que son consideradas inverosímiles o imposibles (en temas como política, religión o poderes sobrehumanos).
- e) Alucinaciones persistentes, acompañadas de fugaces ideas delirantes no estructuradas que no tienen un claro contenido afectivo, o también persistentes ideas sobrevaloradas, que podrían presentarse de forma diaria - durante semanas, meses o por largos periodos de tiempo o permanentemente.
- f) Bloqueos o interpolaciones en el curso del pensamiento, que genera un lenguaje disgregado, divagatorio, o incluso incoherente; tambien con los denominados neologismos.
- g) Manifestaciones de tipo catatónicas (excitación, posturas características, negativismo, estupor, *flexibilidad cérea* y mutismo).
- h) Síntomas de tipo negativo (-) como lenguaje empobrecido, bloqueo del pensamiento, apatía marcada e incongruencia de la respuesta de tipo

emocional (que llevan a disminución de la competencia social y al retraimiento social).

- i) Pérdida de total interés, ociosidad, falta de objetivos en la vida, estar absorto y aislado de la sociedad.

Pautas del diagnóstico:

Presencia de síntomas muy evidentes uno como mínimo, 2 o incluso más, si estos son menos evidentes, de cualquiera de los grupos desde a) a la d), o síntomas de por lo menos 2 de los grupos de e) a la i), presentes la mayor parte del tiempo durante un período de 1 mes o más.

El diagnóstico de esquizofrenia no se recomienda hacer cuando haya en el paciente síntomas maníacos relevantes o los síntomas depresivos, a menos que los síntomas de esquizofrenia antecederan al trastorno del humor. Tampoco en presencia de alguna enfermedad cerebral, en una intoxicación o abstinencia de por sustancias psicótropas.²⁷

2.2.2. Características clínicas

Síntomas “positivos”: Son fenómenos que producen alteración en determinadas funciones cognitivas y el comportamiento.

- Alucinaciones: Escuchar, observar o sentir algo que es irreal. Estas alucinaciones están desarrolladas por alguno de los 5 sentidos del ser humano que son, gusto, oído, vista u olfato. Las alucinaciones auditivas son consideradas las más frecuentes.
- Delirios: Son las creencias falsas y no racionales, e implican una dificultad e incapacidad para discernir de manera racional las experiencias reales de aquellas que son irreales.
- Agitación: Es aquella condición fisiológica que implica un estado de excitabilidad y tensión.
- Pensamientos desorganizados: Se refiere a la creación de asociaciones desorganizadas, llegar a conclusiones sin bases suficientes para ser consideradas reales, además de déficit de razonamiento lógico.
- Comportamiento catatónico: Se observa presencia de excitación, estupor, movimientos de resistencia, obediencia automática y rigidez.

Síntomas “negativos”: Se caracterizan estos síntomas por la disminución en el estado de ánimo y también en las relaciones sociales en las que está inmiscuido y se clasifican en los siguientes:

- **Retracción social:** El paciente se aparta de otras personas, permanecen solas y no tienen interés en desarrollar amistades o incluso relacionarse con otras personas.
- **Apatía:** El paciente tiende a desarrollar sentimientos de vacío, y tener claras dificultades para la continuar y culminar sus planes.
- **Anhedonia:** Disminución de la afectividad, falta de motivación para participar en actividades.
- **Retracción emocional:** Los pacientes no demuestran sentirse triste o alegre, (ejemplo, expresión facial disminuida) hay ausencia de signos que demuestren alguna emoción.
- **Embotamiento afectivo:** Hay disminución en la expresión facial, falta de gestos de comunicación y una reducción de sentimientos y emociones.

2.2.3. Características de la esquizofrenia y perfil del compromiso cognitivo

En la literatura existen debates con respecto si es global el déficit cognitivo en los pacientes con esquizofrenia, teniendo un impacto en los dominios cognitivos o con habilidades cognitivas más afectadas que las otras. Heinrichs y Zakzanis (1998) realizaron un meta análisis, considerando un total de 204 estudios, llegó a la conclusión que el 60-80% de los usuarios con diagnóstico de esquizofrenia tenían un déficit cognitivo leve. Los dominios que son más frecuentemente afectados son el aprendizaje de tipo visual-verbal, la memoria de trabajo, la velocidad psicomotora, la atención y además las funciones ejecutivas.

Además de los resultados obtenidos en los tests neuropsicológicos, son los trastornos cognitivos considerados dentro de los síntomas de la enfermedad, así como es la presencia de delirios y alucinaciones, la desorganización del pensamiento y la alteración de la conducta, y también la presencia de síntomas negativos (-) en pacientes crónicos. Las alucinaciones manifestadas nos reflejan la posible disfunción de determinados procesos cerebrales como el filtrado de la información, considerados como manifestaciones clínicas de una disfunción cognitiva. Esto es considerado también para los delirios, que son resultado del proceso de los pensamientos irracionales. La desorganización conceptual y los síntomas negativos (-) están además relacionados a un funcionamiento cerebral-cognitivo considerado alterado.

A continuación se describirán los hallazgos en todos los dominios neurocognitivos más importantes en la esquizofrenia : el funcionamiento intelectual general, memoria de trabajo, atención, memoria de largo plazo y las funciones ejecutivas.²⁸

2.2.4. Inicio del déficit neuro-cognitivo

Varios de los estudios han mostrado que los trastornos cognitivos son posiblemente identificables durante el 1er episodio, y según los estudios existe actualmente suficiente evidencia de que el trastorno cognitivo encontrados puede estar ya presentes mucho tiempo antes de la aparición inicial de la enfermedad. Según estos importantes hallazgos la esquizofrenia tiene una concepción contemporánea de un trastorno del neurodesarrollo, y este es uno de los argumentos utilizados que ayudan a sustentar la actual visión de algunos investigadores sobre la esquizofrenia como un trastorno neurocognitivo con manifestaciones del área conductual.²⁸

2.2.5. Impacto en la vida cotidiana del déficit cognitivo

En 1996, *Green* publicó un reporte en que reviso estudios que utilizaban como predictores las medidas cognitivas y correlatos del desempeño funcional de los usuarios con esquizofrenia. De los cuales el dato más importante fue que la memoria declarativa verbal estaba correlacionada con el desempeño funcional de todos los tipos. Esto, no es considerado novedoso, ya que la funcionalidad del aspecto laboral y social de una persona independiente exige la capacidad de aprender novedosa información y así usarla de una manera útil, adaptativa y adecuada. Por ejemplo; en las situaciones sociales, si no puede aprender los nombres de las nuevas relaciones, se le hará más complicado mantener posteriormente un contacto, o a su vez llegar a sostener conversaciones con estas personas. En cuanto al trabajo, si la persona no puede aprender cuales son los pasos que son necesarios para realizar tareas más específicas, las posibilidades y resultados de los objetivos y logros laborales serán mucho más difíciles de obtener o serán más bajas. La vida de forma independiente de una persona considera una gamma de desafíos para la memoria (como recordar la dirección de alguien, la ruta para llegar a un lugar deseado, pagar el alquiler en la fecha acordada o recordar que objetos comprar en la tienda) y un funcionamiento inadecuado de la memoria en estos ámbitos puede generar un malestar. Las funciones ejecutivas y la atención son un pre-requisito para la vida independiente y el desempeño laboral. Para una vida satisfactoria es importante el poder mantener la atención y la concentración en las tareas a realizar como planificar las compras, mantener un orden establecido y organizarse en el trabajo o en casa.²⁸

2.2.6. La neurocognición en la esquizofrenia

Los déficits de las personas con esquizofrenia se asocian con el bloqueo o deterioro de funciones mentales importantes como: empezar, continuar y mantener las actividades necesarias; la fluidez del habla y del pensamiento; la comunicación no verbal; la expresión de emociones y la interacción con las demás personas. Al parecer estos déficits producen en la persona a la apatía y por consiguiente afecta reduciendo la expresión emocional ²⁹

Las denominadas funciones ejecutivas y su deterioro según las investigaciones se han asociado a un anormal funcionamiento de la corteza prefrontal dorsolateral en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, además toda esta alteración puede estar relacionado con los déficits neuropsicológicos, específicamente en las funciones del aspecto ejecutivo y la memoria de trabajo. ³⁰

Las investigaciones sugieren que la neurocognición y también la cognición a nivel social, tienen una influencia mutua y se relacionan, también con el funcionamiento de ámbito psicosocial en la esquizofrenia. El medir los déficits neurocognitivos satisfactoriamente se ha desarrollado gracias a escalas como MATRICS, SCIP-S y NEURPSI. Además, los déficits descritos se han correlacionado con una anormal función de la corteza prefrontal dorso lateral y con conectividades defectuosas con otras áreas cerebrales. El llamado “cerebro social” se le asociado al deterioro de la cognición social también con el funcionamiento psicosocial. En los pacientes con trastorno mental como la esquizofrenia parecen alteradas la memoria, la atención y la función ejecutiva, relacionándolo con estructuras cerebrales anormales en su función y conectividad. Además, en la esquizofrenia como posible marcador endofenotípico se considera el déficit en diferentes dominios de la cognición social. ³¹

A pesar de no ser considerada dentro de la definición del DSM-5, se considera que la alteración cognitiva es un síntoma central y universal en la esquizofrenia. ³¹

El típico perfil neuro-psicológico contiene diferentes déficits como la memoria, procesamiento psicomotor, atención, la abstracción y funciones ejecutivas además de velocidad motora-perceptual. Estos déficit están presentes previos al comienzo de la enfermedad y al inicio de esta , como lo informan diferentes estudios sobre primeros episodios de psicosis encontraron la asociación del pobre funcionamiento premórbido de la persona y la disfunción neurocognitiva.³² En los reportes de corte transversal y longitudinales, no se logro encontrar relación consistente entre los síntomas positivos (+) y funcionamiento cognitivo, ³³ al contrario según estos estudios, existe mayor evidencia de una asociación de los síntomas negativos (-) y el funcionamiento cognitivo. ³⁴ A pesar de estos reportes, las áreas de funcionamiento correlacionadas con los síntomas negativos (-) son un debate en la actualidad. Un grupo de investigadores

identifico que la correlación entre la anhedonia, la memoria espacial pobre, lenguaje, atención, abstracción, y habilidades espaciales fue más frecuente. Los déficit cognitivos y la medicación no parece ser producto de los síntomas de la esquizofrenia. Ya que no se han encontrado correlaciones entre la severidad de las delirios o alucinaciones y la severidad de los déficits cognitivos. Los trastornos relacionados con la atención y la memoria de trabajo están antes del inicio de la psicosis y permanecen aun después de resuelta la psicosis, esto nos sugiere la independencia de los síntomas positivos (+).³⁴

2.2.7. Factores sociodemográficos

Los reportes realizados sobre la posible influencia de los aspectos sociodemográficos en la calidad de vida de estos pacientes presentan un conjunto de resultados diversos y contradictorios. Se logro identificar una relación inversa entre calidad de vida y edad, en el estudio realizado por Browne y cols. (1996), ya que se encontró a mayor edad, hay una peor calidad de vida.³⁵

Además, se reportan estudios con evidencia contradictoria con respecto al género, y la calidad de vida medida subjetivamente, determinados reportes identifican que las mujeres con diagnóstico de esquizofrenia tiende a tener una percepción peor de la calidad de vida que tiene, frente a los hombres con este mismo diagnóstico ³⁶, mientras que con respecto a la calidad de vida medida objetivamente de acuerdo al genero no se encuentran diferencias. ³⁷

Con respecto al grado de estudios del paciente, investigadores como Brissos y cols en el 2011 en sus estudios usando la escala WHOQOL-BREF como medida de la calidad de vida subjetiva, encontraron que a mayor grado de estudios, hay una calidad de vida mucho mejor³⁸; y otros investigadores como Montemagni y cols. en el año 2014 llegaron a la conclusión de que, a mayor grado educativo, es peor la calidad de vida, estos investigadores utilizaron la escala QLS como medida de manera objetiva de calidad de vida ³⁹; finalmente, estudios como el de los investigadores Heider y cols. en el año 2007 no encontraron relación alguna entre ambas variables.³⁷

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño de estudio :

El presente estudio es de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal.

3.2. Población :

La población está representada por los adultos de consultorio externo del Hospital Hermilio Valdizan - Lima en el periodo Febrero - Junio del 2023.

3.3. Muestra:

La muestra está formada por todos los adultos con diagnóstico de esquizofrenia del consultorio externo del Hospital Hermilio Valdizan - Lima en el periodo Febrero - Junio 2023.

3.3.1. Tamaño muestral:

El tamaño muestral se calculó utilizando el programa OpenEpi versión 3, se usó la fórmula para estudios descriptivo y tamaño de la muestra para la frecuencia en una población.

Con un nivel de confianza de 95%, frecuencia (p) anticipada % de 85 %, límite de confianza de 5%, efecto de diseño 1. ⁴⁰

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	1000000
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	85%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	196
80%	84
90%	138
97%	241
99%	339
99.9%	552
99.99%	772

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)]$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor
Imprimir desde el navegador con ctrl-P
o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

41

Se obtuvo un tamaño de 196 pacientes.

3.3.2. Tipo de muestreo:

El tipo de muestreo en este estudio es probabilístico, en una etapa y se aplicara un muestreo de tipo aleatorio simple para la selección de los pacientes que acudirán a la consulta externa del Hospital Hermilio Valdizan - Lima en el periodo Febrero-Junio del 2023?

3.3.3 Criterios para la selección de la muestra

3.3.3.1. Criterios de inclusión:

- Paciente con diagnóstico de esquizofrenia de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizan- Lima.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Paciente de consultorio externo.
- Pacientes que acepten participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.

3.3.3.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de consumo de sustancias psicoactivas.
- Pacientes con otros trastornos neurológico como epilepsia, demencias como (vascular, con cuerpos de Lewy, frontotemporal, mixta, por enfermedad de Alzheimer y asociada a la enfermedad de Parkinson.)

3.4. Variables del estudio

- Variable dependiente:
 - ✓ Deterioro cognitivo
- Variable independiente:
 - ✓ Pacientes con esquizofrenia
 - ✓ Características demográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, condición socioeconómica, soporte familiar)
 - ✓ Características clínicas asociadas con el curso de la esquizofrenia (antecedentes de familiares de 1ra línea con esquizofrenia, año de inicio y tiempo en años de enfermedad, número de previos episodios psicóticos, tipo de tratamiento (antipsicóticos de 1ra o 2da línea))
 - ✓ Síntomas positivos o negativos de esquizofrenia

3.4.1. Definiciones conceptuales

Esquizofrenia: Es un trastorno mental grave con síntomas positivos (+) como delirios e ideas delirantes, alucinaciones; síntomas negativos (-) como abulia. ²⁶

Deterioro cognitivo: Deterioro o bloqueo de funciones mentales como: la fluidez del habla y pensamiento; iniciar y mantener actividades; la expresión de las emociones; los sentimientos de alegría y placer; la comunicación no verbal y la interacción social. ³⁰

Edad: Tiempo que ha vivido una persona. ⁴²

Sexo: Se refiere a las características fisiológicas y sexuales con las mujeres y hombres nacen. ⁴³

Estado civil: Relación declarada de pareja. ⁴⁴

Nivel de instrucción: Es el grado de estudios pasados más elevado o que estén en curso, sin tener en cuenta si fue terminado o están incompletos. ⁴⁵

Ocupación: Se refiere al trabajo, labor o quehacer de la persona.⁴⁶

Condición socioeconómica: medida de situación social de la persona que incluyen educación, ingresos y ocupación ⁴⁷

Soporte familiar: El apoyo familiar engloba todo aquello que los miembros de una familia hacen los unos por los otros, alguien con quien contar o alguien en quien confiar o en quien apoyarse.⁴⁸

Antecedentes de familiares de 1ra línea con esquizofrenia: enfermedades que tengan un familiar de 1er grado que además es un miembro de su familia (comparte el 50% de sus genes). Los familiares considerados de 1er grado son los padres, hijos(as) y hermanos(as).⁴⁹

Tiempo de diagnóstico de esquizofrenia: El tiempo transcurrido en años desde el primer diagnóstico de esquizofrenia y la fecha actual.

Número de episodios psicóticos previos

Tipo de tratamiento (antipsicóticos de 1ra o 2da línea): Inicio de tratamiento antipsicótico.

Síntomas “positivos” o “negativos” de esquizofrenia: Los síntomas positivos (+) se consideran al conjunto de síntomas y signos que generan en el usuario con esquizofrenia situaciones de excitación, percepción alterada, conductas de tipo delirantes, etc ; en cambio que los síntomas negativos (-) se son los que ocasionan situación de afecto aplanado en el esquizofrénico.

3.5. Operacionalización de variables:

1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACIÓN Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
DEPENDIENTE					
Deterioro Cognitivo	Incapacidad para utilizar de forma correcta todas las funciones mentales superiores.	El test para la Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) evalúa las disfunciones cognitivas. Toma en cuenta las siguientes habilidades : memoria, cálculo y orientación, concentración, funciones ejecutivas (como la abstracción), atención, lenguaje , capacidades visuoconstructivas, .	Razón Discreta	Dependiente Cuantitativa.	Deterioro cognitivo: <ul style="list-style-type: none"> • Muy bajo. • Bajo • Leve
INDEPENDIENTE.					
Diagnóstico de esquizofrenia	Trastorno o enfermedad mental caracterizado por la síntomas: positivos (+), negativos(-), y también cognitivos.	Esquizofrenia: Registrada en la historia clínica como F20.0 según el CIE 10 en la última atención de la Institución donde se atiende.	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa.	Si tiene ese diagnostico No tiene ese diagnostico
Sexo	Características fisiológicas y sexuales con las que nacen las mujeres y hombres	Sexo señalado en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0 = Femenino 1 = Masculino
Edad	Tiempo en años transcurridos desde que uno nace hasta la actualidad.	Edad señalada en la historia clínica Tiempo en Años	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Años cumplidos
Soporte familiar de cuidado ante enfermedad	Acciones entre los integrantes de la familia como tiempo, atención, cariño, conversación, afecto y autonomía.	Relaciones interpersonales familiares	Razón Discreta	Independiente Cualitativa	Si Tiene actualmente No Tiene actualmente

Estado civil	Condición de la persona de acuerdo a su relación declarada de pareja	Relación de pareja declarada	Nominal	Independiente Cualitativa	Unido/a Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a
Nivel de Instrucción	Escolarización que es alcanzada por la persona dentro del sistema de educación no tomando en cuenta su condición de culminación	Tipo de escolarización	Ordinal	Independiente Cualitativa	Ninguna Preescolar primaria secundaria Superior Posgrado
Condición socioeconómica	Medida de la situación social que incluye ingresos, educación y ocupación	Condición socioeconómica según SISFOH	Nominal	Independiente Cualitativa	Alto Medio alto Medio bajo Bajo
Ocupación	trabajo, labor o quehacer	Tipo de ocupación	Razón Discreta	Independiente Cualitativa – nominal	Tiene actualmente No tiene actualmente
Antecedentes de familiares de 1ra línea con esquizofrenia	enfermedades que tengan los hermanos, padres e hijos.	Antecedente familiar de primer grado de trastorno mental	Razón Discreta	Independiente Cualitativa nominal	Si No
Número de episodios psicóticos previos	Periodos de pérdida de contacto con la realidad.	Numero de episodios psicóticos previos	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Nro de episodios psicóticos previos
síntomas positivos o negativos de esquizofrenia	Síntomas positivos: excitación, percepción alterada, conductas de tipo delirante. Síntomas negativos: aplanamiento afectivo	Según escala de BPRS predominio de síntomas positivos o negativos	Razón Discreta	Independiente Cualitativa nominal	Positivos Negativos
Tiempo en años del diagnóstico de esquizofrenia	Tiempo en años transcurrido entre el diagnóstico del 1er episodio de esquizofrenia y la actual fecha	Tiempo en años	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa.	Años de diagnóstico
Tratamiento farmacológico de tipo antipsicótico	Fármacos utilizados como tratamiento en Esquizofrenia	Esquema de los últimos 6 meses antipsicótico	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa.	Antipsicóticos típicos Antipsicóticos atípicos Ambos

3.6. Técnicas e instrumento de recolección de datos:

- Se solicitará la aprobación del proyecto de investigación a la Universidad Ricardo Palma
- Las técnicas y los métodos utilizados para la recolectar los datos serán los siguientes: revisión de las historias clínicas, entrevistas, análisis de los documentos y diferentes test para el desarrollo de la presente investigación.
- Para poder contrastar a los pacientes esquizofrénicos de los no esquizofrénicos, se recolectará información de las historias clínicas de consultorio externo del hospital Hermilio Valdizan donde mencionen el diagnostico de esquizofrenia.
- El primer instrumento utilizado para la recolección de datos será una ficha de datos sociodemográficos. (ver anexo 1) la primera parte será llenada por el propio paciente y la segunda por la investigadora
- Para determinar el déficit cognitivo se usará el segundo instrumento; la Evaluación Cognitiva Montreal (Montreal cognitive assessment / MoCA, evalúa diferentes tipos de habilidades cognitivas y es una prueba que consta de 30 interrogantes cuya aplicación tarda aproximadamente 10 - 12 minutos cuyo objetivo es ayuda al que lo usa a evaluar las disfunciones cognitivas leves.⁵⁰ (ver anexo 2) será llenado por el paciente con la supervisión de la investigadora.
- El tercer instrumento es la Escala breve de Evaluación Psiquiátrica Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) para determinar el predominio en signos positivos o negativo de la esquizofrenia del paciente (ver anexo 3) será llenado por la investigadora.

3.7. Procesamiento de datos y plan de análisis:

Los datos recogidos se registrarán en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, donde se incluirán algunos criterios de validación, esto con el propósito de evitar posibles errores de digitación. El procesamiento, recodificación y validación, así como el análisis estadístico se realizará en SPSS versión 2.

Para el control de calidad de datos, se buscará, identificará y/o corregirá valores atípicos, datos inconsistentes, contrastándose estos con las encuestas, la historia clínica o la definición teórica.

Con respecto al análisis de datos; todas las variables de tipo cuantitativo se analizarán con la denominada tendencia central, la media entre otros; y también medidas de dispersión, entre ellas desviación estándar, rango intercuartílico, en

cuanto a la distribución de frecuencias de todas las variables, se usarán la desviación estándar y el promedio; para el análisis de las variables cualitativas se plantea la construcción de tablas de contingencia y frecuencias.

La prevalencia encontrada del deterioro cognitivo se expresará en porcentaje. Con respecto a la evaluación de la asociación entre variables cualitativas, cuantitativas se haya el análisis bivariado correlacional y se usará la prueba estadística de t de student el cual es una prueba estadística utilizada para determinar si existe una diferencia significativa entre las medias de dos grupos.

3.8. Aspectos éticos de la investigación:

Este estudio tendrá que contar con la autorización del comité de investigación y ética de la Universidad Ricardo Palma, se solicitara el permiso al Hospital Hermilio Valdizan; con respecto a los datos personales de los pacientes encuestados, como el nombre u otros datos de identificación no serán publicados, se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad y la seguridad además siempre se contara con el consentimiento informado. Además, se tendrá en cuenta los tres principios de una investigación científica.

Respeto a las personas: se considera a las personas como seres con autonomía y se trata de dar protección a aquellos con menor autonomía por alguna razón. A partir de este principio se desglosan 4 condiciones que se deben cumplir: estas son el consentimiento que da cada paciente voluntariamente, el consentimiento informado, así como la protección de la confidencialidad y privacidad en todo momento del estudio, y por último el derecho de finalizar o terminar la participación sin tener que sufrir alguna represalia.

Principio de beneficencia: esta se refiere a no causar ningún daño a nadie y de preservar el bien de todos los individuos de la investigación, esto es según una evaluación hecha antes de los posibles beneficios y potenciales riesgos.

Principio de justicia: es la distribución de beneficios de la investigación y riesgos potenciales de forma igualitaria en la sociedad, el objetivo es que en todo el desarrollo de la investigación se elimine el posible prejuicio o daño de las personas mas vulnerable.⁵¹

3.9. Limitaciones de la investigación:

- El acceso a la población en cuestión, por falta de cooperación de los cuidadores si es que lo tienen durante la entrevista.

CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1. Fuente del financiamiento

El presente estudio será autofinanciado por el investigador.

4.2. Recursos materiales y humanos:

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	CANTIDADES	COSTO (S/)	
			UNITARIO	TOTAL
PERSONAL				
Asesor de estadística	3 hs		300	300
BIENES				
Papel bond A-4	0.1	300	0.1	30.00
Lapiceros	0.50	1	0.50	0.50
Corrector	2.50	1	2.50	2.50
Resaltador	2.50	2	2.50	5.00
Perforador	3.00	1	3.00	3.00
Engrapador	5.00	1	5.00	5.00
Grapas	1.00	1 caja	1.00	1.00
CD - USB	1.00	2	1.00	2.00
Espiralado	3.00	3	3.00	9.00
Internet	100		100	100.00
Fotocopias	0.10	200	0.10	20.00
Movilidad	25		25	25.00
COSTO TOTAL				503.00

4.3. Cronograma:

ETAPAS	2022				2023					
	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Junio
<i>Elaboración de el proyecto</i>	x	x	x	x						
<i>Presentación de el proyecto</i>				x						
<i>Revisión de la bibliografía</i>	x	x	x							
<i>Captación de información</i>					x	x	x	x	x	X
<i>Procesamiento</i>										X

de los datos										
Análisis e interpretación de los datos										X
Elaboración del informe final										X
Presentación del informe final										X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. OMS | Esquizofrenia [Internet]. [citado 24 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/schizophrenia/es/>
2. Guarch Termens S. Esquizofrenia y deterioro cognitivo. Recer Dipòs Recer Catalunya [Internet]. diciembre de 2017 [citado 20 de marzo de 2021]; Disponible en: <https://recercat.cat//handle/2072/302779>
3. Varela L, Alfonso AP, Blanco C, Díaz F, González JB, Pérez M, et al. Deterioro cognitivo y funcionalidad en la esquizofrenia. Rev Gallega Psiquiatr Neurocienc. 2013;(12):45-51.
4. Andrés R, Sanguino C, Lopez Villalobos JA, González Pablos E, Casado M, Diego N. DE LA DISFUNCIÓN COGNITIVA A LA DEMENCIA EN ESQUIZOFRENIA. 2016.
5. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" [Internet]. [citado 25 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>
6. Hospital Hermilio Valdizan. Estadísticas [Internet]. Hospital Hermilio Valdizan. [citado 30 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.hhv.gob.pe/estadisticas/>
7. Barrera P A. Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. septiembre de 2006;44(3):215-21.
8. Domínguez A, Fernando E. Relación entre esquizofrenia y deterioro cognitivo en pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, año 2019. 2020 [citado 20 de marzo de 2021]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21135>
9. Lozano C. LM, Acosta R. ALTERACIONES COGNITIVAS EN LA ESQUIZOFRENIA. Rev Med. enero de 2009;17(1):87-94.
10. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th edition [Internet]. [citado 25 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://solution.lww.com/kaplanandsadockctp9>
11. Moskowitz A, Heim G. Eugen Bleuler's Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias (1911): A Centenary Appreciation and Reconsideration. Schizophr Bull. mayo de 2011;37(3):471-9.
12. Rodríguez-Bores Ramírez L, Saracco-Álvarez R, Escamilla-Orozco R, Fresán Orellana A. Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para determinar deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. Salud Ment. diciembre de 2014;37(6):517-22.

13. Cavieres F. A, Valdebenito V. M. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* junio de 2005;43(2):97-108.
14. Escala breve para evaluar el deterioro cognitivo en pacientes psiquiátricos | *Psicothema*. [citado 25 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8455>
15. Rodríguez-Vidal M, Castro-Salas M, Sanhueza-Escobar V. Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. *Redalyc.* 11:12.
16. Keefe RSE, Goldberg TE, Harvey PD, Gold JM, Poe MP, Coughenour L. The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. *Schizophr Res.* 1 de junio de 2004;68(2-3):283-97.
17. Piñón A, Álvarez M del C, Torres T, Vázquez P, Otero F. Perfil neuropsicológico de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia. *Neuropsychological profile of patients diagnosed with schizophrenia spectrum disorder* [Internet]. 25 de octubre de 2019 [citado 25 de octubre de 2021]; Disponible en: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/5742>
18. Mena M. Deterioro cognitivo y su relación con la esquizofrenia, medido por SCIP-S [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Graduados; 2018 [citado 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/37852>
19. Lopez Luengo B. Funcionamiento cognitivo y percepción subjetiva de déficits cognitivos en esquizofrenia [Internet]. [citado 24 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/funcionamiento-cognitivo-y-percepcion-subjetiva-de-deficits-cognitivos-en-esquizofrenia>
20. TFG_2017_SauraBellmunt_Adria.pdf [Internet]. [citado 21 de marzo de 2021]. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/172716/TFG_2017_SauraBellmunt_Adria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Solís A, Andrés J. RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA. febrero de 2017 [citado 24 de marzo de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/26530>
22. Huarcaya-Victoria J. Factores Asociados al Funcionamiento Global en Pacientes con Esquizofrenia de un Hospital General del Perú. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 29 de mayo de 2020 [citado 25 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745020300299>
23. Mendoza Fernandez J, Muguerza Huaman J. Grado de deterioro funcional en pacientes esquizofrénicos paranoides atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo, Perú 2019 -2020. *Univ Nac Pedro*

Ruiz Gallo Repos Inst - CONCYTEC [Internet]. 11 de abril de 2020 [citado 24 de marzo de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/8491>

24. Belon-Hercilla MV, Denegri-Solís L, Soto-Añari M, Belon-Hercilla MV, Denegri-Solís L, Soto-Añari M. Comparison of the cognitive profile in patients with alcoholism and schizophrenia. *Rev Neuro-Psiquiatr.* enero de 2020;83(1):26-32.
25. Caqueo-Urizar A, Urzúa A, Boyer L. Caregivers' perception of patients' cognitive deficit in schizophrenia and its influence on their quality of life. *Psicothema.* mayo de 2016;28(2):150-5.
26. Marder SR, Cannon TD. Schizophrenia. *N Engl J Med.* 31 de octubre de 2019;381(18):1753-61.
27. Criterios diagnosticos cie-10. Esquizofrenia [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://webs.ucm.es/info/psclinic/guiareftrat/trastornos/ESQUIZOFRENIA/cie.php>
28. Drake M. TRASTORNOS COGNITIVOS EN LA ESQUIZOFRENIA. Diagnosis [Internet]. 2013 [citado 1 de noviembre de 2021]; Disponible en: <https://www.revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/107>
29. Wojciechowska K, Kłosińska M, Kur A, Wichniak A. Neurocognition in patients with schizophrenia. *Postępy Psychiatr Neurol.* 1 de octubre de 2016;25(4):236-47.
30. Palomares N, García-Andrade RF, Arza R, Portella MJ, Díaz-Marsa M, Micó CL, et al. Perfil neuropsicológico en primeros episodios de esquizofrenia y trastorno límite de la personalidad: un estudio comparativo. *Actas Esp Psiquiatr.* 2019;47(1 (Enero-Febrero 2019)):7-15.
31. Pena-Garijo J, Monfort-Escrig C, Pena-Garijo J, Monfort-Escrig C. Cognición en la esquizofrenia. Estado actual de la cuestión (I): métodos de evaluación y correlatos neurales. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* junio de 2020;40(137):109-30.
32. Alteraciones en los sistemas atencionales en la esquizofrenia - Repositorio Institucional de Documentos [Internet]. [citado 25 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/13055?ln=es>
33. Brazo P, Marié RM, Halbecq I, Benali K, Segard L, Delamillieure P, et al. Cognitive patterns in subtypes of schizophrenia. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* mayo de 2002;17(3):155-62.
34. Heydebrand G, Weiser M, Rabinowitz J, Hoff AL, DeLisi LE, Csernansky JG. Correlates of cognitive deficits in first episode schizophrenia. *Schizophr Res.* 1 de mayo de 2004;68(1):1-9.

35. Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A, et al. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand.* agosto de 1996;94(2):118-24.
36. Narvaez J, Twamley E, Mckibbin C, Heaton R, Patterson T. Subjective and Objective Quality of Life in Schizophrenia. *Schizophr Res.* 1 de febrero de 2008;98:201-8.
37. Heider D, Angermeyer M. A prospective study of Quality of life in schizophrenia in three European countries – Creativ Ceutical [Internet]. [citado 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.creativ-ceutical.com/publication/a-prospective-study-of-quality-of-life-in-schizophrenia-in-three-european-countries/>
38. Brissos S, Dias VV, Balanzá-Martinez V, Carita AI, Figueira ML. Symptomatic remission in schizophrenia patients: relationship with social functioning, quality of life, and neurocognitive performance. *Schizophr Res.* julio de 2011;129(2-3):133-6.
39. Montemagni C, Castagna F, Crivelli B, De Marzi G, Frieri T, Macrì A, et al. Relative contributions of negative symptoms, insight, and coping strategies to quality of life in stable schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2014;220(1-2):102-11.
40. Pascal de Raykeer R, Hoertel N, Blanco C, Lavaud P, Kaladjian A, Blumenstock Y, et al. Effects of depression and cognitive impairment on quality of life in older adults with schizophrenia spectrum disorder: Results from a multicenter study. *J Affect Disord.* 1 de septiembre de 2019;256:164-75.
41. Dean A, Sullivan K. OpenEpi Menu [Internet]. [citado 30 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm
42. ASALE R-, RAE. edad | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
43. UNICEF. UNICEF Perú [Internet]. [citado 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/>
44. Conceptos Jurídicos. Estado civil: definición, clasificación e inscripción [Internet]. Conceptos Jurídicos. 2018 [citado 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.conceptosjuridicos.com/estado-civil/>
45. Euskal Estatistika Erakundea, Instituto Vasco de Estadística. Definición Nivel de instrucción [Internet]. [citado 29 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_395/elem_2376/definicion.html
46. Definición de ocupación - Qué es, Significado y Concepto [Internet]. [citado 25 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://definicion.de/ocupacion/>

47. SISFOH: cómo saber la clasificación socioeconómica de mi hogar | Sistema de Focalización de Hogares nnda nnlt | PERU | GESTIÓN [Internet]. [citado 25 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://gestion.pe/peru/sisfoh-como-saber-la-clasificacion-socioeconomica-de-mi-hogar-sistema-de-focalizacion-de-hogares-nnda-nnlt-noticia/>
48. Qué es el apoyo familiar y cómo influye en el crecimiento - Eres Mamá [Internet]. [citado 25 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://eresmama.com/que-es-apoyo-familiar-como-influye-crecimiento/>
49. Pariente de primer grado | NHGRI [Internet]. [citado 25 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Pariente-de-primer-grado>
50. MOCA Cognitive assessment. MOCA Cognitive assessment [Internet]. MOCA Cognitive assessment. [citado 25 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://embed.tumblr.com/widgets/share/button?canonicalUrl=https%3A%2F%2Fcomunicacionydemencias.com%2Ftest-moca-demencia%2F&postcontent%5Btitle%5D=MoCA%3A%20Test%20de%20Evaluaci%C3%B3n%20Cognitiva%20Montreal&postcontent%5Bcontent%5D=https%3A%2F%2Fcomunicacionydemencias.com%2Ftest-moca-demencia%2F>
51. Código de ética de Investigación Científica y Tecnológica [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.utic.edu.py/investigacion/index.php/reglamentos/codigo-de-etica-de-investigacion-cientifica-y-tecnologica>

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
¿Cuál son los factores asociados al deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia del Hospital Hermilio Valdizan- ¿Lima, Febrero-Junio 2023?	<p>OG) Determinar los factores asociados al deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia del Hospital Hermilio Valdizan- Lima, Febrero-Junio 2023.</p> <p>OE1) Determinar la frecuencia del deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia del Hospital Hermilio Valdizan- Lima</p> <p>OE2) Establecer el nivel de deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia del Hospital Hermilio Valdizan- Lima</p>	<p>Dependiente: Deterioro cognitivo</p> <p>Independiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes con esquizofrenia ✓ Características demográficas <ul style="list-style-type: none"> ▪ edad ▪ sexo ▪ estado civil ▪ nivel de instrucción ▪ ocupación ▪ condición socioeconómica ▪ soporte familiar ✓ Características clínicas asociadas al curso de la esquizofrenia 	El presente estudio es de tipo: cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal.	La población del presente estudio estará constituida por los pacientes diagnosticados con esquizofrenia del área de consultorio externo, del Hospital Hermilio Valdizan- Lima en el periodo Febrero-Junio 2023.	La evaluación de deterioro cognitivo se medirá con la Evaluación Cognitiva Montreal (Montreal cognitive assessment / MoCA)	Se utilizará la Historia Clínica, para obtener información de los pacientes. Las variables cualitativas (diagnóstico de esquizofrenia, Deterioro cognitivo Sexo, Estado civil, Nivel de instrucción, etc.) serán expresadas en frecuencias simples y porcentajes en tanto que las cuantitativas (edad, inicio de tratamiento y tiempo de diagnóstico, etc.) en

	<p>OE3) Describir la relación entre el deterioro cognitivo y las características demográficas y clínicas de pacientes con esquizofrenia del Hospital Hermilio Valdizan- Lima.</p> <p>OE4) Identificar la relación entre el deterioro cognitivo y predominio de los síntomas positivos o negativos de pacientes con esquizofrenia del Hospital Hermilio Valdizan- Lima</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ antecedentes de familiares de 1ra línea con esquizofrenia ▪ año de inicio y tiempo de enfermedad ▪ número de episodios psicóticos previos ▪ tipo de tratamiento antipsicóticos de 1ra o 2da línea <p>✓ síntomas positivos o negativos de esquizofrenia</p>		<p>Se obtuvo un tamaño de muestra de 196.</p>		<p>promedio y desviación estándar. Con respecto a la evaluación de la asociación entre variables cualitativas, cuantitativas se haya el análisis bivariado correlacional y se usará la prueba estadística de t de student el cual es una prueba estadística para determinar si hay una diferencia significativa entre las medias de dos grupos.</p>
--	---	---	--	---	--	---

2. Solicitud de permiso institucional

Solicitud de autorización para recopilar información de pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en consultorio externo del hospital Hermilio Valdizan en el periodo Febrero-Junio 2023.

Sr. Director(a) del Hospital Hermilio Valdizan

Yo, Marysheily Paredes Lazaro con DNI 46937768, mary_sheily92320@hotmail.com , celular: 918674389 , alumna de la facultad de medicina de la Universidad Ricardo Palma, expongo ante usted lo siguiente:

Solicito la autorización para la recopilación de información de pacientes adultos con diagnóstico de esquizifrenia atendidos en el consultorio de este hospital: para llevar a cabo la recolección de datos pertinente, esto imprescindible para el desarrollo de mi proyecto de investigación que tiene como título: "Determinar los factores asociados al deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia del Hospital Hermilio Valdizan- Lima, Febrero-Junio 2023."

Por lo expuesto a usted. Sr (a) Director, ruego se sirva a mi petición:

Atentamente

.....

Marysheily Paredes Lázaro

M.R. Psiquiatría

CMP: 93373

3. Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Factores asociados al deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia del Hospital Hermilio Valdizan-Lima, Febrero-Junio 2023?”.

INVESTIGADOR (ES): Dra. Marysheily Paredes Lázaro

INSTITUCIÓN: Universidad Ricardo Palma

Lo(a) estamos invitando a participar en un estudio para ver qué factores asociados estarían asociados al deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. Su participación es voluntaria y libre de toda influencia, tiene la libertad de terminar su participación cuando considere sin dar explicaciones. Usted tiene la libertad de hacer las preguntas que considere, tomarse el tiempo necesario para decidir su participación, llevarse una copia sin firmar para leerla nuevamente.

El deterioro cognitivo es la alteración en el pensamiento, el aprendizaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones y puede verse también pérdida de la memoria y dificultad para concentrarse, completar actividades, comprender, recordar, seguir instrucciones y solucionar problemas todas estas alteraciones se ven más en pacientes con esquizofrenia. Por ello nuestro objetivo principal es determinar qué factores estarían relacionados con este deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia así poder enfatizar aún más en los tratamientos farmacológicos y terapéuticos destinados a evitar el deterioro cognitivo y por ende mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Si decide participar en este estudio se aplicará un cuestionario de 10 preguntas de fácil llenado.

Se recolectará información básica como: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, ocupación, etc. La investigadora mantendrá CONFIDENCIALIDAD con respecto a cualquier información obtenida en este estudio, estos datos serán para uso exclusivo de esta investigación y una vez terminado el análisis, los datos serán destruidos. Le recordamos

que la información que usted suministre en este cuestionario es de carácter confidencial y se realizará de forma des identificada. Si usted desea puede pedir acceder a los resultados de la investigación. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o investigador del estudio puede comunicarse con la investigadora Marysheily Paredes Lázaro; número de celular 918674389, el email es mary_sheily92320@hotmail.com

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, he leído (o alguien me ha leído) la información brindada en este documento, me han informado acerca de los objetivos de este estudio y de las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. He podido hacer preguntas sobre el estudio y todas han sido respondidas adecuadamente. Considero que comprendo toda la información proporcionada acerca del estudio.

Nombres y apellidos del participante:

.....
.....
.....

Firma: _____

Fecha y hora:

Nombres y apellidos del testigo (si el participante es analfabeto):

.....
.....
.....

Firma: _____

Fecha y hora:

4. Instrumento de recolección de datos:

4.1 Anexo 1

NOMBRE COMPLETO:

.....

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A continuación, encontrará una serie de preguntas. Especifique su respuesta marcando con una cruz la respuesta que corresponde a su situación actual; en las respuestas abiertas, conteste en los espacios destinado para ello.

EDAD: ____ años

SEXO Femenino ____ Masculino ____

ESTADO CIVIL:

Soltero/a ____ Casado/a ____ Viudo/a ____ divorciado/a ____

Separado/a ____

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

Ninguna ____ Preescolar ____ Primaria ____ Secundaria ____ Superior

____ Posgrado ____

OCUPACIÓN:

Tiene actualmente ____ No tiene actualmente ____

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA:

Alto ____ Medio alto ____ Medio bajo ____ Bajo ____

¿CON QUIÉN VIVE?:

Solo ____ Con pareja ____ Con familia(especificar) ____

Este apartado será llenado por la investigadora:

ANTECEDENTES DE FAMILIARES DE 1RA LÍNEA CON ESQUIZOFRENIA:

AÑO DE INICIO Y TIEMPO DE ENFERMEDAD:

NÚMERO DE EPISODIOS PSICÓTICOS PREVIOS:

TIPO DE TRATAMIENTO (ANTIPSIKÓTICOS DE 1RA O 2DA LÍNEA):

4.2 Anexo 2

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA®) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL) Versión 8.1 Spants(Spain)

Nombre:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		Copiar el cubo		Dibujar un RELOJ (Once y diez)			Puntos		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> / 5		
IDENTIFICACIÓN									
							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.		ROSTRO	SEDA	TEMPLO	CLAVEL	ROJO	Puntos Punto
		1º INTENTO							
		2º INTENTO							
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirlos en el mismo orden. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirlos en orden inverso. <input type="checkbox"/> 7 4 2							<input type="checkbox"/> / 2
		Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si a 2 errores.		<input type="checkbox"/> F B A C M N A A J K L B A F A R D E A A A A J A M O F A A B					<input type="checkbox"/> / 1
		Restar de 7 en 7 empezando desde 100. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65							<input type="checkbox"/> / 3
		0 o 5 rectas correctas: 3 puntos, 2 o 4 rectas correctas: 2 puntos, 1 recta correcta: 1 punto, 0 rectas correctas: 0 puntos							
LENGUAJE		Repetir: Solo sé que le toca a Juan ayudar hoy. <input type="checkbox"/> El gato siempre se esconde debajo del sofá cuando hay pelos en la habitación. <input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/> / 2
		Fluído del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "F" en 1 minuto. <input type="checkbox"/> ____ (N ≥ 11 palabras)							<input type="checkbox"/> / 1
ABSTRACCIÓN		semejanza entre p. ej. plátano-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla							<input type="checkbox"/> / 2
RECUERDO DIFERIDO		Debe recordar las palabras SIN DARLE PISTAS		ROSTRO	SEDA	TEMPLO	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
Puntuación de la escala de memoria (MS)		XX		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Pista de categoría							
		Pista de elección múltiple							MS = ____ / 15
ORIENTACIÓN		<input type="checkbox"/> Fecha <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Día de la semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Localidad							<input type="checkbox"/> / 6
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org		MIS: ____ / 15 [Normal ≥ 26/30]							TOTAL <input type="checkbox"/> / 30
Administrado por: _____		Se requiere formación y certificado para garantizar la exactitud.		Añadir 1 punto si tiene ≥ 12 años de estudio.					

Montreal Cognitive Assessment [Evaluación Cognitiva Montreal] (MoCA)

Versión 8.1

Instrucciones para la administración y puntuación de los resultados

La Evaluación Cognitiva Montreal (Montreal cognitive assessment / MoCA) ha sido concebida para evaluar las disfunciones cognitivas leves. Este instrumento examina las siguientes habilidades: atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades visuoespaciales, cálculo y orientación. Cualquier persona que comprenda y siga sus instrucciones puede administrar el MoCA, si bien únicamente un profesional de la salud especialista en el ámbito cognitivo podrá interpretar sus resultados. El tiempo de administración requerido es de aproximadamente diez minutos. La puntuación máxima es de 30; una puntuación igual o superior a 26 se considera normal.

Todas las instrucciones pueden repetirse una vez.

1. Alternancia conceptual:

Administración. El examinador da las instrucciones siguientes: "Me gustaría que dibujara una línea alternando entre cifras y letras, respetando el orden numérico y el orden alfabético. Comience aquí (señale el 1) y dibuje una línea desde el 1 hacia la letra A y, a continuación, de la A hacia el 2 y así sucesivamente. Termine aquí (señale la E)".

Puntuación. Se asigna un punto si el paciente realiza la siguiente secuencia:

1 – A – 2 – B – 3 – C – 4 – D – 5 – E, sin que ninguna línea se cruce. Si la persona no se autocorrigió inmediatamente después de cometer un error, es decir, no lo corrigió antes de pasar a la parte del cubo, la puntuación debe ser 0. No se asignará ningún punto si la persona dibuja una línea conectando el final (E) con el principio (1).

2. Capacidades visuoespaciales (Cubo):

Administración. El examinador da las instrucciones siguientes, señalando el cubo: "Me gustaría que copiara este dibujo de la manera más precisa posible".

Puntuación. Se asigna un punto si se realiza el dibujo correctamente.

- El dibujo debe ser tridimensional.
- Todas las líneas están presentes.
- Sin espacios o con poco espacio entre las líneas.
- No se añaden líneas.
- Las líneas son relativamente paralelas y aproximadamente de la misma longitud (los prismas rectangulares son aceptables)
- Debe mantenerse la orientación espacial del cubo.

No se asigna ningún punto si no se han cumplido todos los criterios anteriores.

3. Capacidades visuoespaciales (Reloj):

Administración. El examinador debe asegurarse de que la persona no mira el reloj mientras realiza la tarea y de que no hay ningún reloj a la vista. El examinador señala el espacio adecuado y da las instrucciones siguientes: "Dibuje un reloj. Incluya todos los números y dibújelo señalando las 11 y 10 minutos".

Puntuación. Se asigna un punto por cada uno de los tres criterios siguientes:

- Contorno (1 pt.): Debe dibujar el contorno del reloj, ya sea un círculo o un cuadrado, solo se aceptarán leves deformaciones, por ejemplo, alguna imperfección al cerrar el círculo. Si los números están dispuestos en círculo pero no se ha dibujado el contorno, este se considerará incorrecto.

- Números (1 pt.): Todos los números deben estar presentes, sin añadir ninguno; Los números deben seguir el orden correcto, estar bien colocados y situados aproximadamente en su cuadrante del reloj. Se aceptarán los números romanos. Los números deben estar dispuestos en círculo, aunque el contorno sea cuadrado. Todos los números deben estar situados dentro o fuera del contorno del reloj. Si la persona sitúa algunos números dentro del contorno del reloj y algunos fuera del contorno, no se le asignará ningún punto por Números.

- Agujas (1 pt.): Las dos agujas deben indicar la hora correcta. La aguja de las horas debe ser claramente más corta que la de los minutos. Las agujas deben estar centradas dentro de la esfera del reloj y su punto de unión debe estar cerca del centro del reloj.

4. Identificación:

Administración. El examinador señala cada dibujo, empezando por la izquierda, y dice: "Dígame el nombre de este animal".

Puntuación. Se asigna un punto por cada una de las siguientes respuestas: (1) león (2) rinoceronte (3) camello o dromedario.

5. Memoria:

Administración. El examinador lee una lista de cinco palabras a un ritmo de una palabra por segundo, tras dar las siguientes instrucciones: "Esta es una prueba de memoria. Le voy a leer una lista de palabras que debe recordar. Escuche con atención. Cuando acabe, dígame todas las palabras que pueda recordar. No importa el orden en el que me las diga". El examinador deberá marcar con una cruz, en el espacio reservado a dicho efecto, todas las palabras que el paciente repita en este primer intento. El examinador no debe corregir al paciente si este recuerda mal una palabra o dice una palabra que se parece a la correcta. Cuando el paciente diga que ya ha terminado (se haya acordado de todas las palabras) o cuando no pueda acordarse de más palabras, el examinador volverá a leer la lista de palabras tras dar las instrucciones siguientes: "Ahora le voy a leer la misma lista de palabras una vez más. Intente acordarse del mayor número posible de palabras, incluyendo las que repitió en la primera ronda". El examinador marca con una cruz, en el espacio reservado a dicho efecto, todas las palabras que el paciente repita en el segundo intento. Al final del segundo intento, el examinador informará al paciente de que debe recordar estas palabras diciendo: "Le volveré a preguntar estas palabras al final de la prueba".

Puntuación. En los intentos 1 y 2 no se darán puntos.

6. Atención:

Administración de Serie de números hacia delante. El examinador dará las siguientes instrucciones: "Le voy a leer una serie de números y, cuando haya terminado, deberá repetirlos en el mismo orden en el que yo los he dicho". El examinador lee una secuencia de cinco números a un ritmo de uno por segundo.

Administración de Serie de números hacia atrás. El examinador dará las siguientes instrucciones: "Le voy a leer otra serie de números y, cuando haya terminado, deberá repetirlos hacia atrás". El examinador leerá la secuencia de tres números a un ritmo de uno por segundo. Si el paciente repite la secuencia hacia delante, el examinador no podrá pedirle en ese mismo momento que repita la secuencia hacia atrás.

Puntuación. Se asigna un punto por cada una de las secuencias repetidas correctamente (nota: el orden exacto de la secuencia numérica inversa es 2-4-7).

Vigilancia y administración. El examinador leerá una serie de letras a un ritmo de una por segundo, tras dar las instrucciones siguientes: "Voy a leerle una serie de letras. Cada vez que diga la letra 'A', dé un golpecito con la mano. Cuando diga una letra que no sea la A, no dé ningún golpecito".

Puntuación. Se asigna un punto si no se comete ningún error o solo se comete uno (por ejemplo, la persona da el golpecito con una letra equivocada o no da el golpecito con la letra 'A').

Serie del 7, administración. El examinador dará las instrucciones siguientes: "Ahora me gustaría que restara 7 de 100 y que continuara restando 7 a la cifra de su respuesta anterior hasta que le pida que pare". El paciente debe realizar un cálculo mental y, por lo tanto, no puede recurrir a contar con los dedos o con un lápiz y papel para realizar esta actividad. El examinador no podrá repetir las respuestas del paciente. Si el paciente pregunta cuál ha sido su última respuesta o qué número debe restar de su respuesta, el examinador responderá repitiendo las instrucciones si no lo ha hecho ya.

Puntuación. Esta prueba obtiene tres puntos en total. No dé ningún punto (0) por las restas incorrectas, dé 1 punto por una resta correcta, 2 puntos por dos o tres restas correctas y 3 puntos si el paciente hace cuatro o cinco restas correctas. Cada resta se evaluará separadamente, es decir, si el paciente responde con un número incorrecto pero resta 7 de dicho número, se contará como una resta correcta. Por ejemplo, el paciente puede contar "92 - 85 - 78 -71 -64". "92" es incorrecto, pero todos los resultados de las restas siguientes son correctos. Esto cuenta como un error y la tarea debería puntuarse con un 3.

7. Repetición de frases:

Administración. El examinador dará las instrucciones siguientes: "Ahora le voy a leer una frase. Repítala exactamente cuando yo termine [pausa]: Solo sé que le toca a Juan ayudar hoy". Después de la respuesta, diga: "Ahora voy a leerle otra frase. Repítala exactamente cuando yo termine [pausa]: El gato siempre se esconde debajo del sofá cuando hay perros en la habitación".

Puntuación. Se asigna un punto por cada frase repetida correctamente. La repetición debe ser exacta. Se debe prestar atención a los errores de omisión (p.ej., olvidar "solo"), sustitución/adición (p.ej., sustituir "solo" por "siempre"), errores gramaticales/plurales incorrectos (p.ej. "se esconde" por "se escondía"), etc.

8. Fluidez verbal:

Administración. El examinador dará las instrucciones siguientes: "Ahora, diga el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra F. Le pediré que pare al minuto. No se permiten nombres, números y las formas conjugadas de un verbo. ¿Está preparado? [Pausa] [Tiempo 60 seg.] Pare". Si el paciente nombra dos palabras seguidas que empiezan con otra letra del abecedario, deberá repetirle la letra correcta si aún no le ha repetido las instrucciones.

Puntuación. Se asigna un punto si el paciente dice 11 palabras o más en un minuto. El examinador anotará las respuestas del paciente en el margen o en el reverso de la hoja del test

9. Abstracción:

Administración. El examinador pedirá al paciente que le explique qué tienen en común cada pareja de palabras, ilustrándolo con el ejemplo siguiente: "Le diré dos palabras y me gustaría que usted me dijera a qué categoría pertenecen [pausa]: una naranja y un plátano". Si el paciente da la respuesta correcta, el examinador deberá decir: "Sí, las dos pertenecen a esta categoría de frutas". Si el paciente responde de una manera

concreta, el examinador deberá ofrecerle una pista adicional: "Dígame otra categoría a la que también puedan pertenecer estas cosas". Si el paciente no da la respuesta correcta (frutas), el examinador deberá decir: "Sí y las dos pertenecen también a la categoría de frutas". No dé otras instrucciones o explicaciones.

Tras el primer intento de prueba, el examinador deberá decir: "Ahora, un tren y una bicicleta". Tras la respuesta, el examinador administrará el segundo intento diciendo: "Ahora, una regla y un reloj". Podrá ofrecerse una pista (una sola para todo el apartado de abstracción) si no se ha dado ninguna en el primer ejemplo.

Puntuación. Solo se puntuarán los dos últimos pares. Se asigna un punto por cada par correcto. Se aceptan las siguientes respuestas:

- tren/bicicleta = medios de transporte, medios de locomoción, para viajar
- regla/reloj = instrumentos de medición, para medir

Las siguientes respuestas no son aceptables:

- tren/bicicleta = tienen ruedas
- regla/reloj = tienen números

10. Recuerdo diferido

Administración. El examinador dará las siguientes instrucciones: "Antes le he leído una serie de palabras y le he pedido que las recordase. Dígame ahora todas las palabras de las que se acuerde". El examinador marca con una cruz las palabras que el paciente recuerde sin necesidad de pistas en el espacio reservado a dicho efecto.

Puntuación. Se asigna un punto por cada una de las palabras recordadas espontáneamente, sin pistas.

11. Orientación:

Administración. El examinador dará las siguientes instrucciones: "Dígame en qué fecha estamos hoy". Si el paciente ofrece una respuesta incompleta, el examinador le apuntará de forma oportuna diciendo: "Dígame [el año, el mes, la fecha exacta y el día de la semana]". A continuación, el examinador dirá: "Ahora, dígame cómo se llama este lugar y en qué localidad nos encontramos".

Puntuación. Se asigna un punto por cada una de las respuestas correctas. La fecha y el lugar (nombre del hospital, clínica, consulta) deben ser exactos. No se asignará ningún punto si el paciente se equivoca por un día en el día del mes y de la semana.

PUNTUACIÓN TOTAL. Sume todos los puntos obtenidos en el margen derecho de la hoja.

Añada un punto si el paciente tiene 12 años o menos de estudios, hasta un máximo de 30 puntos.

Una puntuación igual o superior a 26 se considera normal.⁵⁰

4.3 Anexo 3

Escala breve de Evaluación Psiquiátrica Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Nombre..... Historia.....
 Evaluador/a..... Fecha.....

Escala breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)

	No presente	Muy leve	Leve	Moderado	Moderado grave	Grave	Muy grave	No evaluado
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7	9
2. Ansiedad psíquica	1	2	3	4	5	6	7	9
3. Aislamiento emocional	1	2	3	4	5	6	7	9
4. Desorganización conceptual (incoherencia)	1	2	3	4	5	6	7	9
5. Autodesprecio y sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7	9
6. Tensión. Ansiedad somática	1	2	3	4	5	6	7	9
7. Manierismo y posturas extrañas	1	2	3	4	5	6	7	9
8. Grandeza	1	2	3	4	5	6	7	9
9. Humor depresivo	1	2	3	4	5	6	7	9
10. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7	9
11. Susplicia	1	2	3	4	5	6	7	9
12. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7	9
13. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7	9
14. Falta de cooperación	1	2	3	4	5	6	7	9
15. Contenido inusual del pensamiento	1	2	3	4	5	6	7	9
16. Embotamiento, aplanamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7	9
17. Excitación	1	2	3	4	5	6	7	9
18. Desorientación y confusión	1	2	3	4	5	6	7	9

Síntomas negativos (ítems 3, 13, 16, 18):
 Síntomas positivos (ítems 4, 11, 12, 15):
 (No sumar los "9") TOTAL:

Normas de administración y puntuación

Esta escala incluye instrucciones sobre puntuación

Desarrollada para realizar evaluaciones rápidas y eficientes de los cambios producidos en los síntomas de los pacientes mentales. Se utiliza preferentemente como una medida de gravedad e incluso de subtipificación (positivo o negativo) del trastorno esquizofrénico.

La escala Likert de 7 valores, oscila entre 1 (ausencia del síntoma) y 7 (extremadamente grave).

Para cada ítem existe una definición y criterios operativos de bases para la evaluación y de puntuación. El marco de referencia temporal no está claramente delimitado y normalmente se utiliza los días previos a la entrevista (1 semana).

Puntuación:

f La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 18 ítems, pudiendo oscilar entre 18 y 126.

f La puntuación en el clúster de síntomas negativos se obtiene sumando las puntuaciones en los 3 (retramiento emocional), 13 (enlentecimiento motor), 16 (aplanamiento afectivo) y 18 (desorientación). Esta puntuación oscila entre 4 y 28.

f La puntuación en el clúster de síntomas positivos se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 4 (desorganización conceptual), 11 (susplicacia), 12 (alucinaciones) y 15 (contenidos del pensamiento inusuales). Su puntuación también oscila entre 4 y 28.

- Ha de ser administrada por un/a clínico/a, utilizando la técnica de entrevista semiestructurada.
- Puntuación: Como se ha visto más arriba, la versión de 18 ítems proporciona una puntuación global y puntuaciones en dos apartados: síntomas negativos y síntomas positivos. No se recogen aquí las indicaciones de puntuación de esta publicación porque van dirigidas a versiones con escala Likert de 5 valores que oscilan entre 0 (ausencia del síntoma) a 4 (muy grave) y 9 (no sabe/no contesta).
- Si se usa la versión de 18 ítems puntuados con una escala Likert de 5 valores, de 0 a 4, se recomiendan los siguientes puntos de corte:

f 0-9: ausencia del trastorno.

f 10-20: trastorno leve o "caso probable".

f 21: trastorno grave o "caso cierto".

5. Solicitud de evaluación por comité de ética URP

CARTA DE SOLICITUD

ASUNTO:

- SOLICITUD DE EVALUACIÓN AL COMITÉ DE ÉTICA DE LA
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

Me es grato dirigirme a usted Doctora Sonia Indacochea Cáceda, presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Ricardo Palma, para poder solicitar la evaluación de mi proyecto de tesis con el cual optaré por el título de médico cirujano.

El título del nombre del proyecto de investigación en cuestión es: **“DETERMINAR LOS FACTORES ASOCIADOS AL DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN- LIMA, FEBRERO-JUNIO 2023”** Expresándole mis respetos y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente: Marysheily Paredes Lázaro
DNI: 46937768

6. Aceptación del comité de ética del Hospital Hermilio Valdizan



PERÚ Ministerio de Salud

HOSPITAL HERMILO VALDIZAN
DIRECCION GENERAL
Oficina de Apoyo a la Docencia e
Investigación (OADI)

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Santa Anita, 11 de agosto de 2023

CARTA N° 813 -DG-N° 039 -OADI-HHV-2023

Doctora
Marysheily Paredes Lázaro
Presente. -

Referencia: Solicitud S/N
Acta de reunión N° 007 – 2023 CIEI HHV
(EXP. N° 23MP-04158-00) (0244-OADI-HHV-2023)

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente y manifestarle en relación al documento de la referencia, en que solicita autorización para realizar en nuestras instalaciones el trabajo de investigación titulado "**Factores asociados al deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Hermilio Valdizán-Lima, febrero-junio del 2023**". Tal investigación cuenta con la autorización requerida y tiene opinión favorable por el Comité Institucional de Ética e Investigación del Hospital Hermilio Valdizán (CIEI-HHV). Asimismo, se le solicita dejar una copia del trabajo de investigación culminado en la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (OADI).



Es propicia la oportunidad para expresar nuestros saludos y especial consideración.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
Hospital "Hermilio Valdizán"
M.C. Edwin Apaza Aceituno
Director General (EJ)
C.M.P. N° 39882 R.N.E. 21110

C.C. Archivo.