

FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA
SALUD



Carrera de Psicología

Deterioro cognitivo en adultos con esquizofrenia en
instituciones psiquiátricas privadas de Lima

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciado en Psicología

Autor:

José Manuel Villanueva Alvarado

Asesor:

Dra. Ysis Judith Roa Meggo

Lima - Perú

2021

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a la comunidad científica de mi país, esperando sea de utilidad y relevancia.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Katuska Tito Villalobos por su incondicional apoyo y orientación.

Al Dr. Ventura, por su motivación y guía inicial.

Y al Dr. Otoyá y a la Lic. Durand, por su gran contribución al desarrollo de este
trabajo.

Tabla de contenido

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO.....	3
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Realidad problemática	5
1.2. Formulación del problema	12
1.3. Objetivos	12
1.3.1. Objetivo general.....	13
1.3.2. Objetivos específicos.....	13
1.4. Hipótesis	13
1.4.1. Hipótesis general	13
1.4.2. Hipótesis específicas	13
CAPÍTULO II. MÉTODO.....	15
2.1. Tipo de investigación	15
2.3. Operacionalización de la variable.....	15
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos	17
2.5. Procedimientos	19
2.6. Consideraciones éticas.....	20
CAPÍTULO III. RESULTADOS	22
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	27
REFERENCIAS	32
ANEXOS	36

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó en el 2015 que existen casi 47 millones de personas que padecen algún tipo de demencia y que esta cifra se elevará a 75 millones en 2023 y 132 millones en 2050 (Ocaña, Pedrón y Bolaño, 2019).

Dado el aumento progresivo de la esperanza de vida de la población adulta mayor en países en vías de desarrollo, en el Perú se proyecta un incremento de los casos de demencia del 7,4 al 12% para el 2025, significando una mayor incidencia de casos de enfermedades neurodegenerativas (Escobar y Ramos-Vargas, 2012).

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM HD-HN) realizó un estudio epidemiológico durante el año 2012 en Lima Metropolitana, cuyos resultados arrojaron una prevalencia del deterioro cognoscitivo y funcional de 6,7% (Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, 2013). Un estudio durante el 2005 en el Cercado de Lima arrojó una prevalencia de demencia de 6,85% en adultos mayor o iguales a 65 años (Custodio, García, Montesinos, Escobar y Bendezú, 2008). Asimismo, otro estudio epidemiológico desarrollado posteriormente por el mismo autor corrobora una elevada prevalencia del Deterioro Cognitivo Leve en la población (Custodio, et al. 2021).

Revisando la literatura, nos encontramos que estudios basados en esta población son escasos en América Latina, considerando que en Perú no existen estudios (Custodio, et al., 2008) o no se han desarrollado estudios de incidencia o prevalencia del Deterioro Cognitivo (Custodio, et al., 2012). También se desconoce como identificar apropiadamente un paciente

con Deterioro Cognitivo Leve, faltando las investigaciones adecuadas del tema (Escobar y Ramos Vargas, 2012).

El deterioro cognitivo es una condición clínica que afecta al adulto mayor, generando deficiencias y alteraciones en diversas áreas cognitivas y llegando a afectar en la funcionalidad e independencia de quien lo padece (Luna-Solis y Vargas, 2018). No hay un consenso exacto sobre su definición; sin embargo, se ha considerado al deterioro cognitivo leve como un estado intermedio entre un funcionamiento cognitivo normal y la demencia, siendo el cuadro sintomatológico y pronóstico de carácter diverso (Custodio, et al., 2012). Entre los criterios utilizados para identificar este síndrome, tenemos: funciones cognitivas desviadas de la normalidad, dificultad para diferenciar las alteraciones del envejecimiento normal, probabilidades de desarrollarse hacia la demencia y déficits de memoria frecuentes (Escobar y Ramos-Vargas, 2012).

Petersen (2004) citado por Custodio, et al. (2012) distingue tres subtipos de Deterioro Cognitivo Leve: amnésico (predomina el deterioro de la memoria), con déficits cognitivos múltiples (deficiencias leves en diversas funciones) y no amnésico de dominio único (deterioro aislado de cualquier dominio diferente de la memoria).

Respecto a la esquizofrenia, el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”) encabezó un estudio epidemiológico metropolitano en salud mental en Lima y Callao durante el 2012; encontrando una prevalencia de vida de 1.5% correspondiente a la esquizofrenia en personas adultas, con mayor frecuencia en mujeres (1.6%) que en varones (1.3%). En su prevalencia anual, se encontró un 0.6% en población adulta, siendo más frecuente en varones (0.7%) que en mujeres (0.6%). Por último, mantuvo

una prevalencia actual de 0.3%, siendo más frecuente en mujeres (0.6%) que en varones (0.3%) (Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, 2013). El mismo estudio epidemiológico, encontró que la edad de inicio de la esquizofrenia en población adulta de Lima Metropolitana y Callao en 2012, tiene una media de 31 años. A su vez, según estos estudios del INNSM “HD-HN”, dentro de la población adulta con esquizofrenia que recibió alguna atención médica o psicológica durante el 2012, se encuentra tan solo a un 12.7%. Según Castillo-Martell (2014), médico psiquiatra del mismo instituto, se estima que en todo el país existan más de 260 mil personas viviendo con esquizofrenia y cerca de 80 mil, en Lima.

La esquizofrenia sigue siendo una de las enfermedades mentales rodeadas de mayor estigma, el cual afecta solo a los pacientes, sino también a familiares, profesionales de salud, hospitales psiquiátricos y el uso de fármacos (Instituto Nacional de Salud Mental, 2013). Según Ernest; Vuksic; Shepard-Smith & Webb (2017), muchos de los familiares o allegados a las personas con esquizofrenia usualmente no entienden qué está sucediendo o no saben cómo relacionarse con la persona que sufre de este trastorno. Dicho desconocimiento, se ve influido por el estigma y la discriminación que se vincula a la enfermedad, lo que impide el acceso a un adecuado tratamiento de salud mental, psiquiátrico o psicológico, y a la integración social necesaria para el paciente (Castillo-Martell, 2014).

La esquizofrenia es una enfermedad mental cuya afección se identifica mediante la presencia de síntomas psicóticos o positivos, junto con la incapacidad en el funcionamiento psicosocial del paciente o síntomas negativos (Valencia, Murrow & Rascón, 2006). Considerada por Castillo-Martell (2014) como una enfermedad crónica, neurodegenerativa, incapacitante y disruptiva. El curso de este trastorno presenta dos problemas esenciales: el

deterioro de aspectos cognitivos y la pérdida de funcionabilidad del paciente (Varela; Pampín; Blanco; Díaz; Brenlla; Pérez; Portela y Mozos, 2013). Según Lozano y Acosta (2009) el compromiso cognitivo que se presenta en la esquizofrenia llega a alterar las funciones de atención, memoria, habilidades visoespaciales, motricidad fina y función ejecutiva. Schuepbach citado por Lozano y Acosta (2009) afirman que existe fuerte evidencia de asociación entre síntomas negativos y funcionamiento cognitivo, así como una mejora en estos, contribuye a una recuperación de ciertas funciones cognitivas.

Al ser un síntoma frecuente en pacientes de larga evolución de la enfermedad, Valera et al. (2013) afirma que el deterioro cognitivo puede llegar a impactar en la funcionalidad de los pacientes con esquizofrenia, mostrando una relación inversa: a mayor deterioro, existe un menor funcionamiento social. Castillo-Martell (2014) encontró que pacientes con más de 10 años de enfermedad, se veían notablemente afectados en aspectos clínicos, laborales, educacionales y relaciones, alterando su calidad de vida y desarrollo humano. A su vez, Servat, Lehmann, Harari, Gajardo & Eva (2005) indica que este deterioro cognitivo no solo incrementa con el paso de los años, sino que se intensifica cuando existe un predominio de sintomatología negativa. Lozano y Acosta (2009) también corroboran esta afirmación, asociándolo con déficits en la velocidad de procesamiento, memoria, atención, capacidad de abstracción, inteligencia y fluidez verbal y habilidades espaciales.

Sin embargo, el origen, evolución y pronóstico de este deterioro sigue sin tener alguna explicación precisa. Debido a su desarrollo diverso, existen pacientes con un deterioro estable en su evolución, mientras que otros, con el paso de los años pueden empeorar hasta mostrar un diagnóstico compatible con el de la demencia asociado a la esquizofrenia (Sanguino-

Andrés; López-Villalobos; González-Sanguino; González-Pablos; Vaquero- Casado & López-Sánchez; 2018).

Estudios sugieren un compromiso neurocognitivo al inicio de la esquizofrenia (Albus, 2006 citado por Lozano, 2009), por lo que se han desarrollado diversos modelos explicativos respecto a esta problemática. Entre los postulados, se tomó en especial consideración el Modelo Psico-orgánico, donde entiende que las alteraciones cognitivas son manifestaciones de daño estructural de un área del cerebro, existiendo la posibilidad de patologías de la corteza pre-frontal en la esquizofrenia (Lozano, 2009).

Valverde (2012) revisando a Andreasen & Flaum (1991), Green (2001), Huerta González (2007), Keefe (2008) y García Castro & Sánchez Torres (2010) reúne los postulados de la teoría del déficit cognitivo de la esquizofrenia, destacando los siguientes aspectos: la esquizofrenia posee una etiología diversa, de carácter neurodegenerativo, del neurodesarrollo o mixta; existen datos neuroanatómicos obtenidos por neuroimagen que indican la presencia de daño cerebral; el uso de antipsicóticos no impiden la naturaleza degenerativa del trastorno; puede existir deterioro cognitivo antes de la aparición de la esquizofrenia y también después de la remisión de síntomas positivo y negativos; pacientes con esquizofrenia tienen una esperanza de vida menor, siendo el componente genético fundamental para entender esta enfermedad.

Las investigaciones científicas en el Perú relacionados a este trastorno, son escasas: se encontraron tan solo 7 estudios publicados de libre acceso. Dos de ellos, ubicaban su estudio en provincias del país, siendo en Arequipa y Lambayeque respectivamente (Zegarra-Valdivia, 2015; Li-Quiroga et al., 2015).

El estudio de Zegarra-Valdivia (2015), se centraba en evaluar los déficits cognitivos en personas con el diagnóstico de esquizofrenia de tipo paranoide mediante su rendimiento en pruebas neuropsicológicas. La evaluación se realizó utilizando el test de tarjetas de Wisconsin, subpruebas específicas del WAIS-III, el Test del trazo forma A y B, el test de lectura de la mente a través de la mirada y la tarea de apuesta de IOWA. Mantuvo una población de 15 adultos diagnosticados con esquizofrenia y 25 adultos sanos. Los resultados de este estudio arrojaron diferencias significativas en el perfil neuropsicológico de la población con esquizofrenia. Se destacan los déficits en el desempeño de funciones ejecutiva, cognición social y toma de decisiones frente al grupo de control sano.

El estudio de Li-Quiroga (2015) estudió el nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Regional Docente Las Mercedes en Lambayeque, Perú. Realizó un estudio transversal descriptivo exploratorio, aplicando la Escala de Sobrecarga de cuidador de Zarit a 122 familiares de pacientes atendidos bajo consulta externa desde octubre a diciembre del 2013. Los resultados encontraron un porcentaje elevado de cuidadores que presentaban sobrecarga emocional (72%), siendo frecuente la sobrecarga leve (69%).

Por otro lado, los otros cinco estudios fueron realizados en Lima metropolitana, acercándose a la población de este trabajo. Sin embargo, dos eran de naturaleza médica (Ricapa et al., 2016; Huarcaya-Victoria, 2018) y existía una única investigación que abordaba un enfoque psicológico (Arevalo-Flores et al., 2012), pero no trabajaba directamente con los pacientes esquizofrénicos. Dichos estudios no se consideraron para este trabajo.

Los dos trabajos restantes estudiaban directamente a población esquizofrénica del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”.

Castillo-Martell (2014) investigó el impacto de este trastorno en la calidad de vida y desarrollo humano en pacientes ambulatorios y sus familias. Para esto realizó un estudio transversal descriptivo, con una población de 130 pacientes de consulta externa del del Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” a los que se les aplicó una encuesta semiestructurada. Los resultados obtenidos demuestran que pacientes con 10 años de enfermedad desarrollan un declive a nivel clínico, ocupacional, educativo y calidad de vida. Se concluye la presencia de un deterioro significativo en las variables estudiadas y que las familias se veían fuertemente afectadas por la carga económica y psicosocial.

Por último, Cortez-Vergara, Cruzado, Rojas-Rojas, Sánchez-Fernández & Ladd-Huarachi (2016) realizaron una investigación descriptiva y de diseño no experimental – longitudinal, en pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” tratados con Terapia Electroconvulsiva durante los periodos del 2001 al 2011. El estudio consistía en la revisión de historias clínicas para la recopilación de datos y posteriormente se analizaron las características mediante estadísticos univariado y bivariados. Encontrando que la esquizofrenia paranoide fue el trastorno más frecuente dentro de la aplicación de esta terapia. Otra conclusión significativa fue que, a pesar de la eficacia, buen pronóstico y seguridad comprobada de este tratamiento, su aplicación fue disminuyendo notoriamente con el paso de los años.

Por lo expuesto en los párrafos anteriores, este trabajo ha buscado realizar una investigación sobre la presencia del deterioro cognitivo según variables sociodemográficas en adultos con esquizofrenia internalizados en instituciones privadas dentro de Lima Metropolitana. Los estudios previamente publicados no abordan esta problemática en su

conjunto, ni proveen algún acercamiento a su investigación. Siendo los resultados de esta investigación una contribución para mejorar y adaptar los futuros abordajes en la rehabilitación e intervención psicoterapéutica de esta población dentro del contexto clínico peruano.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema general:

Acorde a lo escrito previamente, la pregunta de investigación es: “¿Existe la presencia de deterioro cognitivo en pacientes adultos con esquizofrenia internados en instituciones psiquiátricas privadas?”.

1.2.2 Problemas específicos:

Problema específico 1

¿La presencia del deterioro cognitivo se diferencia según la edad de los pacientes esquizofrénicos internados en instituciones psiquiátricas privadas?

Problema específico 2

¿La presencia del deterioro cognitivo se diferencia según estado civil de los pacientes esquizofrénicos internados en instituciones psiquiátricas privadas?

Problema específico 3

¿La presencia del deterioro cognitivo se diferencia según el nivel de instrucción de los pacientes esquizofrénicos internados en instituciones psiquiátricas privadas?

Problema específico 4

¿La presencia del deterioro cognitivo se diferencia según los años de internamiento de los pacientes esquizofrénicos internados en instituciones psiquiátricas privadas?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Describir la presencia de deterioro cognitivo en pacientes esquizofrénicos internados mediante su desempeño en el Test del Dibujo del Reloj Versión Manos (TDR-M).

1.3.2. Objetivos específicos

Objetivo específico 1

Definir la presencia del deterioro cognitivo según la edad de los pacientes esquizofrénicos internados en instituciones psiquiátricas privadas.

Objetivo específico 2

Definir la presencia del deterioro cognitivo según el estado civil de los pacientes esquizofrénicos internados en instituciones psiquiátricas privadas.

Objetivo específico 3

Definir la presencia del deterioro cognitivo según el nivel de instrucción de los pacientes esquizofrénicos internados en instituciones psiquiátricas privadas.

Objetivo específico 4

Definir la presencia del deterioro cognitivo según los años de internamiento de los pacientes esquizofrénicos internados en instituciones psiquiátricas privadas.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

Existe la presencia de deterioro cognitivo en pacientes esquizofrénicos internados.

1.4.2. Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

Hi: Sí existirán diferencias del deterioro cognitivo según la edad de los pacientes esquizofrénicos internados en instituciones psiquiátricas privadas.

Hipótesis específica 2

Hi: Sí existirán diferencias del deterioro cognitivo según el estado civil de los pacientes esquizofrénicos internados en instituciones psiquiátricas privadas.

Hipótesis específica 3

Hi: Sí existirán diferencias del deterioro cognitivo según el nivel de instrucción de los pacientes esquizofrénicos internados en instituciones psiquiátricas privadas.

Hipótesis específica 4

Hi: Sí existirán diferencias del deterioro cognitivo según los años de internamiento de los pacientes esquizofrénicos internados en instituciones psiquiátricas privadas.

CAPÍTULO II. MÉTODO

2.1. Tipo de investigación

Esta investigación desarrollada es de tipo no experimental, descriptivo-comparativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), de diseño asociativo (Ato, López & Benavente, 2013) y se utilizó un modelo teórico del Déficit Cognitivo en la Esquizofrenia (Valverde, 2012) y el modelo neurocognitivo psico-orgánico (Lozano y Acosta, 2009), para comprender el constructo del deterioro cognitivo.

2.2. Población y muestra (Materiales, instrumentos y métodos)

La población del estudio son todos los pacientes diagnosticados con esquizofrenia que se encuentran internalizados en instituciones psiquiátricas privadas. Se utilizó un muestreo sujeto-tipo, no probabilístico. Dicha muestra está formada por 21 pacientes con esquizofrenia; siendo los criterios de selección de individuos: pacientes adultos (mayores de 18 años) con diagnóstico (especificado de forma explícita en su historia clínica) de Esquizofrenia de cualquier tipo siguiendo los criterios diagnósticos del CIE-10, internalizados en instituciones psiquiátricas privadas. Se consideraron también datos sociodemográficos como: edad cronológica, sexo, estado civil, ocupación, nivel de estudios; y datos clínicos como: años de internamiento.

2.3. Operacionalización de la variable

Tabla 1

Cuadro de variable principal

<i>Variable</i>	<i>Dimensiones (si las tuviera)</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Ítems</i>	<i>Escala de medición</i>	
<i>DETERIORO COGNITIVO</i>	Entendimiento verbal, memoria, conocimiento de codificación espacial (orientación y codificación del tiempo), habilidades visoconstructivas y agrafia.	Entendimiento y ejecución de la 1° orden: “Escriba los números en la cara del reloj”	0 - 10 puntos de acuerdo con a la presencia de indicadores gráficos en el test. No son ítems como tal, se evalúa su presencia en conjunto.	Presencia deterioro cognitivo	Cualitativa – nominal
	Habilidad visuo-atencionales, procesamiento de información, pensamiento abstracto, funciones ejecutivas y planificación.	Entendimiento y ejecución de la 2° orden: “Ponga el reloj a las 11:10”		Ausencia deterioro cognitivo	
				Puntaje 0 a 6	Cuantitativa – intervalo
				Puntaje 7 a 10	

Tabla 2

Cuadro de variables sociodemográficas

Variable sociodemográfica	Indicadores	Escala de medición
Sexo	Hombre	Cualitativa – nominal
	Mujer	
Edad	30 a 40	Cuantitativa – intervalo
	40 a 50	
	50 a más	
Nivel de instrucción	Secundaria Completa Secundaria Incompleta Superior Completo Superior Incompleto Técnico Completo Técnico Incompleto	Cualitativa – ordinal
Estado civil	Soltero	Cualitativa – nominal

	Casado	
Ocupación	Tiene actualmente	Cualitativa – nominal
	No tiene actualmente	
Años de internamiento	1 a 3 años	Cuantitativa – intervalo
	4 a 6 años	
	7 a 10 años	
	Más de 10 años	
Deterioro cognitivo	Sin deterioro cognitivo	Cualitativa – nominal
	Con deterioro cognitivo	
	0 a 6	Cuantitativa – intervalo
7 a 10		

Elaboración Propia (2021)

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos

Entre los métodos y técnicas empleados para la recolección de datos fueron los siguientes: entrevista, análisis de documentos y test para el desarrollo de este estudio (Arias Gonzales, 2020).

Los instrumentos utilizados para la técnica de entrevista fue una ficha de datos sociodemográficos y para el análisis de documentos, la ficha bibliográfica y la revisión de historias clínicas. Mientras que el instrumento escogido para la técnica de test, fue el Test del Dibujo del Reloj versión Manos & Wu (1994), adaptado a la población peruana por Custodio; García; Montesinos; Lira & Bendezú, (2011).

El Test del Dibujo del Reloj se desarrolló inicialmente como medio de evaluación de apraxias de tipo constructivo y agnosias visoespaciales, teniendo como utilidad la evaluación de afasias y el descarte de demencia tipo Alzheimer (Dávila

Philippón, 2018). Por último, se utiliza ampliamente en la actualidad como test de tamizaje para evaluar deterioro cognitivo (Pinto & Peters, 2009). Entre las ventajas encontradas en este instrumento se encuentran que es de fácil y rápida administración, requiere un mínimo nivel de entrenamiento y no es intrusiva u ofensiva para el paciente (Ocanao, 2004).

Dicho instrumento posee numerosas versiones que difieren en los métodos de administración y puntuación, siendo las alteraciones más frecuentes: la presencia de un círculo pre-dibujado, la hora a fijar en el reloj y si la reproducción es libre o copiada (Royall et al., 1999). Este test ha sido utilizado en contextos clínicos peruanos con población adulta mayor para la detección de demencia y otras alteraciones cognitivas superiores, tanto en provincia como en la capital (Dávila Philippón, 2018; Custodio et al., 2011 & Oscanoa, 2004). El Test del Dibujo el Reloj Versión Manos (TDR-M) ha sido validado con éxito en Lima, como prueba para la detección de demencia en población adulto mayor (Custodio et al., 2011). En este estudio, se obtuvo una consistencia interna positiva (alfa de Crombach = 0,82) y al establecer un punto de corte de 7, la sensibilidad fue de 99,03% y la especificidad de 83,5 %. Por su parte, Oscanoa (2004) realizó un estudio en el tamizaje de trastorno cognoscitivo por enfermedad de Alzheimer; utilizando la misma versión y teniendo como punto de corte de 6, obtuvo una sensibilidad de 83,9%, especificidad 93,5%, valor predictivo positivo 92,9 y valor predictivo negativo 85,3%.

Enfocándonos en la versión de Manos, se pretende examinar los resultados hallados en este estudio para a) describir la presencia del deterioro cognitivo y b) determinar su utilidad en la detección de este en pacientes esquizofrénicos, utilizando un punto de corte de 7.

El análisis de datos se realizó mediante la aplicación supervisada del Test del Dibujo del Reloj versión Manos (TDR - M) a la muestra de pacientes seleccionados, la revisión de sus historias clínicas sistematizadas tanto en físico como en virtual, y una breve entrevista sobre sus datos sociodemográficos.

2.5. Procedimientos

Dentro de los procedimientos empleados, se hizo uso de la observación directa de la conducta del paciente previo a la evaluación. Durante la aplicación supervisada del Test del Dibujo del Reloj versión Manos (ver Anexo 1) se les explicará a los participantes que dicha aplicación es confidencial y voluntaria, una vez aprobada su colaboración se les explicará las instrucciones a seguir. El desarrollo del test iniciaba ni bien se le presentaba la ficha. En caso exista alguna duda, las indicaciones se repetirán hasta que sean entendidas correctamente. Al finalizar, los participantes deberán firmar y colocar su nombre completo en la parte inferior de la hoja. Cada una de las aplicaciones fueron de forma individual y presencial, previa identificación del paciente y permiso de la misma institución, jefa de enfermería a cargo o psiquiatra personal del paciente.

El último procedimiento fue el de la revisión de las historias clínicas de los pacientes (ver Anexos 2). Se contó con el acceso, virtual o físico, a las historias clínicas de cada paciente evaluado y se revisaron los formatos bajo supervisión y apoyo del personal administrativo respectivo dentro de la institución.

Al concluir todas las aplicaciones, se registrarán las respuestas en una base de datos; los cuales serán procesados utilizando el programa el SPSS Versión 25. Luego se procesarán los datos y se obtendrán resultados de porcentaje, estadísticos

descriptivos, puntaje de Shapiro Wilk y también se obtendrá la comparación de pruebas paramétricas (ANOVA) y no paramétricas (U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis).

2.6. Consideraciones éticas

Sustentándonos en los principios de la ética revisados, debido a que la presente investigación será realizada con personas, se cumplirán con los siguientes criterios:

Se guiará esta investigación por procedimientos validados sobre base científica, obedeciendo a lo estipulado por el Art. 6° del Código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2017). En tal sentido, los Art. 25° y 27° tendrán especial relevancia dentro de este trabajo, priorizando el beneficio de los participantes y rechazando el uso de tests y/o técnicas que no tengan validez científica.

Respecto a los instrumentos de investigación se tomó en consideración las directrices de la Comisión Internacional de Tests frente al uso y las garantías éticas sobre el material a utilizar (Muñiz, Hernández y Ponsoda, 2015).

Se respetará el derecho de los pacientes a resguardar su integridad y bienestar, realizando todas las previsiones para respetar su intimidad y privacidad velando por su integridad física y mental.

A su vez, se les informará acerca del proceso de investigación por el que forman parte y se les entregará un consentimiento informado (ver Anexo 3), siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki (Manzini, 2000), el Art.24° del Código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú y los principios que guían la práctica ética de investigación sobre sujetos humanos. Dicho consentimiento

informado, debe ser firmado por los participantes que forman el grupo de investigación, y dichos resultados estarán en reserva puesto que los datos serán de forma anónima.

En caso el paciente no se encuentre en pleno uso facultativo de su razón y/o no sea un sujeto autónomo para tomar alguna decisión legal sobre su persona, cualquier manejo de información y/o intervención con el paciente se consultará directamente con la clínica corroborando que esta última posee el consentimiento cedido por los familiares frente a los pacientes. Dicho esto, se solicitará el permiso a la misma institución, jefa de enfermería a cargo o psiquiatra personal del paciente (ver Anexo 4). Este procedimiento busca proteger el respeto, la salud y derechos individuales de los implicados en la investigación, se vean o no personalmente beneficiados con esta.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

Análisis descriptivo

En la Tabla 1-A podemos apreciar que, en función de variables cualitativas, calcular la Media y Mediana no aplican. Siendo posible determinar la Moda como el valor de mayor frecuencia, en la variable Sexo se obtiene que es el 1, designado a la población masculina.

Respecto al Estado Civil, la Moda se obtiene el valor 1, que es el designado a la población de Solteros.

En el caso de Ocupación, la Moda se obtiene el valor 2, que es el designado a la población que No tiene ocupación alguna.

Por último, en Grado de instrucción, al ser una variable ordinal, se calcula que la Mediana se puede atribuir al valor 3, que es la población con formación Superior Completa y la Moda obtiene el valor 3, designado a la población con formación Superior Completa.

Tabla 1 - A
Caracterización de la muestra: Variables cualitativas

	Sexo	Estado Civil	Ocupación	Grado de Instrucción
N	21	21	21	21
Moda	1.00	1.00	2.00	3.00

Sexo	Frecuencia	% del total
Hombre	16	76.2 %
Mujer	5	23.8 %

Estado civil		
Soltero	19	90.5 %
Casado	2	9.5 %

Ocupación	Frecuencia	% del total
Tiene	2	9.5 %
No tiene	19	90.5 %

Grado de instrucción		
Sec. Completa	6	28.6 %
Sec. Incompleta	2	9.5 %
Sup. Completa	7	33.3 %
Sup. Incompleta	3	14.3 %
Tec. Completo	3	14.3 %

Fuente: Elaboración propia, extraído de JAMOVI (2021)

En la Tabla 1-B orientada a variables cuantitativas, podemos apreciar que en la variable de Edad se obtiene los valores de Media de 2.38, la Mediana de 2 y Moda se obtiene el valor de 2, designado a la población que posee Cuarenta a cincuenta años.

Mientras que, en Años de Internamiento, se obtiene los valores de Media de 2.57, la Mediana es de 2 y Moda se obtiene el valor de 4, designado a la población que mantiene Más de diez años de internamiento.

Tabla 1 - B
Caracterización de la muestra: Variables cuantitativas

	Edad	Internamientos
N	21	21
Media	2.38	2.57
Moda	2.00	4.00
Mediana	2	2
Desviación estándar	0.49	1.29

Fuente: Elaboración propia, extraído de JAMOVI (2021)

En la tabla 2, se identifica el puntaje de mayor frecuencia es el de grave deterioro cognitivo con un total de 12 personas (57.1%) y el puntaje de menor frecuencia es de los que no presentan deterioro cognitivo con 9 participantes (42.9%).

Tabla 2

	Frecuencia	Porcentaje
Grave deterioro cognitivo	12	57,1
Sin deterioro cognitivo	9	42,9
Total	21	100,0

Fuente: Elaboración propia, extraído del SPSS (2019)

Análisis inferencial

En la tabla 3, se observa la aplicación de la prueba Shapiro-Wilk para poder determinar la utilización de estadísticos paramétricos o no paramétricos en esta muestra. Ante esto, se determina que la variable Deterioro poseen una distribución no paramétrica o no normal ($p < 0.05$).

Tabla 3
Puntaje de Shapiro-Wilk

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Deterioro	,63	21	,00

Fuente: Elaboración propia, extraído de SPSS (2019)

En la tabla 4 se observa la comparación de los puntajes de sexo (masculino y femenino). Se utilizó el estadístico U de Mann-Whitney que permite apreciar que no existen diferencias significativas ($p > 0.05$) en la comparación, siendo $p = .41$.

Tabla 4
Comparaciones según sexo

		Statistics	p
Deterioro	U de Mann-Whitney	31.0	0.41

Fuente: Elaboración propia, extraído de JAMOVI (2021)

En la tabla 5 se observa comparaciones de dos rangos según edad: 40 a 50 años y de 50 a más. Se utilizó el estadístico de U de Mann-Whitney que permite apreciar que no existen diferencias significativas ($p > 0.05$) entre estos grupos, siendo $p = .64$.

Tabla 5
Comparaciones según edad

		Statistics	p
Deterioro	U de Mann-Whitney	46.0	0.64

Fuente: Elaboración propia, extraído de JAMOVİ (2021)

En la tabla 6 se observa las comparaciones de dos rangos según estado civil siendo soltero y casado. Se utilizó el estadístico de U de Mann-Whitney que permite apreciar que no existen diferencias significativas ($p > 0.05$) entre estos grupos, siendo $p=.10$.

Tabla 6
Comparaciones según estado civil

		Statistics	p
Deterioro	U de Mann-Whitney	7.00	0.10

Fuente: Elaboración propia, extraído de JAMOVİ (2021)

En la tabla 7 se observa las comparaciones de dos rangos según ocupación. Se utilizó el estadístico de U de Mann-Whitney que permite apreciar que no existen diferencias significativas ($p > 0.05$) entre estos grupos, siendo $p= .88$.

Tabla 7
Comparaciones según ocupación

		Statistics	p
Deterioro	U de Mann-Whitney	17.5	0.88

Fuente: Elaboración propia, extraído de JAMOVİ (2021)

En la tabla 8 se observa la comparación de rangos de los registros de años de internamiento, siendo 1 a 3 años, 4 a 6 años 7 a 10 años y más de 10 años. Utilizando el estadístico de Kruskal-wallis ($X^2= .42$; $df = 3$) al ser una prueba no paramétrica, que permite

apreciar que no existen diferencias significativas ($p > 0.05$) en las comparaciones, siendo $p=,93$.

Tabla 8
Comparaciones según registros de años de internamiento

Kruskal-Wallis			
	χ^2	df	p
Deterioro	0.42	3	0.93

Fuente: Elaboración propia, extraído de JAMOV (2021)

En la tabla 8 se utilizó la prueba de Kruskal-wallis ($X^2= 3.61$; $df = 4$) no paramétrica, para identificar las diferencias grado de instrucción de quienes tienen secundaria completa, secundaria incompleta, superior completo, superior incompleto, técnico completo y técnico incompleto. Encontrando que no existen diferencias significativas entre los diferentes grupos ($p > 0.05$), siendo $p=,46$.

Tabla 8
Comparaciones según grado de instrucción

Kruskal-Wallis			
	χ^2	df	p
Deterioro	3.61	4	0.46

Fuente: Elaboración propia, extraído de JAMOV (2021)

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este apartado, se pretende analizar los siguientes resultados de la investigación en una población de pacientes esquizofrénicos internados. Con respecto al objetivo el presente estudio busca detectar la presencia del deterioro cognitivo según diversas áreas en cuanto a sexo, edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción y años de internamiento, sin obtener ninguna diferencia significativa en cuanto a cada una de estas variables. Estos resultados pueden deberse al manejo y selección de las variables y su relación con la variable principal, lo que requeriría mejor estudio de estas con una población aún mayor

Asimismo, los resultados obtenidos sobre la aplicación del Test del Reloj versión Manos en pacientes esquizofrénicos internados en instituciones privadas de Lima, determina que de los 21 participantes que oscilan entre las edades de 40 años a más, el 57.1% obtienen una mayor frecuencia de un nivel “grave” deterioro cognitivo. Estos resultados coinciden con una investigación de Valera et al. (2013) en su estudio “Deterioro cognitivo y funcionalidad en la esquizofrenia”, donde refiere que el deterioro cognitivo afecta la funcionabilidad del paciente (entendiendo que los pacientes de larga evolución que se encuentran internalizados tienen mayor afectación en su funcionamiento social). Por otro lado, Sjølie, Meyn, Raudeberg, Andreassen y Vaskin (2020) en su estudio “Cognición no social como fundamento en la teoría de la mente en esquizofrenia” consideran que conocer el grado de afección en la cognición (tanto social y no social) del individuo, son determinantes para predecir el resultado de la funcionalidad del paciente con esquizofrenia.

En esa misma línea de estudio, McCleery (2019) en su estudio "Deterioro cognitivo en enfermedades psicóticas: prevalencia, perfil del deterioro, curso desarrollo y consideraciones de tratamiento" afirma que el performance cognitivo del paciente constituye

un fuerte predictor de la funcionabilidad de pacientes con enfermedades psicóticas y por extensión, un objetivo importante a considerar en la intervención.

Respecto a las investigaciones de Castillo-Martell (2014) en “Impacto de la Esquizofrenia en la Calidad de Vida y Desarrollo Humano de pacientes y familias de una Institución de Atención en Salud Mental de la ciudad de Lima”, quien considera factores laborales y educaciones en relación al deterioro cognitivo, y Servat et al. (2005) en “Evaluación neuropsicológica en esquizofrenia”, quien refieren que a mayor años de enfermedad el deterioro cognitivo incrementa o se hace más visible (incluyendo aspectos de sintomatología negativa y afección de la funcionabilidad del paciente); no se encontró evidencia significativa que coincida con dichas conclusiones en población internalizada en instituciones privadas.

El grado de afectación de la esquizofrenia es descrito por dos características degenerativas: el deterioro cognitivo y la pérdida de funcionabilidad; siendo este primer aspecto el foco de interés de este estudio, Lozano y Acosta (2009) identifican este deterioro mediante la alteración y/o compromiso de funciones atencionales, de memoria, visoespaciales, motricidad fina y función ejecutiva. Cabe resaltar, que son estos mismos procesos cognitivos los que se miden en el Test del Reloj (Oscanoa, 2004).

En relación con los estudios en pacientes esquizofrénicos internados en Lima, se encuentran escasos o nulos trabajos respecto al deterioro cognitivo que presentan. Sin embargo, se ha de considerar estudios que mencionan la importancia de corroborar aspectos cognitivos de atención, memoria, inteligencia y habilidades visoespaciales en estos pacientes; ampliando las variables psicológicas a investigar en esta población para poder identificar ciertos indicadores de la presencia de un deterioro. Identificado la presencia del deterioro, se

podría planificar una intervención más agresiva con respecto a la estimulación cognitiva que reciben estos pacientes en sus instituciones.

Con respecto a investigaciones centradas a la evaluación con el Test del Reloj, se encuentran valiosos antecedentes en los trabajos de Oscanoa (2004) y de Custodio et al. (2011), ambos con la versión Manos y de aplicación en Lima; que corrobora su utilidad en el tamizaje del deterioro cognitivo en pacientes adultos.

Es importante recalcar las limitaciones y dificultades del estudio: se considera que la principal limitación reside en el difícil acceso de la población de estudio, incluyendo también las dificultades respecto a las posibilidades de evaluación. La muestra debería ampliarse accediendo a otros nosocomios privados de Lima para obtener mayor población y que las comparaciones sean con cantidades más acertadas y no diferenciadas. También se debe destacar que se pueden presentar diversas dificultades al acceso de los permisos requeridos y/o entrega del consentimiento por parte de los mismos integrantes del estudio (debido a su condición psiquiátrica). Por esto, sería apropiado considerar realizar todos los procesos éticos y trámites directamente con la institución donde se internan e incluso, pedir permiso a los familiares/representantes legales de los pacientes seleccionados.

Respecto al alcance de este estudio, se espera poder brindar utilidad a estudiantes y futuros investigadores respecto al tema, tomando en cuenta no solo los resultados obtenidos sino también las limitaciones percibidas tras la ejecución de la investigación. Este estudio es relevante, al destacar la presencia del deterioro cognitivo en pacientes esquizofrénicos internados, puesto que las investigaciones no se centran en este aspecto cognitivo de la enfermedad ni indagan en los factores pueden influir en su deterioro.

Como recomendación, se sugiere ampliar la cantidad de muestra estudiada y prever la dificultad de acceso a la población y sus permisos respectivos; también, se debería considerar de forma más profunda las variables escogidas a estudiar y delimitarlas bien, así como su grado de relación (directa o indirecta) con el deterioro cognitivo en la esquizofrenia.

Respecto a estos factores, concluimos en este trabajo que no existen diferencias significativas según sexo, edad, estado civil, ocupación, años de internamiento y grado de instrucción.

En este sentido, las conclusiones obtenidas son las siguientes:

1. Respecto a la pregunta de investigación, se obtiene que el 57.1% de la población presenta un grave deterioro con respecto a su capacidad cognitiva, es decir más de la mitad de los participantes mantienen un compromiso severo en sus diversos procesos cognitivos; sea comprensión auditiva, planeamiento, memoria visual, conocimiento numérico, pensamiento abstracto, función ejecutiva, atención y concentración y habilidades visoespaciales.
2. No se aprecian diferencias significativas al comparar el puntaje de los resultados obtenidos con sexo (hombre y mujer). Esto se debe a que el compromiso cognitivo no predomina en el paciente según su sexo, afectando a ambos grupos por igual.
3. Al comparar los resultados de los puntajes con la edad dividida en tres grupos, no se encontraron diferencias significativas entre dichas comparaciones.
4. Con respecto al estado civil, fraccionado correspondientemente en soltero y casado, comparado con el puntaje obtenido tampoco distinguen diferencias significativas entre dichas divisiones.

5. Con respecto a la comparación del puntaje con la ocupación que mantienen (o no) los pacientes, se comprueba que tampoco brinda diferencias significativas con respecto a sus resultados.
6. Al generar una comparación del puntaje realizado en los pacientes con los años de internamiento que lleva a lo largo de su vida, se verifica que no se encuentran diferencias significativas.
7. Respecto a la comparación de puntaje con nivel de instrucción (secundaria completa, secundaria incompleta, superior completo, superior incompleto, técnico completo y técnico incompleto), se contempla que no existen diferencias significativas entre estas.

REFERENCIAS

- Arévalo-Flores, J.; Kruger-Malpartida, H. y Vega-Dienstmaier, J. (2012) Síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide que acuden al consultorio de Psiquiatría de un hospital general de Lima, Perú. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(102), 92 – 97.
- Arias Gonzales, J. (2020) Proyecto de Tesis. Guía para la elaboración. José Luis Arias Gonzales. Edición digital. Lima, Perú.
- Ato, M.; López, J. y Benavente, A. (2013) Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038 - 1059. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Castillo-Martell, H. (2014) Impacto de la Esquizofrenia en la Calidad de Vida y Desarrollo Humano de pacientes y familias de una Institución de Atención en Salud Mental de la ciudad de Lima. *Anales de Salud Mental*, 30(2), pp. 9 - 27.
- Cortez-Vergara C., Cruzado L., Rojas-Rojas I., Sánchez-Fernández M. y Ladd-Huarachi G. Características clínicas de pacientes tratados con terapia electroconvulsiva en un hospital público de Perú. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*; 33(1), 100 - 5. doi: 10.17843/rpmesp.2016.331.1940
- Custodio N., García A., Montesinos R., Escobar J. y Bendezú L. (2008) Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: estudio puerta a puerta. *An Fac Med.*; 69 (4): 233 - 8
- Custodio, N.; García, A.; Montesinos, R.; Lira, D. & Bendezú, L. (2011) Validación de la prueba de dibujo del reloj – versión de Manos – como prueba de cribado para detectar demencia en una población adulta mayor de Lima, Perú. *Revista Perú Med. Exp. Salud Pública*; 28(1): 29 - 34.
- Custodio, N.; Herrera, E.; Lira, D.; Montesinos, R.; Linares, J. y Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*, 73(4), 321-330. Recuperado en 29 de abril de 2021, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400009&lng=es&tlng=es.
- Dávila Philippón, O. (2018) Aplicación del Test del Dibujo del Reloj en pacientes hipertensos entre 40 y 60 años para detectar alteraciones de las funciones cerebrales superiores. Maestría en Psicología Clínica con mención en Psicología de la Salud. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrel. Cajamarca, Perú

- Ernest, D.; Vuksic, O.; Shepard-Smith, A. & Webb, E. (2017) Schizophrenia, an information guide. Centre for Addiction and Mental Health. Ontario, Canada.
- Escobar Cornejo, G., & Ramos-Vargas, L. (2012). Nociones del deterioro cognitivo leve. *Revista Medica Herediana*, 23 (2), 134 - 135. Recuperado en 29 de abril de 2021, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2012000200010&lng=es&tlng=es.
- Huarcaya-Victoria, Jeff. (2018). Insulinoterapia para la esquizofrenia en el Perú estudio introductorio. *Revista Psiquiátrica Peruana*, 8(1), 29 - 36.
- Instituto Nacional de Salud Mental (2013). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 29 (1)
- Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. (2013) Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012: Informe General. *Anales de Salud Mental*, 29(1), 1 - 393.
- International Test Commission (2014). ITC statement on the use of tests and other assessment instruments for research purposes. Recuperado de: https://www.intestcom.org/files/statement_using_tests_for_research.pdf
- Li-Quiroga, M., Alipázaga-Pérez, P., Osada, J. & León-Jiménez, F. (2015) Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un hospital público de Lambayeque-Perú. *Revista de Neuropsiquiatría*, 78 (4): 232 - 239.
- Lozano C., L., & Acosta, R. (2009). Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia. *Revista Med*, 17 (1), 87 - 94.
- Luna-Solis, Ybeth, & Vargas Murga, Horacio. (2018). Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(1), 9 - 19. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3269>
- Manzini, J. (2000) Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethica*, 6(2), 321 - 334. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>

- McCleery, A. y Nuechterlein, K. (2019) Cognitive impairment in psychotic illness: prevalence, profile of impairment, developmental course, and treatment considerations. *Dialogues in clinical neuroscience*, 21(3), 239 – 248
- Muñiz, J.; Hernández, A. y Ponsoda, V. (2015) Nuevas directrices sobre el uso de los tests: investigación, control de calidad y seguridad. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), pp. 161 - 173. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/283524523_New_guidelines_for_test_use_Research_quality_control_and_security_of_tests
- Ocaña Montoya, C.; Montoya Pedrón, A.; Bolaño Díaz, G. (2019) Perfil clínico neuropsicológico del deterioro cognitivo subtipo posible Alzheimer. Clinical and Neuropsychological Profile of Possible Alzheimer subtype neurocognitive disorder. *MEDISAN*, 23(5), pp. 875-891.
- Oscanoa, T. (2004) Evaluación de la prueba del reloj en el tamizaje de enfermedad de Alzheimer. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 65 (1), 42 - 48.
- Pinto, E. & Peters, R. (2009) Literature Review of the Clock Drawing Test as a Tool for Cognitive Screening. *Dement Geriatric Cognitive Disorder*; 27, 201 – 213
- Ricapa, M., Guimas, L. & Ticse, R. (2016) Perfil metabólico y factores asociados en pacientes con esquizofrenia bajo tratamiento con antipsicóticos que acuden a consulta externa en el Instituto Nacional de Salud Mental. *Revista de Neuropsiquiatría*, 79 (4), 216 - 229.
- Royall, D.; Mulroy, A.; Chiodo, L. & Polk, M. (1999) Clock Drawing Is Sensitive to Executive Control: A Comparison of Six Methods. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54(5), 328 – 333.
- Sanguino-Andrés, R.; López-Villalobos, J.; González-Sanguino, C.; González-Pablos, E.; Vaquero-Casado, M. & López-Sánchez, M. (2018) Predicción de deterioro cognitivo en esquizofrenia: Retrospectiva de 31 años. *Psicología Conductual*, 26(1), pp. 141 – 158.
- Servat P., Lehmann S., Harari A., Gajardo I. & Eva C. (2005) Evaluación neuropsicológica en esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*; 43(3), 210 - 216.
- Sjølie, C.; Meyn, E.; Raudeberg, R.; Andreassen, O. y Vaskinn, A. (2020) Nonsocial cognitive underpinnings of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 289, 113055. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113055>.

Sociedad peruana de psicología (1980) Código de ética profesional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12(2),381 - 386. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80512216>

Varela, L.; Pampín, A.; Blanco, C.; Díaz, F.; Brenlla, J.; Pérez, M.; Portela, B. y Mozos, A. (2013) Deterioro cognitivo y funcionalidad en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría*, 12, 45 -50. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5056667>

Valencia, M.; Murrow, E. & Rascón, M. (2006) Comparación de tres modalidades de intervención en esquizofrenia: terapia psicosocial, musicoterapia y terapias múltiples. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 535 - 549.

Valverde Eizaguirre, M. (2012) Una crítica a la teoría del déficit cognitivo de la esquizofrenia. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*; 32 (115), 521 - 545.

World Health Organization. The epidemiology and impact of dementia: current stage and future trends. Geneva: WHO; 2015 [citado 27/05/2019]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf

Zegarra-Valdivia, J. (2015) Función ejecutiva, teoría de la mente y toma de decisiones en pacientes estabilizados con esquizofrenia paranoide. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 16(3): 13 - 25.

ANEXOS

Anexo 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

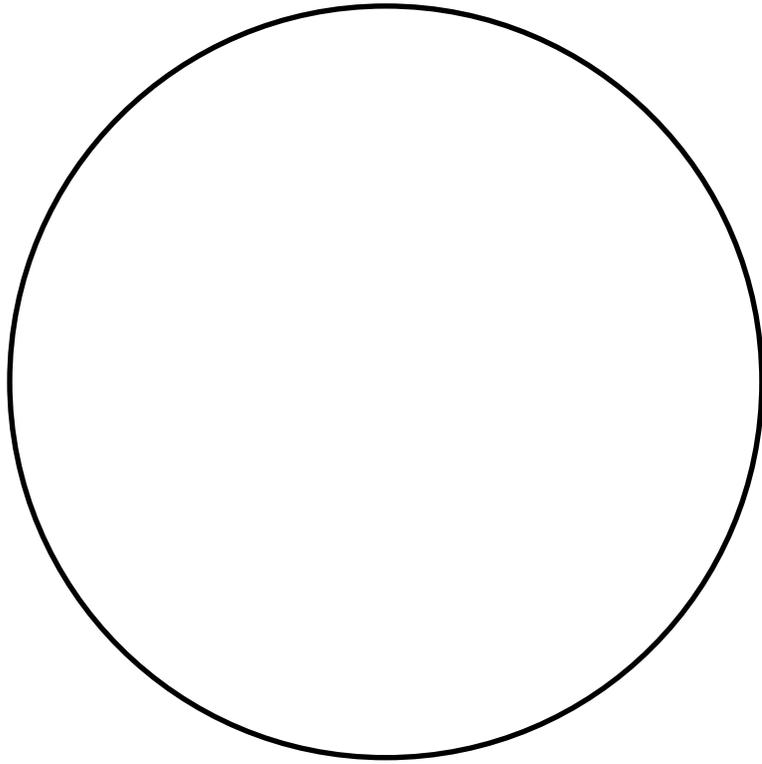
Título de proyecto: Deterioro cognitivo en pacientes adultos con esquizofrenia en una clínica psiquiátrica privada de Lima Metropolitana. **Autor:** José Manuel Villanueva Alvarado

Problema	Objetivos Generales	Hipótesis	Definiciones	Variables	Tipo de Investigación	Participantes	Instrumentos
¿Existe la presencia del deterioro cognitivo en pacientes adultos con esquizofrenia internados en instituciones psiquiátricas privadas?	<p>Describir la presencia de deterioro cognitivo en pacientes esquizofrénicos internados mediante su desempeño en el Test del Dibujo del Reloj Versión Manos (TDR-M).</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Definir la presencia del deterioro cognitivo según la edad de los pacientes esquizofrénicos internados en instituciones psiquiátricas privadas.</p>	<p>H1: Existe la presencia de deterioro cognitivo en pacientes adultos esquizofrénicos internados en instituciones psiquiátricas privadas de Lima</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>Hipótesis específica 1</p> <p>Hi: Sí existirán diferencias del deterioro cognitivo según la edad de los pacientes esquizofrénicos internados en</p>	<p>Definiciones conceptuales</p> <p>Deterioro cognitivo: Se puede llegar a definirse como una alteración de las funciones de atención, memoria, habilidades visoespaciales, motricidad fina y función ejecutiva (Lozano y Acosta, 2009).</p> <p>Definición Operacional:</p> <p>Deterioro cognitivo: Puede definirse como la puntuación obtenida por los</p>	<p>Variable 1</p> <p>Deterioro cognitivo</p>	<p>Nivel de Investigación</p> <p>Descriptivo - comparativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)</p> <p>Diseño de Investigación</p> <p>No experimental asociativa (Ato, López & Benavente, 2013)</p>	<p>Universo de Estudio</p> <p>La muestra está formada por pacientes con esquizofrenia internados en una institución psiquiátrica privada de Lima Metropolitana. Las edades de los participantes fluctúan entre los 18 y 60 años.</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <p>Pacientes adultos, hombres y mujeres, (mayores de 18 años) con diagnóstico (especificado de forma explícita</p>	<p>Test del Dibujo del Reloj versión Manos/TDR – M (Goodglass & Kaplan, 1972; versión Manos & Wu, 1994; adaptado por Custodio et al., 2011)</p>

	<p>Definir la presencia del deterioro cognitivo según el estado civil de los pacientes esquizofrénicos internados en instituciones psiquiátricas privadas.</p> <p>Definir la presencia del deterioro cognitivo según el nivel de instrucción de los pacientes esquizofrénicos internados en instituciones psiquiátricas privadas.</p> <p>Definir la presencia del deterioro cognitivo según los años de internamiento de los pacientes esquizofrénicos internados en instituciones</p>	<p>instituciones psiquiátricas privadas.</p> <p>Hipótesis específica 2 Hi: Sí existirán diferencias del deterioro cognitivo según el estado civil de los pacientes esquizofrénicos internados en instituciones psiquiátricas privadas.</p> <p>Hipótesis específica 3 Hi: Sí existirán diferencias del deterioro cognitivo según el nivel de instrucción de los pacientes esquizofrénicos internados en instituciones</p>	<p>participantes, inferior al punto de corte de 7 en el Test del Dibujo del Reloj versión Manos. En caso de que el paciente presente una puntuación mayor o igual a 7, se descarta la presencia de deterioro.</p>			<p>en su historia clínica) de Esquizofrenia de cualquier tipo siguiendo los criterios diagnósticos del CIE-10, internalizados en instituciones psiquiátricas privadas.</p> <p>Criterios de exclusión: Pacientes menores de 18 años.</p>	
--	--	--	---	--	--	--	--

	psiquiátricas privadas.	psiquiátricas privadas. Hipótesis específica 4 Hi: Sí existirán diferencias del deterioro cognitivo según los años de internamiento de los pacientes esquizofrénicos internados en instituciones psiquiátricas privadas.				
--	-------------------------	---	--	--	--	--

Anexo 2: PLANTILLA DE APLICACIÓN DE LA PRUEBA



Anexo 3: MODELO DE HISTORIAL CLÍNICO A REVISAR

INDICACIONES MEDICAS

Historia N° 8814 Diagnóstico inicial (en clave) _____ I.P.S.S.N° _____

Nombre: Ivan Merzthal

Médico Tratante: [Redacted] Psicólogo: _____

FECHA	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
<u>15/04/18.</u>		
1.-	<u>Dezepam 10mg 1d-1a-1c-1ueh. v.o</u>	
2.-	<u>Levomoproclemia 100mg 1d-1c-1ueh.</u>	
3.-	<u>Haldol Decanos. I.M stat. con 2 tabs de Biperiden v.o (HOY)</u>	
4.-	<u>Haloperidol 5mg + Midazolam 5mg 1amp. I.M q/8hs x 5 días.</u>	
5.-	<u>Biperiden 2mg 1d-1a-1c-1ueh.</u>	
6.-	<u>Carbamazepina 200 1d-1a-1c-1ueh.</u>	
7.-	<u>Dezepam 20mg e.v. condicional a gelositas</u>	
8.-	<u>Deta completa</u>	
9.-	<u>C.F.V q/8hs</u>	
10.-	<u>NO VISITAS.</u>	
11.-	<u>acompañamiento con esporol 24 hs.</u>	
12.-	<u>Dosis empíricas de THC y Cocaine en Orina</u>	
13.-	<u>Hu, Hb, Dto. Glucosa, Colesterol. Perfil hepático. Ex. Orina completa</u>	
14.-	<u>Control de Peso q/7 días</u>	
15.-	<u>Uso de triacán lipídicos y galletas.</u>	

[Signature]
 Dra. CNQ Esquerre Alicia Victoria
 Médico Psiquiatra
 CMP: 12100

Anexo 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS PARTICIPANTES¹

Yo _____, he sido informado (a) por José Manuel Villanueva Alvarado estudiante de la carrera de Psicología de la Universidad Privada del Norte (UPN), que realiza un trabajo de investigación acerca del deterioro cognitivo en una clínica privada del distrito de Lima Metropolitana, es por lo que accedo a participar voluntariamente para colaborar con el proceso de investigación. A su vez he sido informado que se reserva mi identidad en dicho proceso de recolección de datos. Si tengo alguna duda sobre este proyecto, puedo hacer preguntas en cualquier momento.

Desde ya le agradecemos su participación.

Firma del paciente.

¹ Por la condición legal de los participantes esta plantilla no se utilizó.

Anexo 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS (INSTITUCIÓN)²

Yo _____ identificado con DNI _____, en mi calidad de _____ de la empresa/institución _____ con R.U.C N° _____, ubicada en la ciudad de Lima, Perú.

OTORGO LA AUTORIZACIÓN,

Al señor José Manuel Villanueva Alvarado identificado con DNI N°72937397, egresado de la carrera de Psicología, para que utilice la información del área de Departamento de Psicología de esta empresa/institución; con la finalidad de que pueda desarrollar su Trabajo de Investigación y de esta manera optar al grado de Licenciado.

..... de.....del 20....

Firma del Representante de la Empresa
DNI:

El Egresado declara que los datos emitidos en esta carta y en el Trabajo de Investigación son auténticos. En caso de comprobarse la falsedad de datos, el Egresado será sometido al inicio del procedimiento disciplinario correspondiente; y asimismo, asumirá toda la responsabilidad ante posibles acciones legales que la empresa, otorgante de información, pueda ejecutar.

Firma del Bachiller
DNI:

² Esta plantilla si fue utilizada para las disposiciones éticas de la investigación.