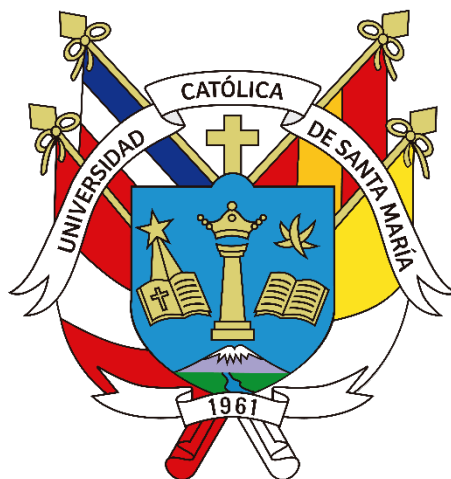


“Universidad Católica de Santa María” Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



RELACIÓN ENTRE EL PRONÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, DETERIORO COGNITIVO Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO AYELÉN, AREQUIPA - 2022

Tesis presentada por la Bachiller:

Mallma Gómez, Ana Milagros

para optar el Título Profesional de:

Médica Cirujano

Asesor (a):

Dra. Llaza Loayza, Elisa Gloria

Arequipa – Perú

2023



UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MEDICINA HUMANA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 21 de Diciembre del 2022

Dictamen: 006790-C-EPMH-2022

Visto el borrador del expediente 006790, presentado por:

2015152132 - MALLMA GOMEZ ANA MILAGROS

Titulado:

**RELACIÓN ENTRE EL PRONÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, DETERIORO COGNITIVO Y
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
COMUNITARIO AYLÉN, AREQUIPA - 2022**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1821 - ALVARADO DUEÑAS ELVIS FELIPE
DICTAMINADOR**



**2244 - ZEVALLOS RODRIGUEZ JUAN MANUEL
DICTAMINADOR**



**2545 - QUIÑONES HERMOSA ANGELA GRISELDA
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA.

La presente Tesis con amor para mis padres y hermana que estuvieron en cada peldaño de mi carrera apoyándome y brindándome amor incondicionalmente. A los ángeles que me acompañan desde el cielo, Donita y Raúl, que me enseñaron a amar la profesión, dándome la oportunidad de acompañarlos en sus últimos días, por darme esa sabiduría, ejemplo y guía en este camino de la vida.

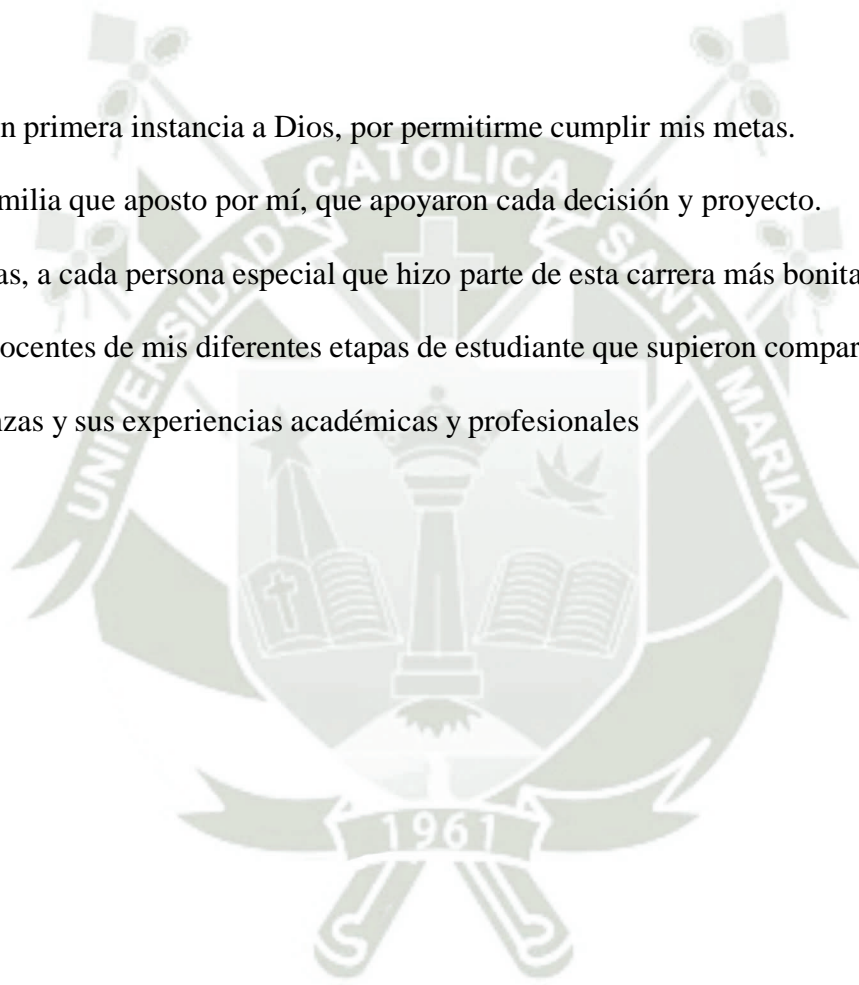
AGRADECIMIENTO

Como en primera instancia a Dios, por permitirme cumplir mis metas.

A mi familia que apostó por mí, que apoyaron cada decisión y proyecto.

Y gracias, a cada persona especial que hizo parte de esta carrera más bonita.

A mis docentes de mis diferentes etapas de estudiante que supieron compartir sus enseñanzas y sus experiencias académicas y profesionales



RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene el propósito de efectuar un estudio sobre la relación del Pronóstico de la Esquizofrenia con el Deterioro Cognitivo y las características sociodemográficas; evaluado en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Ayelén, habiéndose realizado una investigación de campo, con la finalidad de observar el comportamiento de los pacientes que padecen dichas patologías, al mismo tiempo se aplicaron instrumentos de medición de alta especialización que fueron adaptables para nuestra realidad, para medir la Esquizofrenia, se empleó el instrumento Strauss Carpenter y para el deterioro cognitivo, se usó el instrumento Neuropsi y Moca.

En mayor porcentaje los pacientes estudiados son aquellos que presentan un pronóstico favorable con niveles moderado y normal, asimismo, en igual porcentaje y cantidad, en pacientes con pronóstico no favorable, presentan un nivel severo.

Existe una relación significativa entre el pronóstico de esquizofrenia y el nivel de deterioro cognitivo, que equivale a señalar que, a mayor nivel de esquizofrenia, mayor deterioro cognitivo. Asimismo, existe correlación significativa entre el nivel Strauss y Carpenter (pronóstico de esquizofrenia) y MoCa (nivel de deterioro cognitivo), concluyéndose que, a mayor nivel de esquizofrenia, mayor deterioro cognitivo.

Sólo existe correlación entre la variable sociodemográfica nivel de instrucción y el Pronóstico (Strauss y Carpenter), Niveles Neuropsi y Niveles Moca, siendo esta significativa y directamente proporcional, más no así con las variables sexo, edad, con quién vive y ocupación, con quienes no existe correlación positiva alguna. Se concluye que, a mayor nivel de instrucción, mejor pronóstico.

Palabra claves: esquizofrenia, deterioro cognitivo, capacidades cognitivas.

ABSTRACT

The purpose of this research work is to carry out a study on the relationship between the prognosis of schizophrenia and cognitive impairment and sociodemographic characteristics; evaluated in patients of the Ayelén Community Mental Health Center, having carried out a field research, with the purpose of observing the behavior of patients suffering from these pathologies, at the same time, highly specialized measuring instruments were applied which were adaptable to our reality, to measure Schizophrenia, the Strauss Carpenter instrument was used and for cognitive deterioration, the Neuropsi and Moca instruments were used.

The highest percentage of the patients studied are those with a favorable prognosis with moderate and normal levels, while the same percentage and number of patients with a poor prognosis have a severe level.

There is a significant relationship between the prognosis of schizophrenia and the level of cognitive impairment, which is equivalent to indicating that the higher the level of schizophrenia, the greater the cognitive impairment. Likewise, there is a significant correlation between the Strauss and Carpenter level (schizophrenia prognosis) and MoCa (level of cognitive impairment), concluding that the higher the level of schizophrenia, the greater the cognitive impairment.

There is only correlation between the socio-demographic variable level of education and Prognosis (Strauss and Carpenter), Neuropsi Levels and MoCa Levels, being significant and directly proportional, but not with the variables sex, age, living with and occupation, with which there is no positive correlation whatsoever. It is concluded that the higher the level of education, better prognosis.

Keywords: schizophrenia, cognitive impairment, cognitive abilities.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO.....	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO 1 PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1. Determinación del problema.....	14
1.2. Enunciado del problema.....	16
1.3. Descripción del problema.....	16
1.4. Justificación.....	17
2. OBJETIVOS.....	17
2.1. Objetivo general.....	17
2.2. Objetivos específicos.....	18
3. MARCO TEÓRICO.....	18
3.1. Conceptos Básicos.....	18
3.1.1. Esquizofrenia.....	18
3.1.2. Deterioro cognitivo:.....	25
3.2. Revisión de antecedentes investigativos:.....	30
4. Hipótesis General.....	40

4.1 Hipótesis Específicas:	40
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	41
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	42
1.1. Técnicas	42
1.1.1. Análisis de tipo cuantitativo:.....	42
1.1.2. Análisis estadístico:.....	43
1.2. Instrumentos.....	43
▪ Neuropsi:	43
▪ MoCA:	44
▪ Strauss y Carpenter:.....	44
1.3. Materiales de verificación.....	44
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	45
2.1. Ámbito	45
2.2. Unidades de estudio	45
2.3. Temporalidad	46
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	47
3.1. Organización:.....	47
3.2. Recursos:.....	47
CAPÍTULO III RESULTADOS	48
DISCUSIÓN	64
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES	72

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	78



INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un problema que aqueja a un amplio sector de la población, siendo así que las personas que la padecen presentan distintas alteraciones en sus procesos cognitivos, estas personas suelen tener delirios y alucinaciones las cuales piensa que son reales, estos pacientes suelen alejarse de la sociedad de manera radical, además si no se les brinda un correcto tratamiento para poder tratar sus problemas pueden causar problemas no solo en su salud, sino más allá de esta, como su vida social o laboral. La esquizofrenia ha sido estudiada por múltiples profesionales dentro de la salud mental, siendo considerada por ellos como uno de los trastornos que ha sido de los más incapacitantes dentro de la sociedad, haciendo así que las personas que lo padecen vean el deterioro de su funcionamiento dentro de la sociedad y su empleo.

Mientras que el deterioro cognitivo es un problema psicológico que se basa en el deterioro de las funciones cognitivas superiores, siendo la pérdida de la memoria la más relevante, se suele dar más a menudo en las personas que tienen una edad avanzada, pero también en personas que padecen de algún trastorno mental.

Se ha visto por varias investigaciones que las personas que sufren de esquizofrenia padecen de deterioro cognitivo, si bien es cierto, que estos trastornos han sido tratados de forma colateral, nuestro interés, se trata de la medicina, de saber si existe una relación entre la esquizofrenia y el deterioro cognitivo, puesto que pareciera en cierta manera, un divorcio entre ambas, pero debido a los avances de la ciencia, ha permitido contar con nuevos instrumentos, siendo el caso de la esquizofrenia el instrumento de Strauss Carpenter, Neuropsi y Moca, que nos validen una relación entre ellas.

Teniendo los resultados del caso nos brinda un panorama amplio, que existe una conexión, donde el paciente al presentar síntomas de esquizofrenia impacta negativamente en el deterioro cognitivo, como es el caso principalmente de la memoria y la atención que empieza

a deteriorarse, pues al tratar de llevar un estudio sobre este tipo de enfermedad, es necesario que se debe apelar a la parte neurológica, siendo enfocada el control neural en el cerebro.





CAPÍTULO 1

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Determinación del problema

Los estudios de la esquizofrenia juntamente con el deterioro cognitivo se encuentran relacionados con la salud mental, que actualmente ha cobrado mayor impulso, debido a una serie de factores que el mundo globalizado está experimentando; a la par vemos que los cambios socioeconómicos, políticos, culturales han provocado modificaciones en los estilos de vida del hombre dentro de la sociedad.

Por lo tanto, las diferentes áreas del conocimiento se han ido perfeccionando, a la actualidad, mucho de los problemas que aqueja a la sociedad, son tratados de forma multidisciplinaria, como es el caso de la esquizofrenia y el deterioro cognitivo que vienen siendo estudiados por distintas ramas de la ciencia, entre estas la medicina, la psicología y la sociología.

Pero en este caso se encuentra centrado a la medicina humana y su sobre todo en su rama: la psiquiatría, por lo que podemos tomar a Kraepelin, quien nos indicó que la esquizofrenia es una “demencia precoz”, ya que esta muestra consigo un deterioro de las funciones cognitivas. A su vez podemos tomar en cuenta lo que nos dice Bleuler, quien definió y describió a la esquizofrenia como un trastorno que presenta pérdida de la capacidad para asociar.

Actualmente en nuestro país se ha estimado que cerca de 280 mil personas sufren de esquizofrenia y de estas solo el 62% tiene un diagnóstico y tiene un tratamiento, pero los demás que quedan no tienen un acceso a los servicios de salud o ser atendidos por un médico que pueda ayudarlos de manera adecuada. Muchos especialistas de la salud indican que la esquizofrenia puede venir acompañada de psicosis, delirios y alucinaciones de tipo auditivo, además de alteraciones en su conducta y en algunos casos también puede presentar agitación. Se sabe que la terapia para poder afrontar la esquizofrenia es muy importante para que las personas que la

padecen puedan ser funcionales, por lo que si tienen una terapia adecuada pueden llegar a superar las distintas dificultades que se presentan por la enfermedad, por lo que se suele priorizar la capacitación dentro de lo social y lo laboral. Dentro de estos casos también es muy importante poder brindar una psicoeducación adecuada a las personas dentro de la familia, para que estos comprendan como se puede manejar de manera adecuada la enfermedad y así poder relacionarse con sus familiares que padecen de esquizofrenia (1).

Ahora bien, al referirnos al pronóstico de la esquizofrenia pues suele verse variado, siendo que la de tipo desorganizado tiende a ser la más grave y con peor pronóstico, mientras que la paranoide suele verse como la menos grave. Una herramienta bastante necesaria para la mejora del pronóstico de los pacientes esquizofrénicos es la rehabilitación de tipo cognitivo, la que ayuda mejorar los niveles de las funciones cognitivas básicas, haciendo que se pueda presentar un aumento de en el funcionamiento cognitivo de las personas que sufren de esquizofrenia. Por último, es necesario comentar que aquellos pacientes que tienen algún otro trastorno crónico complejo tienden a tener un pronóstico mucho peor (2).

Ahora bien, hablando del deterioro cognitivo es un padecimiento que la población mayor a los 60 años del Perú la sufre, siendo así que un total de 10.4% de esta población lo presenta. Según la OMS, alrededor del 15% de los adultos de 60 años o más tienen un trastorno mental, entre los que destacan la demencia y la depresión. Se ha demostrado que el riesgo de desarrollar demencia en personas con deterioro cognitivo leve es de alrededor del 12% de la población por año.

Al observar las investigaciones entre la esquizofrenia y el deterioro cognitivo, se ha podido ver como el coeficiente intelectual de las personas en algunos casos es normal, mientras que en otros se puede ver que decreció en relación a la población general, de la misma manera se puede decir que en los estudios de corte transversal se puede identificar un déficit intelectual al momento de presentarse síntomas de la esquizofrenia, mientras que los estudios

longitudinales nos muestran que no existe undeclive, más se podría indicar que puede existir una mejora dentro del cociente intelectual a lo largo del tiempo. El deterioro cognitivo puede ser definido como un declive dentro de las funciones cognitivas superiores, siendo así que las alteraciones pueden deberse al envejecimiento o a otros factores, como en el caso de esta investigación ha podido ser vista dentro de la esquizofrenia, siendo así que esta manifestación puede ser expresada por la pérdida de memoria, y habilidades dentro del lenguaje y el razonamiento de una persona (3).

En síntesis, se desea explorar si la esquizofrenia tiene una relación con el deterioro cognitivo en los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Ayelén, pero apegando esta investigación más a la psiquiatría, y asimismo desde un enfoque sociodemográfico donde este tipo de enfermedad se presenta no solo en la tercera edad, sino en cualquier etapa del desarrollo humano, y así mismo otras características, ya sean culturales, etnia, entre otros.

1.2. Enunciado del problema

¿Existe alguna relación entre el pronóstico de la esquizofrenia, el deterioro cognitivo y las características sociodemográficas en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Ayelén – Arequipa 2022?

1.3. Descripción del problema

Por lo detallado anteriormente surgió la interrogante de saber si podría existir un deterioro cognitivo dentro de la esquizofrenia, hay varias investigaciones que sugieren una relación entre los síntomas negativos presentados por la esquizofrenia y el deterioro cognitivo. Se pueden encontrar múltiples factores que influyen dentro de esto siendo uno de los principales la vulnerabilidad y la estabilidad, otro de estos puede encontrarse vinculado a

los episodios de reagudización, por último, un factor puede deberse a la fase residual de la esquizofrenia y sería el que se puede moldear de mejor manera mediante los tratamientos de rehabilitación (4). Además, se quiere saber cuál es la relación con los factores sociodemográficos, ya que estos podrían influir dentro de este deterioro o en la sintomatología de la esquizofrenia.

1.4. Justificación

La presente investigación busca ser realizada debido a los aportes que puede brindar dentro de la comunidad académica, los datos que se obtengan contribuirán con nuevos programas o planes de intervención hacia los pacientes con esquizofrenia que presentan deterioro cognitivo, además podrá mejorar la atención hacia dichos individuos ya sea por esquizofrenia u otra alguna alteración mental.

El presente trabajo se realiza para evitar complicaciones u problemas sociales, relacionados al déficit por deterioro mental y/o esquizofrenia, lo cual conllevaría a diversidad de problemas en todos los ámbitos sociales

La factibilidad del proyecto yace en las facilidades de su ejecución, además es una investigación de índole social de poco presupuesto y una metodología completamente aplicable.

Bajo propio criterio, considero importante realizar este tipo de investigación, para colaborar con la salud mental nacional y local; hoy en día muchos enfermos mentales están abandonados, carentes de terapias y medicamentos necesarios.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre el pronóstico de la esquizofrenia, el deterioro cognitivo y las características sociodemográficas en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Ayelén – Arequipa 2022.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar la correlación entre el pronóstico de esquizofrenia y el nivel de deterioro cognitivo en pacientes del centro de salud mental comunitario Ayelén de Arequipa 2022.
- Identificar la correlación entre las características sociodemográficas en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia evaluados en usuarios del centro de Salud Mental Comunitario Ayelén – Arequipa 2022.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos Básicos

3.1.1. Esquizofrenia

Definición:

La esquizofrenia es un trastorno mental de nivel grave, este se presenta con distorsiones dentro del pensamiento, una percepción errónea de la realidad, emociones patológicas, puede llegar a afectar al lenguaje y a la percepción de la propia persona. Suele venir acompañada de ciertas alucinaciones de tipo táctil, sonoras y visuales, además de presentar delirios (5).

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales que pueden llegar a invalidar a los individuos. Esta llega a ser un gran obstáculo en la vida de las personas debido a que suele ser crónica y muy severa, teniendo repercusiones no solo dentro de la vida social de la persona, sino también en esferas como la económica y social, pues llega a afectar dentro de la eficiencia y eficacia de los individuos. Es así como se puede indicar que del 75% de las personas que padecen de esta enfermedad llegan a tener sus diagnósticos entre los 16 a 25 años de edad. También es importante mencionar que de acuerdo al grado de incapacidad que pueda presentar

esta enfermedad afectara dentro de sus estudios,haciendo que en algunos casos tenga que abandonarlos (6).

Otros autores, describen que la esquizofrenia es un trastorno con multicausalidad que se caracteriza por afectar distintas esferas (emociones, aptitudes y comportamiento) del individuo que afecta dentro de los procesos cognitivos, con incidencia en el 1% dentro de la población en general, viéndose un comienzo de enfermedad temprana en los varones entre los 15 -25 años de edad, con un mal pronóstico y pésima adherencia al tratamiento; mientras que en las mujeres se da entre los 25 – 35 años de edad, siendo que cuando se llega a diagnosticar permanecerá con esto por toda su vida (7).

Síntomas de la esquizofrenia:

El NIH (2021) nos indica que los síntomas fluctúan entre cada individuo que la padece, pero se le puede catalogar en tres grandes grupos, los cuales deben ser tomados en cuenta para un debido diagnóstico (8).

1. SÍNTOMAS PSICÓTICOS: el individuo percibe el mundo de manera distorsionada, perdiendo su realidad. Siendo la duración de estos de manera temporal o recurrente e incluso estabilizándose a través de los años. Estos incluyen:

- Alucinaciones: el paciente observa, siente, percibe, olfatea cosas que no son reales.
- Delirios: presenta creencias que son irracionales para los demás.
- Trastorno del pensamiento: desorganización al formar las ideas y al expresarla, siendo ilógicas para su entorno.
- Trastorno del movimiento: adopción de posturas extrañas y ralentización de los movimientos.

2. SÍNTOMAS NEGATIVOS: presenta desinterés en su rutina diaria, dificultad para poder experimentar interacción, no se ciñe dentro de lo cotidiano, problemas del lenguaje y la expresión facial, problemas de socialización.

3. SÍNTOMAS COGNITIVOS: compromiso de las funciones mentales superiores, en mayor instancia la atención, concentración y memoria. Que dificulta el procesamiento de la información y la creación de nuevos procesos sinápticos.

En contraste a lo mencionado por la NIH, también podemos observar en otra instancia por la OMS que nos describirán características que presentan las personas con esquizofrenia.

- Ideas delirantes con persistencia
- Alucinaciones frecuentes y persistentes
- Vivencia de influencias, control o pasividad: La persona con esquizofrenia piensa que las vivencias que han tenido no son propias, sino que alguien se la ha implantado en su mente.
- Razonamiento desorganizado: el discurso suele verse afectado.
- Comportamiento muy desorganizado.
- Síntomas negativos: problemas dentro del lenguaje, baja socialización, dificultades para poder experimentar interés, problemas de socialización.
- Agitación extrema.
- Ralentización de movimientos.
- Adopción de posturas extrañas.

Comparación de la esquizofrenia entre el CIE – 11 y el DSM – V para la esquizofrenia:

Se realizó una comparación entre ambos manuales diagnósticos para la esquizofrenia, buscando así las diferencias que podrían existir para el diagnóstico. En primera instancia se vio que se quitaron los subtipos ya que en ambos se explicaron que no era de mucha utilidad para poder establecer un diagnóstico, siendo así que solo se usaban el diagnóstico de indiferenciado y paranoide. También se pudo colocar un apartado para poder realizar una evaluación a cada uno de los síntomas, los cuales fueron divididos en 8 tipos: alucinaciones, delirios, discurso, desorganizado, comportamiento, psicomotor anormal y lenguaje desorganizado.

Se retiró a la catatonia como subtipo de esquizofrenia, indicando dentro del CIE 11 que esta se puede dar debido a los distintos trastornos, sustancias y algún tipo de condición médica. Mientras que el DSM V considera también que puede deberse a las patologías mentales y en algunos casos una forma no especificada. Dentro de las diferencias de criterios diagnósticos dentro del DSM V se pueden encontrar que va a requerir de problemas psicóticos con duración de un mes como mínimo, además indica que los síntomas residuales deben permanecer durante 6 meses. También la baja de funcionalidad tanto social como en vida personal siguiendo un criterio dentro del DSM V. El CIE nos relata que si existe algún déficit no es en base a la presencia de esquizofrenia (9).

Neurobiología de la esquizofrenia

Se presentaron distintas teorías acerca de la neurobiología dentro de la esquizofrenia, siendo los siguientes:

Hipótesis dopaminérgica:

Esta hipótesis se encuentra centrada en como la abundancia y exceso de dopamina puede generar sensibilidades dentro de los neurotransmisores, siendo así que la medicina usada para poder combatir con los efectos psicóticos presentes dentro de la esquizofrenia tenía una relación con los receptores de dopamina. Siendo así que la vía mesolímbica se ve regulada, mostrando que al verse mermadas puede provocar que no se den las conductas agresivas y hostiles que pueden presentar los individuos que padecen de esquizofrenia. A esto se le puede sumar la vía mesocortical, la cual al no recibir este exceso de dopamina se puede ver reducidos los síntomas afectivos dentro de la esquizofrenia. Por último, es necesario mencionar como esta poca regulación dentro de la producción de dopamina podría ser debido al fracaso de la corteza prefrontal.

Hipótesis serotoninérgica:

La serotonina puede tener un papel desestabilizador dentro de la esquizofrenia, debido a que puede estar relacionada a los síntomas negativos que se presentan dentro de la misma, es por esto que al usarla para poder inhibir la transmisión puede hacer que estos síntomas desaparezcan.

Hipótesis del Neurodesarrollo:

Existen algunas investigaciones las cuales plantean que la esquizofrenia se encuentra dentro del desarrollo neurológico, en la que hubo alguna adversidad y llegando a darse de esta manera los síntomas presentados. Dentro de estas adversidades se puede encontrar diferenciación y migración de precursores neuronales, proliferación de dendritas y axones, muerte celular programada o apoptosis y poda sináptica. Es por esto que se puede indicar que las personas con esquizofrenia pueden tener una alteración dentro de su neurodesarrollo, lo cual pudo haber sido quizás por la genética o por el ambiente, o quizás una relación entre estos

dos, ya que una lesión podría provocar que el cerebro no se desarrolle de manera apta, por lo cual se podrían encontrar estas respuestas dentro de una persona adulta (10).

Fases de la esquizofrenia:

Se muestra las distintas fases que se dan dentro de la esquizofrenia:

Primer episodio:

Se muestra cómo va teniendo un inicio gradual, en el cual se ve como el desarrollo es ralentizado, pero a su vez este es crónico y progresivo, en el cual se observa el deterioro dentro de las habilidades cognitivas del individuo. El individuo comienza a empeorar a medida en la que presenta los síntomas y signos. Se suele observar patrones dentro del control de salud, las actividades, los ciclos de sueño, la conducta, entre otros.

Fase Aguda:

Al haberse presentado los síntomas anteriormente mencionados, durante esta etapa se suele ver como estos comienzan a ser más persistentes con el tiempo se dan con una prevalencia mucho mayor.

Fase de estabilización:

Los signos y síntomas de la fase aguda se comienzan a estabilizar y a reducirse su nivel, tiende a durar 6 meses.

Fase estable:

Todas las características anteriormente mencionadas son estables, por lo que ya no se ve un riesgo como en primera instancia, en esta etapa se suele ver otras patologías como la ansiedad o depresión, los cuales se puede apreciar como sintomatología no psicótica (11).

Tipos de esquizofrenia

Se presenta tipos de esquizofrenia, dentro de los cuales se presenta ciertas características específicas (12).

Esquizofrenia paranoide:

Dentro de esta el paciente comenzara a presentar delirios, alucinaciones detipo auditivo, momentos de frustración que van de la mano con la ira y la violencia. Dentro de esta el paciente no presentara alteraciones en el discurso, ni el pensamiento. Además, los cambios de comportamiento y afectivos no se ven.

Esquizofrenia desorganizada:

El individuo presentara un lenguaje y pensamiento desorganizados, sus ideas no siguen una idea coherente, por lo que se suele presentar incoherencia al hablar o pensar. Tiene problemas de socialización ya que no comprende de manera adecuada el ambiente que tiene a su alrededor.

Esquizofrenia catatónica:

Caracterizado por la catatonia, con abundantes síntomas negativos y acompañados de otros, como es la ecolalia y ecopraxia.

En revisiones recientes no es considerado como tipo de esquizofrenia, sino como un determinante, por presentarse en otros trastornos de la salud mental.

Esquizofrenia indiferenciada:

Para aquellas que su sintomatología no encaja en los tipos antes detallados.

Esquizofrenia residual:

Individuos con sintomatología leve sin presentar delirios, alucinaciones, desorganización o catatonia evidente.

3.1.2. Deterioro cognitivo:

Definición

El deterioro puede ser definido como un síndrome clínico el cual tendrá características como la pérdida o deterioro de funciones mentales, se puede ver que las personas que lo padecen comienzan a presentar problemas de memoria, orientación, calculo, comprensión, juicio, lenguaje y reconocimiento visual. Este deterioro comienza a hacer que los procesos mentales superior se vean mermados y el paciente se puede dar cuenta de esto, pero no lo puede confirmar de ninguna manera, se suele presentar en trastornos como los que pueden ser la depresión o algún tipo de déficit, también puede surgir por parte de la ingesta de algunos medicamentos. En este punto solemos confundir el deterioro cognitivo con la demencia, pero tienen diferencias dentro de la neuropsicología y neuropsiquiatría, haciendo que las funciones mentales se vean disminuidos, pero además también se pueden presentar cambios dentro del comportamiento del sujeto. Entonces podríamos decir que la demencia es más bien una pérdida adquirida que presenta una alta severidad para la persona dentro de sus ambientes sociales y laborales. Al ser tan parecidos lo mejor es diferenciarlos por su grado de severidad y como llegan a afectar al individuo (13).

Por lo que podríamos definir el deterioro cognitivo como la presentación de funciones cognitivas superiores dañadas, pero sin llegar a cumplir con todos los criterios para poder ser considerada un tipo de demencia.

Epidemiología del deterioro cognitivo leve:

Se ha visto en dentro de la población mundial, pudiendo presentarse desde una tasa del 1% hasta el 28.3%, esto debiéndose en su mayoría a como se han realizado las investigaciones y

como se ha tomado las distintas muestras, además también se puede ver por la edad que puede tener la muestra y hasta el área donde viven, siendo la urbana o rural. Esta aparición se suele ver mientras las personas envejecen más, mostrándose de esta manera que el 10% de la población de edades que van de los 70 a 79 años presentan deterioro cognitivo, mientras que las personas que tienen 80 a 89 tienen una prevalencia del 25%, viéndose así que de 5.1 a 13.7 de 1000 personas sufren de deterioro cognitivo (14).

Dentro de América Latina los estudios realizados para esta variable no se dan mucho, viéndose así que las únicas pruebas relevantes son la presentada en Argentina en la que se observó que un 13.6% de personas mayores a los 50 años de edad presentan deterioro y la presentada en Colombia la cual mostro una prevalencia del 9.7%. Dentro del Perú encontramos que se puede presentar en pacientes geriátricos con un total de 20% y 28%. (14)

Criterios diagnósticos:

La Sociedad Andaluza de Neurología nos presentan ciertos criterios que hay que tomar en cuenta para poder llegar a un correcto diagnóstico acerca del deterioro cognitivo, para a su vez no confundirlo con la demencia (15).

- Se puede presentar múltiples déficits dentro de las funciones cognitivas, incluyendo problemas de la memoria
- Afasias, apraxia, agnosia o alteración de las funciones ejecutivas.
- Este déficit debe provocar problemas dentro de la socialización y en el ámbito laboral.
- Muestran una disminución dentro de las actividades.
- No se puede diagnosticar esto si se ha visto durante un delirium o un trastorno depresivo.

- Se debe presentar un declive dentro de lo cognitivo con respecto a los anteriores niveles mostrados.
- Se ve la atención deteriorada, las funciones ejecutivas, el aprendizaje, la memoria, entre otros.

3.1.3. Evaluación cognitiva de la esquizofrenia:

Dentro de los trastornos cognitivos relevantes en pacientes diagnosticados con esquizofrenia se ve afectado la memoria declarativa, las funciones ejecutivas y la atención sostenida, es por ello la discapacidad de los pacientes, por lo que es imprescindible una evaluación específica, relacionando los trastornos cognitivos de la esquizofrenia y el trastorno formal del pensamiento y la falta de conciencia de la enfermedad.

En los últimos años se ha tratado de identificar los factores que puedan inferir dentro de la clínica y en el funcionamiento de pacientes diagnosticados con esquizofrenia; para lo cual se empleó una batería de instrumentos para la evaluar la cognición en la esquizofrenia que abarque los 7 dominios (16).

1. Velocidad de procesamiento
2. Atención y vigilancia
3. Memoria de trabajo verbal y no verbal
4. Aprendizaje verbal
5. Aprendizaje visual
6. Razonamiento y ejecución de problemas
7. Cognición social

La evaluación cognitiva o las pruebas para conocer el estado mental hace que se puedan detectar mediante herramientas usadas dentro de la psicometría; Entre estas pruebas se pueden

encontrar el test de Mini Mental (Mini Mental State Test- MMSE) fue desarrollado por Folstein y McHugh en 1975, esta prueba puede evaluar el comportamiento, la orientación, la actitud, la percepción, el juicio, abstracción y percepción individual. El deterioro neurocognitivo es una característica central de la esquizofrenia y se encuentra estrechamente relacionado con los resultados funcionales. La importancia de la evaluación cognitiva es ampliamente aceptada hoy en día y una herramienta de evaluación cognitiva respaldada por la internacionalización y la facilidad de uso son esenciales para los investigadores y en la práctica clínica diaria.

Dentro de la investigación actual se usó el test de MOCA el cual también puede evaluar cómo se da el deterioro cognitivo, evaluando así distintos procesos cognitivos como los que pueden ser la atención, concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, entre otros. Esta prueba cuenta con una confiabilidad muy alta, lo cual le permite ser tomado dentro de distintos grupos, además tiene una corta aplicación, fue realizado en 2005 por la universidad McGill y desde que fue publicado fue usado para varias investigaciones y como prueba de tamizaje para poder brindar un correcto examen mental.

3.1.4. Deterioro cognitivo y esquizofrenia:

El deterioro cognitivo en la esquizofrenia es producto del bloqueo de funciones mentales que da comienzo y mantiene acciones facultativas como: la fluidez del habla y el pensamiento, expresión de emociones, comunicación no verbal y la interacción con otras personas.

La esquizofrenia presenta distintos déficits cognitivos, estudios neurocognitivos señalan que yace en el hemisferio izquierdo de la corteza cerebral, donde se realiza el procesamiento de la red atencional, por lo que se les dificulta diferenciar entre información relevante o accesorio.

Otros déficits presentados son en la fluencia verbal (fonológica y semántica) por la disminución de la capacidad de la memoria semántica, en tanto la memoria declarativa se

observa la dificultad para recordar hechos pasados, y en la memoria procedimental se ve el déficit para el aprendizaje continuo (17).

La mayor discapacidad funcional en las áreas afectadas al pasar los años de realizarse el diagnóstico de la enfermedad de esquizofrenia se ven reflejadas en funcionamiento psicosocial; dando como resultado de este déficit: indiferencia y disminución de la expresión emocional, impactando en su cuidado personal, rendimiento académico - laboral y sus relaciones interpersonales.

Es por ello por lo que en investigaciones recientes se considera que además de la sintomatología positiva y negativa de la esquizofrenia, se da la presencia de síntomas cognitivos etiquetados como “epifenómenos” que repercute en los principales dominios cognitivos (18).

- Atención
- Memoria
- Funciones ejecutivas
- Velocidad perceptiva – motora
- Codificación del control mental
- Fluencia verbal
- Inhibición del control

Debido a las distintas investigaciones realizadas dentro del área de la neurociencia se pudo observar que existe un modelo tri elemental, dentro del cual podemos encontrar como el deterioro puede estar presente dentro de la esquizofrenia, siendolos siguientes (4)

- La vulnerabilidad ya que pueden presentarse por la duración que puede tener esto, no se puede vincular a las fases presentadas en la esquizofrenia y también debido a que se debe mejorar los tratamientos dentro de la esquizofrenia.

- La reagudización puede presentarse dentro de cómo se pueden formar los distintos conceptos, se tiene que presentar un déficit en esto, además también dentro de la memoria de procesos y la resolución de problemas.
- El último elemento es el factor residual.

De otro lado, los investigadores señalan que el déficit cognitivo está presente desde la fase temprana de la enfermedad, perdurando o acrecentándose al pasar los años, independientemente del tratamiento recibido, es por ello la importancia la investigación sobre nuevas formas de abordaje terapéutico.

3.2. Revisión de antecedentes investigativos:

Internacionales

La investigación titulada “Deterioros cognitivos en la esquizofrenia: un estudio en una muestra clínica grande utilizando procesamiento del lenguaje natural” desarrollada por Mascio et al. (19), tuvo como objetivo identificar los problemas cognitivos de acuerdo con las historias clínicas de pacientes con esquizofrenia y evaluar su asociación con los resultados clínicos. Tuvieron como población 24.614 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, se realizó: la identificación de las disfunciones cognitivas mediante el NLP (procesamiento del lenguaje natural), la evaluación de su desempeño con la Escala de calificación HoNOS (Escala de Resultados de la Salud de la Nación), el análisis de las trayectorias cognitivas durante todo el tratamiento del paciente, y la evaluación de su relación con factores sociodemográficos y resultados clínicos. Resultados: En cuanto a la prevalencia de deficiencias y perfiles cognitivos, el 55 % presentaba más de un problema cognitivo; los síntomas más mencionados fueron la función ejecutiva con un 53%, seguida de la memoria y la atención con 47% y 44% respectivamente. A cerca de la asociación con factores

sociodemográficos, el procesamiento NLP indicó que los pacientes hombres, de origen no blanco, que viven solos y son desempleados tienen al menos un síntoma registrado; la asociación entre la edad y la cognición no fue relevante por lo que debe examinarse aún más mediante el análisis de trayectorias individuales; por otro lado, la escala HoNOS reveló que la atención y la cognición social son las más prevalentes, el mayor número de síntomas registrados fueron en pacientes menores de 40 años, posiblemente debido a que ciertas disfunciones cognitivas, como los trastornos de atención, tienen más probabilidades de ser detectadas y tratadas en entornos educativos. Sobre la asociación con el resultado clínico (número de ingresos hospitalarios y duración de la estancia), según HONOS y NLP los síntomas cognitivos se asocian con una mayor probabilidad de ingreso, así como con una mayor duración de la hospitalización; así mismo, se mostró una reducción de la frecuencia y la duración de las hospitalizaciones en aspectos como ser mujer, trabajar, casarse o vivir en pareja y no presentar problemas en la vida diaria, relaciones y síntomas positivos. De acuerdo con los síntomas cognitivos trayectorias, el NLP especificó que pacientes hombres, de origen no blanco, educados y que viven solos tuvieron más probabilidades de mostrar mayores alteraciones cognitivas al ingreso y/o un empeoramiento más rápido de los problemas con el tiempo, revelando que los problemas cognitivos empeoran con la edad. Finalmente, la comparación entre los modelos HoNOS y NLP informa aún más la asociación de la educación y la edad con las deficiencias cognitivas e indican una disminución más lenta de la función cognitiva para los pacientes con educación, sin embargo, los pacientes educados tienen en promedio un 5 % más de menciones de problemas cognitivos en el texto libre al inicio del estudio (lo que probablemente corresponde a cuando eran estudiantes). Conclusión: Se demostró que los problemas cognitivos son comunes en pacientes con esquizofrenia y se pueden extraer de manera confiable de los registros clínicos utilizando el procesamiento del lenguaje natural y están asociados con resultados clínicos adversos.

La investigación llamada: “Relación entre esquizofrenia y deterioro cognitivo en pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, año 2019” realizada por Aguilar (4) tuvo como objetivo determinar la prevalencia de deterioro cognitivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, usando una investigación de diseño epidemiológico analítico transversal con muestreo secuencial, en un total de 132 personas a las que se les aplico el Test de MiniMental. Resultados: En edad tenemos una media de 48.63 años, con una desviación estándar de 13.3 años. El 85% de pacientes con esquizofrenia tienen deterioro cognitivo, frente a un 15% que no lo tiene. El subtipo más prevalente de esquizofrenia fue de tipo Paranoide con el 58.22%. El deterioro cognitivo fue más prevalente a mayor edad del diagnóstico de esquizofrenia. El deterioro cognitivo es más prevalente en pacientes con mayor edad, la distribución porcentual de sexo es de 47% mujeres, 53% hombres. El estado civil soltero fue el más prevalente 68%. El 38% no tuvo escolaridad frente a un 62% que la tuvo. Conclusiones: Al realizar el análisis de deterioro cognitivo de acuerdo a la edad en rangos, y aplicar t de dos proporciones encontramos que si existe relación significativa entre deterioro cognitivo y rango de edad del paciente siendo mayor en pacientes entre 41 a 65 años; Esta relación fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$); por lo tanto, se logró demostrar la hipótesis propuesta en el presente trabajo. En esta investigación no se encontró significancia estadística para relacionar el deterioro cognitivo con; el tiempo de diagnóstico de esquizofrenia, soporte familiar y sexo. Al aplicar t de dos proporciones en estas relaciones se encontró que no existe diferencia en la proporción de las poblaciones $p > 0,05$. El deterioro cognitivo fue más prevalente en pacientes solteros, sin escolaridad. Conclusión: El deterioro cognitivo y la esquizofrenia tienen una relación significativa, por lo que se pudo aceptar la hipótesis del trabajo.

En el estudio titulado “Cambio cognitivo en la esquizofrenia y otras psicosis en la década posterior al primer episodio”, Zanelli et al. (20) tuvieron como objetivo examinar si los pacientes con esquizofrenia experimentan deterioro cognitivo después del primer episodio, si este deterioro es generalizado o se limita a funciones neuropsicológicas individuales y si el deterioro es específico de la esquizofrenia. Como método se empleó una batería neuropsicológica en la presentación índice y en el seguimiento a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (N=65) u otras psicosis (N=41), así como a sujetos sanos de comparación (N=103). Los participantes procedían de un estudio de casos y controles basado en la población de pacientes con un primer episodio de psicosis que fueron seguidos prospectivamente hasta 10 años después de la primera admisión. Resultados: El grupo de esquizofrenia presentó disminuciones en el coeficiente intelectual y en las medidas de conocimiento verbal y de memoria, pero no en la velocidad de procesamiento ni en las funciones ejecutivas. Las alteraciones de la velocidad de procesamiento y de la función ejecutiva ya estaban presentes en el primer episodio y se mantuvieron estables a partir de entonces. La magnitud de las disminuciones osciló entre 0,28 y 0,66 desviaciones estándar. La disminución en las medidas de memoria no fue específica de la esquizofrenia y también fue evidente en el grupo de pacientes con otras psicosis. Las personas sanas con un coeficiente intelectual bajo no mostraron evidencia de deterioro, lo que sugiere que un deterioro es específico de la psicosis. Conclusiones: Los pacientes con esquizofrenia y otras psicosis experimentan deterioro cognitivo después del inicio de la enfermedad, pero la magnitud del deterioro varía según las funciones cognitivas. Distintos mecanismos resultantes de la enfermedad y/o factores psicosociales pueden ser la base de las deficiencias en diferentes funciones cognitivas.

La investigación titulada: “Funcionamiento social y cognitivo en pacientes con esquizofrenia” realizada por Bedoya (21) tuvo como objetivo identificar la relación que existe

entre funcionamiento social (FS) y funcionamiento cognitivo (FC) en pacientes con esquizofrenia mediante la evaluación del funcionamiento social (SFS) y deterioro cognitivo (MoCA y SCIP-S). Esta investigación tuvo una metodología no experimental, transversal y correlacional, en la que se evaluaron a 11 varones y a una mujer, de edades entre 22 y 70 años, que presentaron esquizofrenia durante 2 años, a quienes se les aplicó la escala de funcionamiento social (SFS), y para el deterioro cognitivo la escala MoCA y la prueba SCIP-S. Resultados: Se pudo observar que los pacientes tienen una puntuación media de 113 puntos, lo que indica que se encuentran en un nivel medio en la escala de funcionamiento social, para el deterioro cognitivo se pudo encontrar que la puntuación media fue de 18 puntos por lo que se puede indicar un bajo funcionamiento cognitivo. Se encontró que más de la mitad ($n = 7$) presenta un nivel superior de FS y casi el total de la muestra presenta deterioro cognitivo. Al correlacionar FS y FC se encontró que sólo SFS y MoCA se relacionan significativamente, mientras que la SCIP-S no presenta relación con SFS ni con MoCA. Conclusión: Se pudo encontrar que existe una relación entre el deterioro cognitivo y el funcionamiento social, esta relación es de nivel alto.

El estudio titulado “Relación existente entre el deterioro cognitivo y el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia” fue desarrollado por Ashby (22), quien tuvo como objetivo determinar la relación entre el deterioro cognitivo y el pronóstico de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia del área de hospitalización del Instituto de Neurociencias de La Junta de Beneficencia de Guayaquil durante el periodo 2016 – 2017. La investigación fue no experimental, correlacional, cuantitativa, de campo, descriptiva, transversal y retrospectiva; la muestra la conformaron 21 pacientes hombres con esquizofrenia y de edades entre los 20 y 57 años; se empleó el test de evaluación neuropsicológica Neuropsi, la escala pronóstica de esquizofrenia Strauss y Carpenter y se consultó las historias clínicas.

Resultados: La mayoría tiene entre 16 y 30 años (47,6 %), y un 57,1% cuenta con una escolaridad de 10 a 24 años (12 pacientes). La función de orientación refleja el 81% normal, el 9,5% moderado y el mismo porcentaje para la alteración severa. En cuanto a la atención concentración, la mayor frecuencia se encuentra dentro del rango normal (71,4%). A cerca de la memoria de codificación de evocación los mayores porcentajes obtenidos se hallaron en una calificación normal. En cuanto al lenguaje el 90,5% normal y el 9,5% severo. Sobre la lectura escritura el 42,9% mantiene un deterioro moderado, seguido 28,6% dentro de la normalidad y 23,8% tiene un deterioro severo. En razón a las funciones ejecutivas conceptuales y motoras el deterioro entre moderado y severo está presente sobre el 50%. El análisis global del Neuropsi reveló que el 81% de los pacientes (17 evaluados) presentan deterioro cognitivo, siendo el 6,5% leve; el 28,6% moderado y el 42% severo. Y la prueba Strauss y Carpenter halló que las tres puntuaciones más elevadas en el pronóstico corresponden al rango normal y al deterioro cognitivo leve, resultó que la mayoría de los pacientes presentan una tendencia a un pronóstico desfavorable. En cuanto a la relación entre deterioro cognitivo y pronóstico en pacientes con esquizofrenia, 4 no presentan deterioro cognitivo y el 81% de ellos tienen algún tipo de deterioro cognitivo entre leve, moderado y severo, siendo un 42,9% los que presentan este último. El 50% de las puntuaciones del deterioro cognitivo normal, leve y moderado son superiores a la media; y el deterioro cognitivo severo evaluado por el Neuropsi en relación con la Escala pronóstica para pacientes con esquizofrenia arroja un porcentaje inferior a la media de 62,5%. Conclusiones: Se determinó que a mayor deterioro cognitivo el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia es menor, existiendo una correlación inversamente proporcional, cumpliéndose la hipótesis de estudio; así mismo, se reveló que el 81% de pacientes evaluados tiene algún tipo de deterioro cognitivo y que el 57% de estos mismos pacientes tiene una tendencia a un peor pronóstico de esquizofrenia.

Nacionales

En la investigación titulada “Deterioro cognitivo y actividades instrumentales de la vida diaria en personas con diagnóstico de esquizofrenia en un centro comunitario de Lima, 2021” desarrollada por Sánchez (23), el objetivo fue establecer la correlación entre el deterioro cognitivo y el desempeño de las actividades instrumentales de vida diaria en personas con diagnóstico de esquizofrenia pertenecientes al área de Terapia Ocupacional del Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe. El estudio fue cuantitativo, correlacional, descriptivo de corte transversal; se analizaron las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) con la Escala de Lawton y Brody y el deterioro cognitivo con el MMSE en 40 personas con esquizofrenia. Resultados: El 60% son de sexo masculino (24) y el 40% femenino (16), el 52% tienen entre 18 y 29 años (21), la mayoría tienen ocupación estudiantil, siendo el 40% (16), y el 27.5% presenta ante un deterioro cognitivo de carácter leve, una dependencia de categoría ligera. Los resultados finales revelaron que el deterioro cognitivo guarda una relación importante con el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria de la población (p valor = 0.05). Por otro lado, las personas de género masculino son más dependientes y tiene mayor deterioro cognitivo que las personas de género femenino, y gran parte de la población de entre 18 a 29 años presentan, ante un deterioro cognitivo de carácter leve, una dependencia de categoría ligera, en comparación con el grupo etario de entre 41 a 50 años los cuales, presentan, ante un deterioro cognitivo de carácter moderado, una dependencia de categoría tanto moderada, como grave. Finalmente, la mayoría de la población son estudiantes y ante un deterioro cognitivo leve presenta una dependencia ligera, sin embargo, el 30% de ellos ante un deterioro cognitivo leve presentan una dependencia de grave a moderada. Conclusión: El deterioro cognitivo presenta una correlación moderada con el desempeño de las AIVD (p valor = 0.05).

El estudio titulado “Grado de deterioro funcional en pacientes esquizofrénicos paranoides atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo, Perú 2019 -2020” realizado por Mendoza y Muguerza (24) tuvo como objetivo evaluar los grados del deterioro funcional en pacientes esquizofrénicos paranoides con la finalidad aportar al conocimiento de la salud mental. Siendo un estudio descriptivo, transversal, aplicado a 83 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide atendidos en consulta externa, mediante la escala FAST (Functioning Assessment Short Test). Resultados: En cuanto a los grados de deterioro de esquizofrenia según las dimensiones de funcionalidad, se determinó que el grado muy deteriorado solo está presente en las dimensiones de funcionamiento laboral (6%), seguido autonomía (2.4%). La dimensión de funcionamiento laboral presenta mayor frecuencia del grado de bastante deteriorado (48.2%), seguido de la dimensión de autonomía (41%) y las relaciones interpersonales (37.3%). Al relacionar los grados de deterioro funcional general con los años de enfermedad de los pacientes con esquizofrenia paranoide, se encontró asociación significativa ($p < 0.05$). Al relacionar las dimensiones de funcionalidad, solo se encontró que existe asociación con las dimensiones de autonomía y cognitiva ($p < 0.05$). Existe solo asociación entre el número de recaídas por año y el deterioro funcional para la dimensión de autonomía. Conclusión: Los grados del deterioro funcional en pacientes esquizofrénicos paranoides son alarmantes en la institución y periodo de estudio.

La tesis titulada: “Deterioro cognitivo en adultos con esquizofrenia en instituciones psiquiátricas privadas de Lima” presentada por Villanueva (25) se propuso como objetivo “describir la presencia de deterioro cognitivo en pacientes esquizofrénicos internados mediante su desempeño en el Test del Dibujodel Reloj (TDR-M)”, la investigación fue de tipo no experimental, descriptivo- comparativo, de diseño asociativo donde consideraron como

muestra 21 pacientes diagnosticados con esquizofrenia y usaron como técnicas la entrevista, análisis de documentos y Test del Dibujo del Reloj, adaptado a la población peruana en un estudio anterior. Resultados: indican que de los 21 pacientes que oscilan entre las edades de 40 años a más, el 57.1% de los pacientes tienen una mayor frecuencia de deterioro grave en la capacidad cognitiva, incluyendo la comprensión auditiva, planeamiento, memoria visual, conocimiento numérico, pensamiento abstracto, función ejecutiva, atención y concentración y habilidades visoespaciales. No existieron diferencias al comparar el puntaje de los resultados sobre hombres y mujeres, es decir, el compromiso cognitivo no predomina en el paciente según su sexo, afectando a ambos grupos por igual; con respecto al estado civil no se distinguen diferencias significativas entre soltero y casado; con cuanto a la ocupación que mantienen los pacientes tampoco existieron diferencias significativas; sobre los años de internamiento, no se encontraron significancias; y del nivel de instrucción se contempla que no existen diferencias significativas.

El estudio que lleva como título “Funcionamiento global y cognitivo en esquizofrenia Hospital de la Policía Nacional del Perú 2018-2019” realizado por Huarcaya (26) tuvo por objetivo determinar la relación entre el funcionamiento global y el funcionamiento cognitivo en pacientes con esquizofrenia que acuden a la consulta externa del Hospital Nacional de la Policía Luis Nicasio Saenz durante los años 2018-2019. Utilizaron el método cuantitativo correlacional, teniendo una muestra de 53 pacientes esquizofrénicos de quienes se valoró su funcionamiento global mediante el test FAST y su funcionamiento cognitivo a través de la prueba SCIP, también se empleó una ficha de recolección de datos con la historia de la enfermedad. Resultados: El 62.2% de los pacientes fueron varones (34); el 98.1% son solteros (52), el 73.6% no tienen un trabajo actual (39). Se encontró que existe un peor funcionamiento global en pacientes que cuentan con menor nivel educativo ($p=0.005$) y

en pacientes que no tienen un trabajo actual ($p=0.004$). El total del FAST se correlacionó con el tiempo de la enfermedad, obteniendo un $\rho=0.334$, $p<0.05$, y con el número de episodios psicóticos previos con un $\rho=0.354$, $p<0.01$. Así mismo, se evidenció un peor funcionamiento cognitivo en los pacientes que tienen menor nivel educativo ($p=0.000$) y no tienen un trabajo actual ($p=0.017$). El total del SCIP se relacionó con el FAST resultando un valor de $p=0.542$, $p<0.01$. Conclusiones: Los pacientes que cuentan con un mayor nivel educativo y los que tienen un trabajo actual mostraron un mejor funcionamiento global y cognitivo; también se encontró una relación indirecta y significativa de moderada intensidad entre el funcionamiento cognitivo y sus subtest con el funcionamiento global, por lo que un menor nivel de funcionamiento cognitivo guarda relación con mayores dificultades en el funcionamiento diario de los pacientes con esquizofrenia.

En la investigación “Comparación del perfil cognitivo de pacientes con alcoholismo y esquizofrenia”, presentada por Belon et al. (27) se propusieron como objetivo “comparar el rendimiento cognitivo en pacientes con alcoholismo y esquizofrenia”. La investigación fue de tipo observacional comparativo, donde se trabajó con 18 pacientes diagnosticados con esquizofrenia y 32 pacientes con trastornos mentales ocasionados por consumo de alcohol, y con edades de entre 17 y 70 años con una media de 50. Siendo el 70% hombres (35) y 30% mujeres (15); se utilizó la batería neuropsicológica breve Neuropsi, validada en español. Resultados: Los resultados muestran diferencias significativas en función ejecutiva ($U = 154$, $p < 0,05$), memoria ($U = 162,5$, $p < 0,05$) y puntuación global ($U = 164$, $p < 0,05$) entre los dos grupos. Además, se observó que el nivel de escolaridad ($F = 16.327$, $p<0.05$), diagnóstico ($F= 9.154$, $p<0.05$) y número de hospitalizaciones ($F= 7.537$, $p<0.05$) tienen un efecto significativo en el total puntuaciones en el NEUROPSI. Se encontró que los pacientes con esquizofrenia presentan mayores puntajes de deterioro cognitivo. Conclusión:

Los resultados permiten comprender y explicar las dificultades observadas en pacientes con esquizofrenia en cuanto a funciones de regulación conductual y recuperación de información.

4. Hipótesis General

Existe una relación significativa y directamente proporcional entre el pronóstico de la Esquizofrenia, el deterioro cognitivo y características sociodemográficas en pacientes diagnosticados con Esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario Ayelén.

4.1 Hipótesis Específicas:

- Existe correlación significativa entre el pronóstico de esquizofrenia y el nivel de deterioro cognitivo en pacientes del centro de salud mental comunitario Ayelén de Arequipa 2022.
- Existe correlación significativa entre las características sociodemográficas en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia evaluados en usuarios del centro de Salud Mental Comunitario Ayelén – Arequipa 2022.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

Para la recolección de datos que permitieran recabar información y así dar cumplimiento a los objetivos, se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos:

1.1.1. Análisis de tipo cuantitativo:

Se utilizó para obtener datos de los pacientes y sus características y así determinar su ingreso en el proceso de investigación, cumpliendo así los criterios de inclusión y exclusión como datos como edad, escolaridad, diagnósticos clínicos nosológicos. Pruebas estandarizadas e inventarios que nos permite evaluar las variables del problema de investigación relacionadas con el deterioro cognitivo y el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia. Para lo cual se aplicará dos test de evaluación Neuropsicológica y una Escala Pronóstica para la esquizofrenia.

- Evaluación Psicológica Breve en español (Neuropsi), que permitió la evaluación del funcionamiento cognitivo y determinar en qué grado se encontraban los pacientes ya sea normal o deterioro cognitivo Leve, Moderado y Severo.
- Escala Pronóstica Para el deterioro cognitivo será un test psicológico Moca Con la que se logra determinar a través de la puntuación obtenida el deterioro cognitivo o la demencia.
- La escala de Strauss y Carpenter fue desarrollado para poder predecir de una forma eficaz el pronóstico de cada paciente que sufra de esquizofrenia, este instrumento consta de un total de 17 ítems, con una escala Likkert de 0 a 4 puntos.

1.1.2. Análisis estadístico:

Una vez recolectados los datos, son transferidos a un programa estadístico para su codificación y análisis (SPSS). Lo que permite tener una clara organización de los datos. En este caso siendo pacientes clínicos sus nombres fueron cambiados por códigos y así salvaguardar su identidad propia de la ética profesional.

Las pruebas estadísticas que se utilizaron fueron la Rho de Spearman y el chi cuadrado de Pearson para medir el coeficiente de correlación entre las variables y la contrastación de las hipótesis.

1.2. Instrumentos

• Neuropsi:

Evaluación Neuropsicológica Breve en español. (NEUROPSI). Que es un instrumento breve, confiable y objetivo que permite evaluar un amplio espectro de funciones cognitivas en pacientes psiquiátricos con nula, baja o alta escolaridad en sus distintos rangos de edad. Y mantiene una confiabilidad test – re-test de 0.87 además de una validez 91.5% con grupo control y del 95% en sujetos con daño comprobado por Tomografía Axial computarizada (TAC).

Además, Marreros (2022) realizó una adaptación de la prueba del Neuropsi, realizando así cambios dentro los apartados de la adecuación lingüística y cultural de los ítems. Esta prueba consta de 8 dimensiones las cuales se puede resaltar que el CFI tuvo un valor de 0.93. La alfa de Cronbach obtenida fue de 0.8 por lo cual podemos decir que es una prueba bastante confiable (28).

- MoCA:

El instrumento de MOCA fue realizado en el año 1996 realizado por Nasreddinem Philips, Bedirian, Charbonneau Whitehead, Collin, Cummings y Chertkow. El propósito de la prueba se desarrolló para detectar deterioro cognitivo leve (DCL).

La prueba también se puede utilizar para evaluar diferentes dominios cognitivos y calificar la gravedad del deterioro cognitivo. El tiempo aproximado de la prueba es de 10 minutos y se necesita la hoja de la prueba, lápiz, borrador y reloj para poder realizarlo. Su interpretación se encuentra ligado solo a profesionales de la salud mental que tengan experiencia dentro del campo cognitivo.

La prueba ha sido validada con un alfa de Cronbach del 0.891 siendo así que esta prueba tiene una alta confiabilidad, además esta prueba tiene una homogenización entre la escolaridad y la edad de las personas (29).

- Strauss y Carpenter:

Escala Pronóstica para la Esquizofrenia de Strauss y Carpenter (Strauss-Carpenter Scale). Instrumento ampliamente utilizado que evalúa Pronóstico para pacientes con esquizofrenia. Consta de 17 ítems, que incluye distintas variables: grado de ocupación principal (trabajo o estudios), edad de inicio, clase social, historia familiar, grado de contactos sociales, factores precipitantes, grado de síntomas psicóticos, evolución de la enfermedad, número de días y condiciones de tratamiento hospitalario durante el último año.

Esta escala no cuenta con una adaptación dentro de nuestro país, pero se realizó una validación dentro de España, siendo así que obtuvo una Alfa de Cronbach de 0.7 (30).

1.3. Materiales de verificación

Para la investigación se usaron distintas fuentes indexadas o tesis para poder corroborar la información de manera adecuada. Además, para los test se buscó alguna validación dentro de nuestro país para que pueda ser usado de manera adecuada, esto ya que los contextos sociales suelen ser diferentes.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito

El estudio se realizó en las instalaciones del Centro de Salud Mental “Ayelén” ubicado en el distrito de Paucarpata

2.2. Unidades de estudio

Universo: Los pacientes atendidos durante el período de junio 2021 – abril 2022 en el Centro de Salud Mental Comunitario Ayelén en el distrito de Paucarpata fueron 25 personas que se sometieron a un diagnósticoclínico, en el nivel que se encontraban con el diagnóstico de esquizofrenia. Pues, se trata de pacientes que en cierto modo son dependientes de sus familiares, oscilan entre las edades de 15 años hasta más de 51 años.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
- Pacientes que accedieron a participar en el estudio y que están diagnosticados con Esquizofrenia en el período junio 2021 – abril 2022

Criterios de exclusión

- Pacientes que padecían otro tipo de patologías que eran ajenas a la enfermedad de la esquizofrenia.

- Pacientes no continuadores de evaluación ni tratamiento en dicho centro.

2.3. Temporalidad

El estudio se desarrolló en el periodo comprendido entre el mes de junio del año 2021 hasta abril del año 2022.



3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización:

Para el desarrollo de la presente investigación:

- Se solicitó la autorización del jefe del Centro de Salud Mental Comunitario Ayelén, para la ejecución del desarrollo de la investigación.
- Se acudió al Centro de Salud Mental Comunitario Ayelén, efectuando una observación directa del desenvolvimiento de las acciones llevadas a cabo por parte de los especialistas en el tratamiento de esta enfermedad de la esquizofrenia.
- Se aplicó los instrumentos para cada una de las variables que se relacionan con la problemática, y obtención de datos a través de visitas domiciliarias.
- Obtenida la información se sometido al programa estadístico del SPSS 25 para su respectiva tabulación que daría como resultado las tablas y gráficos
- Se efectuaría el análisis respectivo de la información, en base a la discusión.

3.2. Recursos:

- Humanos:
 - Investigadora
 - Asesor
 - Personal especialista
 - Pacientes que se ofrezcan voluntariamente a participar en el proyecto
- Materiales:
 - Pruebas
 - Laptop
 - Lapiceros
 - Lápices



CAPÍTULO III

RESULTADOS

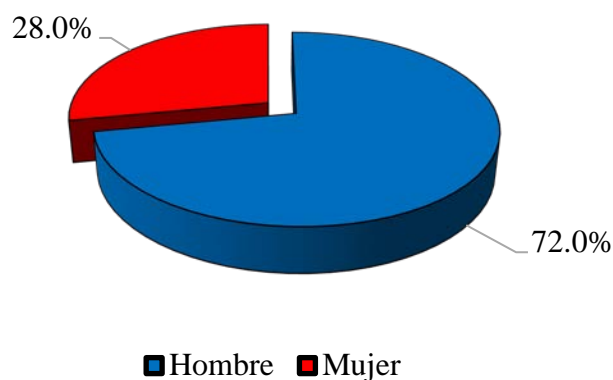
RELACIÓN ENTRE EL PRONÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, DETERIORO COGNITIVO Y
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO AYELÉN, AREQUIPA – 2022

3.1 Estadísticos descriptivos

Tabla 1: Distribución por sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	18	72,0%
Mujer	07	28,0%
Total	25	100,0%

Figura 1: Distribución por sexo



En la tabla 1 y figura 1 se aprecia que el 72% (18) pacientes del centro de salud mental comunitario Ayelén de Arequipa con pronóstico de esquizofrenia y deterioro cognitivo, son hombres y el 28% (07) son mujeres.

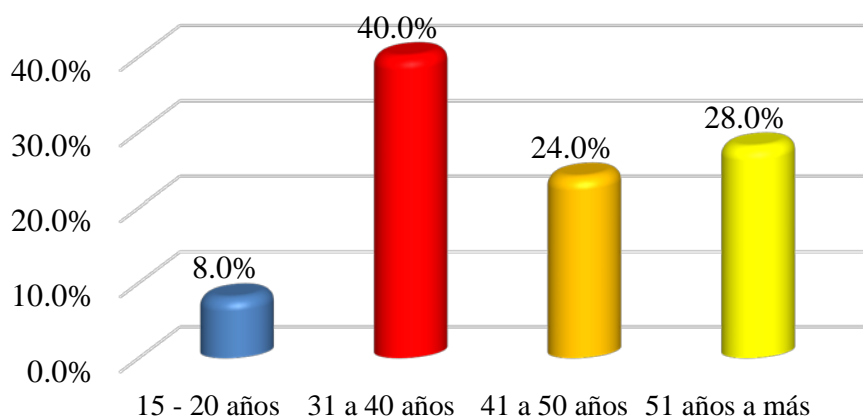
El sexo hombre es el que predomina en los pacientes investigados.

**RELACIÓN ENTRE EL PRONÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, DETERIORO COGNITIVO Y
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO AYLÉN, AREQUIPA - 2022**

Tabla 2: Distribución por edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 15 a 29 años	02	8,0%
De 31 a 40 años	10	40,0%
De 41 a 50 años	06	24,0%
De 51 años a más	07	28,0%
Total	25	100,0%

Figura 2: Distribución por edad



En la tabla 2 y figura 2 se aprecia que el 40% (10) pacientes del centro de salud mental comunitario Aylén de Arequipa con pronóstico de esquizofrenia y deterioro cognitivo, se encuentran en el rango de 31 a 41 años de edad, asimismo, se hallaron 07 pacientes en el rango de 51 años a más, que representan el 28,8% de la muestra, en el rango de 41 a 50 el 24,0% y en el rango de 15 a 20 años de edad, un total de 2 pacientes que representan el 8,0% de la población.

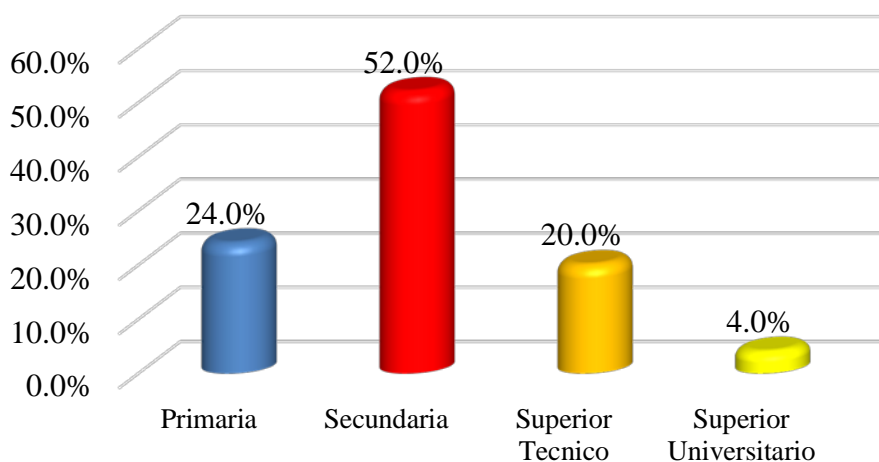
La edad que predomina en los pacientes investigados está en el rango de 31 a 40 años.

**RELACIÓN ENTRE EL PRONÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, DETERIORO COGNITIVO Y
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO AYLÉN, AREQUIPA - 2022**

Tabla 3: Distribución por nivel de instrucción

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	06	24,0%
Secundaria	13	52,0%
Superior técnico	05	20,0%
Superior universitario	01	4,0%
Total	25	100,0%

Figura 3: Distribución por nivel de instrucción



En la tabla 3 y figura 3 se aprecia que el 52% (13) pacientes del centro de salud mental comunitario Ayelén de Arequipa con pronóstico de esquizofrenia y deterioro cognitivo, tienen como nivel de instrucción primaria, asimismo, se hallaron que el 24,0% (06) pacientes tienen nivel secundario, el 20,0% (05) pacientes lograron el nivel superior técnico y finalmente el 4,0% (01) alcanzaron el nivel superior universitario.

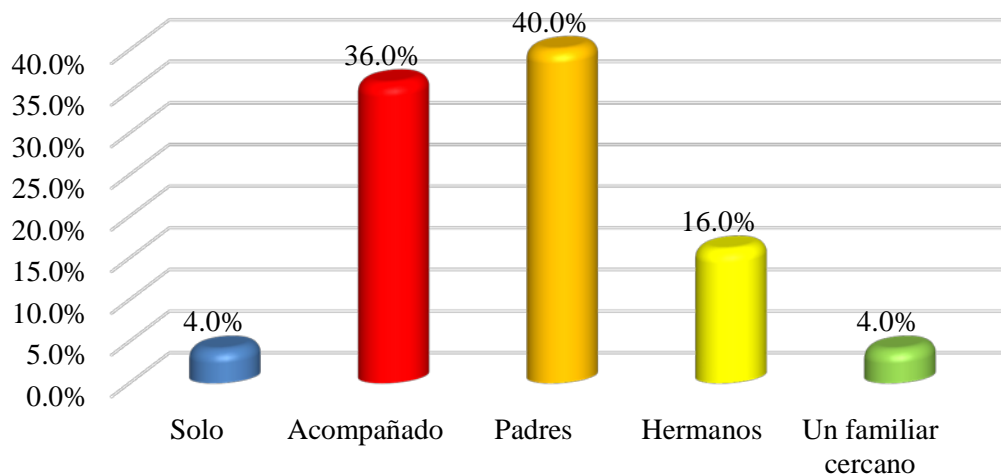
El nivel de instrucción que predomina en los pacientes investigados es el de secundaria.

**RELACIÓN ENTRE EL PRONÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, DETERIORO COGNITIVO Y
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO AYELEN, AREQUIPA - 2022**

Tabla 4: Distribución por con quién vive

Con quién vive	Frecuencia	Porcentaje
Solo	01	4,0%
Acompañado	09	36,0%
Padres	10	40,0%
Hermanos	04	16,0%
Un familiar cercano	01	4,0%
Total	25	100,0%

Figura 4: Distribución por con quién vive



En la tabla 4 y figura 4 se aprecia que el 40% (10) pacientes del centro de salud mental comunitario Ayelén de Arequipa con pronóstico de esquizofrenia y deterioro cognitivo, viven con sus padres, el 36,0% (09) de ellas viven acompañados, el 16,0% (04) viven con sus hermanos, el 4,0% (01) viven solos y con el mismo porcentaje viven con un familiar cercano respectivamente.

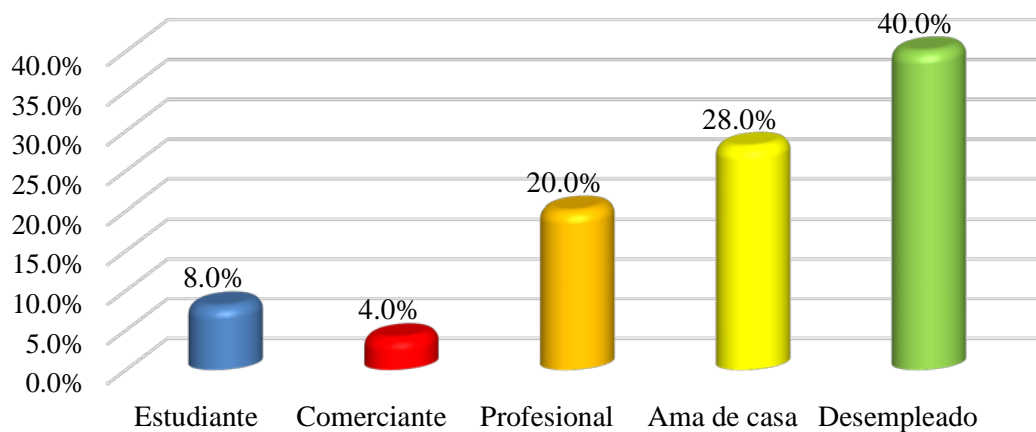
En mayor porcentaje los pacientes estudiados viven con sus padres.

**RELACIÓN ENTRE EL PRONÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, DETERIORO COGNITIVO Y
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO AYLÉN, AREQUIPA - 2022**

Tabla 5: Distribución por ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	02	8,0%
Comerciante	01	4,0%
Profesional	05	20,0%
Ama de casa	07	28,0%
Desempleado	10	40,0%
Total	25	100,0%

Figura 5: Distribución por ocupación



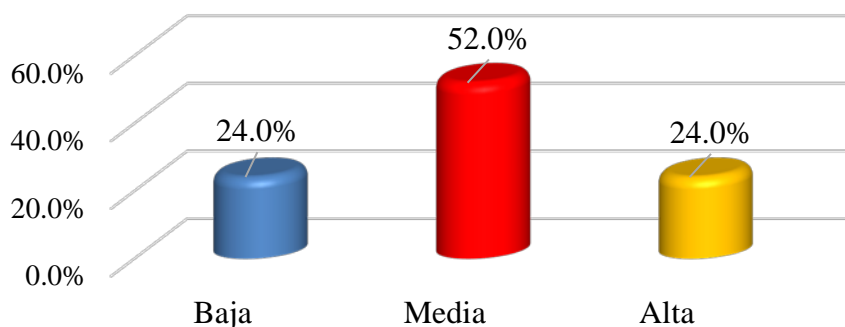
En la tabla 5 y figura 5 se aprecia que el 40% (10) pacientes del centro de salud mental comunitario Ayelén de Arequipa con pronóstico de esquizofrenia y deterioro cognitivo, se pudo encontrar que dentro de la muestra el 40,0% (10) son desempleados, el 28,0% (07) son amas de casa, el 20,0% (05) son profesionales, el 08,0% (02) son estudiantes y el 4,0% (01) son comerciantes. En mayor porcentaje los pacientes estudiados están desempleados.

**RELACIÓN ENTRE EL PRONÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, DETERIORO COGNITIVO Y
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO AYLÉN, AREQUIPA - 2022**

Tabla 6: Distribución por nivel del pronóstico de la esquizofrenia (Strauss y Carpenter)

(Strauss y Carpenter)	Frecuencia	Porcentaje
Baja	06	24,0%
Media	13	52,0%
Alta	06	24,0%
Total	25	100,0%

Figura 6: Distribución por nivel del pronóstico de la esquizofrenia (Strauss y Carpenter)



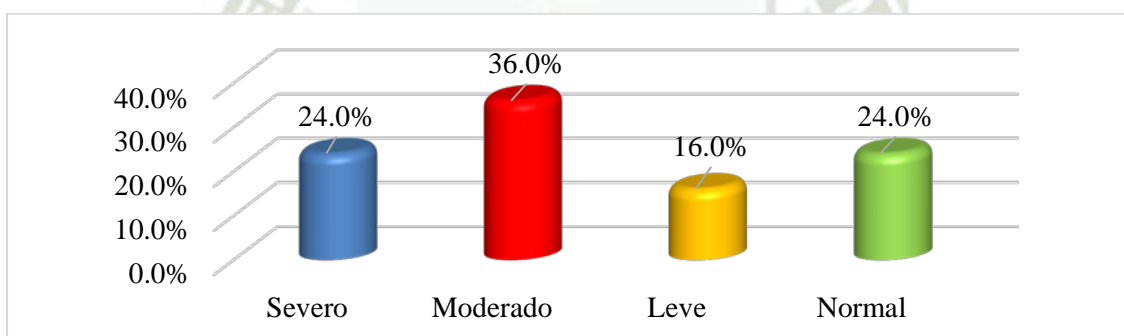
En la tabla 6 y figura 6 se aprecia que el 52% (13) pacientes del centro de salud mental comunitario Aylén de Arequipa con pronóstico de esquizofrenia y deterioro cognitivo, presentan una media de pronóstico de la esquizofrenia (Strauss y Carpenter). El 24,0% presentan un bajo nivel de pronóstico y en el mismo porcentaje, pronóstico alto. En mayor porcentaje los pacientes estudiados presentan un nivel medio de pronóstico de la esquizofrenia (Strauss y Carpenter).

**RELACIÓN ENTRE EL PRONÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, DETERIORO COGNITIVO Y
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO AYLÉN, AREQUIPA - 2022**

Tabla 7: Distribución por nivel de la prueba Neuropsi (Evaluación de deterioro cognitivo)

Neuropsi	Frecuencia	Porcentaje
Severo	06	24,0%
Moderado	09	36,0%
Leve	04	16,0%
Normal	06	24,0%
Total	25	100,0%

Figura 7: Distribución por nivel de la prueba Neuropsi (Evaluación de deterioro cognitivo)



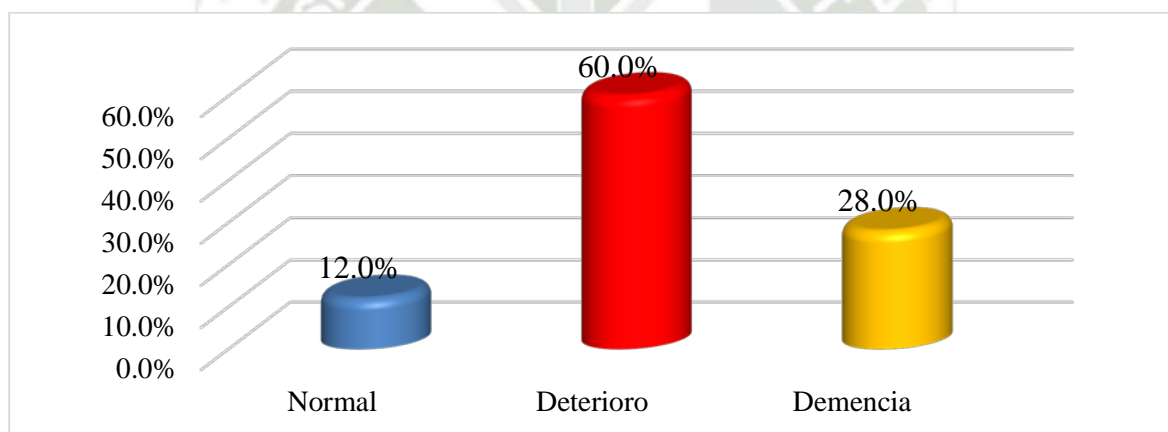
En la tabla 7 y figura 7 se aprecia que el 36% (09) pacientes del centro de salud mental comunitario Ayelén de Arequipa con pronóstico de esquizofrenia y deterioro cognitivo, presentan deterioro cognitivo, a través de la prueba Neuropsi, de nivel moderado. Asimismo, presentan dentro del nivel severo y normal el 24.0% (06) de los participantes y finalmente, el 16.0% (04) se encuentran en el nivel leve. En mayor porcentaje los pacientes estudiados presentan un nivel moderado de deterioro cognitivo, a través de la prueba Neuropsi.

RELACIÓN ENTRE EL PRONÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, DETERIORO COGNITIVO Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO AYELÉN, AREQUIPA - 2022

Tabla 8: Distribución por nivel de la prueba MoCa (Evaluación de deterioro cognitivo)

MoCa	Frecuencia	Porcentaje
Normal	03	12,0%
Deterioro	15	60,0%
Demencia	07	28,0%
Total	25	100,0%

Figura 8: Distribución por nivel de la prueba MoCa (Evaluación de deterioro cognitivo)



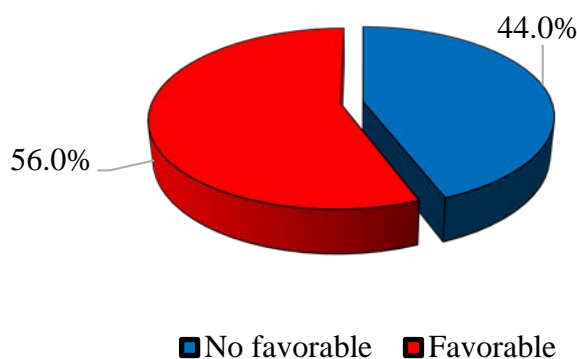
En la tabla 8 y figura 8 se aprecia que el 60% (15) pacientes del centro de salud mental comunitario Ayelén de Arequipa con pronóstico de esquizofrenia y deterioro cognitivo, presentan deterioro cognitivo a través de la prueba MoCa. Asimismo, el 28.0% (07) presenta demencia y el 12.0% se encuentra en un nivel normal. En mayor porcentaje los pacientes estudiados presentan un nivel de deterioro cognitivo, a través de la prueba MoCa.

RELACIÓN ENTRE EL PRONÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, DETERIORO COGNITIVO Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO AYELÉN, AREQUIPA - 2022

Tabla 9: Distribución por nivel de pronóstico

Strauss Carpenter	Frecuencia	Porcentaje
No favorable	11	44,0%
Favorable	12	56,0%
Total	25	100,0%

Figura 9: Distribución por nivel de pronóstico



En la tabla 9 y figura 9 se aprecia que el 56% (12) pacientes del centro de salud mental comunitario Ayelén de Arequipa con pronóstico de esquizofrenia y deterioro cognitivo, presentan un pronóstico favorable, mientras que el 44% (11) un pronóstico desfavorable.

El pronóstico que más predomina en los pacientes investigados es el favorable.

**RELACIÓN ENTRE EL PRONÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, DETERIORO COGNITIVO Y
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO AYELÉN, AREQUIPA - 2022**

3.2 Tablas comparativas:

Tabla 10: Tabla cruzada de pronóstico y niveles del Neuropsi

PRONÓSTICO	NIVEL NEUROPSI				Total	p-valor
	Severo	Moderado	Leve	Normal		
No favorable	6 (24,0%)	3 (12,0%)	2 (8,0%)	0 (0,0%)	11 (44,0%)	0,005
Favorable	0 (0,0%)	6 (24,0%)	2 (8,0%)	6 (24,0%)	14 (56,0%)	

Base de datos trabajo de investigación. Significancia prueba $\chi^2 = .005$.

En la tabla 10, se aprecia los resultados del cruce de datos entre el pronóstico y los niveles de Neuropsi, con un (p_valor) valor de probabilidad de 0,005 significativo, donde se muestra que 6(24,0%) de pacientes con diagnóstico no favorable, presentan un nivel severo, 3(12,0%) dentro del nivel moderado y 2(8,0%) en el nivel leve. A su vez, de los pacientes con un pronóstico favorable, 6(24,0%) se encuentran en el nivel moderado, 2 (8,0%) en un nivel leve y 6 (24,0%) están dentro de un nivel normal.

En mayor porcentaje los pacientes estudiados son aquellos que presentan un pronóstico favorable con niveles moderado y normal, asimismo, en igual porcentaje y cantidad, en pacientes con pronóstico no favorable, presentan un nivel severo.

**RELACIÓN ENTRE EL PRONÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, DETERIORO COGNITIVO Y
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO AYELÉN, AREQUIPA - 2022**

Tabla 11: Tabla cruzada de pronóstico y niveles de Moca

PRONÓSTICO	NIVEL MOCA			Total	p- valor
	Normal	Deterioro	Demencia		
No favorable	0 (0,0%)	4 (16,0%)	7 (28,0%)	11 (44,0%)	0,001
Favorable	3 (11,0%)	15 (60,0%)	7 (28,0%)	14 (56,0%)	

Base de datos trabajo de investigación. Significancia prueba $\chi^2 = .001$.

En la tabla 11, se aprecia los resultados del cruce de datos entre el pronóstico y los niveles de MoCa, con un (p_valor) valor de probabilidad de 0,001 muy significativo, donde se aprecia que 7(28,0%) pacientes con diagnóstico no favorable, presentan un nivel de demencia y 7(28,0%) se encuentran con deterioro cognitivo. A su vez, de los pacientes con un pronóstico favorable, 15(60,0%) se encuentran en un nivel cognitivo de deterioro, 7(28,0%) en un nivel de demencia y 3(11,0%) están dentro de un nivel normal.

En mayor porcentaje los pacientes estudiados son aquellos que presentan un pronóstico favorable, con nivel de deterioro cognitivo MoCa.

RELACIÓN ENTRE EL PRONÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, DETERIORO COGNITIVO Y
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO AYELÉN, AREQUIPA – 2022

3.3 Correlaciones

Tabla 12: Correlación entre el Strauss y Carpenter y el Neuropsi

		Correlaciones		Nivel Strauss y Carpenter	Niveles Neuropsi
Rho Spearman	de Nivel Strauss y Carpenter	Coefficiente de correlación	de	1,000	,688**
		Sig. (bilateral)		.	,000
		N		25	25
Niveles Neuropsi	de	Coefficiente de correlación	de	,688**	1,000
		Sig. (bilateral)		,000	.
		N		25	25

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 12 se aprecia que la correlación entre el nivel Strauss y Carpenter (pronóstico de esquizofrenia) y el Neuropsi (nivel de deterioro cognitivo), con un valor de Rho de Spearman (coeficiente de correlación) de 0,688**, p-valor de 0,000, siendo menor o igual de 0.005, por lo que podemos decir que si existe una relación significativa entre ambas variables y directamente proporcionales. A mayor nivel de esquizofrenia, mayor deterioro cognitivo.

RELACIÓN ENTRE EL PRONÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, DETERIORO COGNITIVO Y
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO AYELÉN, AREQUIPA - 2022

Tabla 13: Correlación entre los puntajes totales del Moca (deterioro cognitivo) y el
Strauss y Carpenter (Pronóstico de esquizofrenia)

Correlaciones			Nivel Strauss y Carpenter	Niveles Moca
Rho de Spearman	Nivel Strauss y Carpenter	Coefficiente de correlación	1,000	,670**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	25	25
Niveles Moca	Niveles Moca	Coefficiente de correlación	,670**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	25	25

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 13 se aprecia que la correlación entre el nivel Strauss y Carpenter (pronóstico de esquizofrenia) y MoCa (nivel de deterioro cognitivo), con un valor de Rho de Spearman (coeficiente de correlación) de 0,670**, p-valor de 0.000, siendo menor o igual de 0.005, por lo que podemos decir que si existe una relación significativa entre ambas variables y directamente proporcionales.

A mayor nivel de esquizofrenia, mayor deterioro cognitivo.

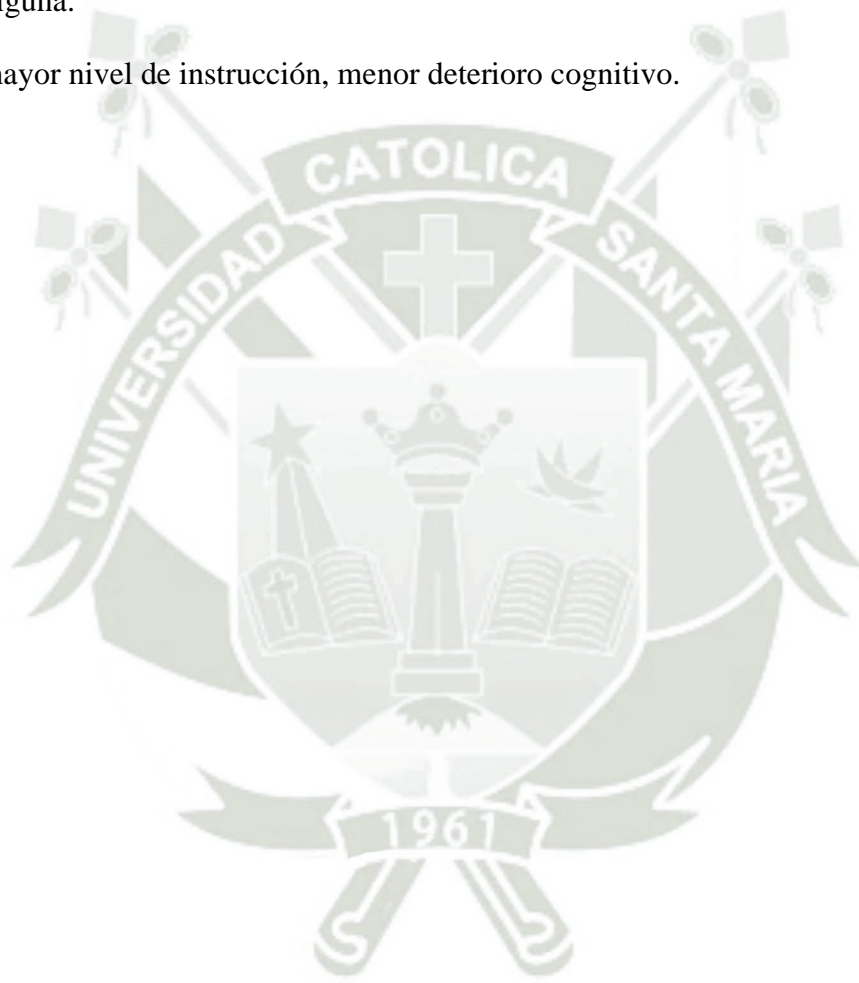
Tabla 14: Tabla frecuencias de resumen entre las características sociodemográficas y el pronóstico entregado por el Strauss y Carpenter,

Neuropsi y Moca

	PRONÓSTICO (STRAUSS Y CARPENTER)		NIVELES NEUROPSI				NIVELES MOCA			Significancia
	No favorable	Favorable	Severo	Moderado	Leve	Normal	Normal	Deterioro	Demencia	
Masculino	8	10	3	7	3	5	2	12	4	0,709
Femenino	3	4	3	2	1	1	1	3	3	
15 - 20 años	1	1	0	2	0	0	0	1	1	0,652
31 a 40 años	5	5	2	5	2	1	1	7	2	
41 a 50 años	2	4	2	0	1	3	2	2	2	
51 años a más	3	4	2	2	1	2	0	5	2	
Primaria	6	0	6	0	0	0	0	0	6	0,019
Secundaria	4	9	0	9	1	3	2	10	1	
Superior Técnico	1	4	0	0	2	3	1	4	0	
Superior Universitario	0	1	0	0	1	0	0	1	0	
Solo	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0,144
Acompañado	3	6	3	3	1	2	1	5	3	
Padres	7	3	3	5	2	0	0	6	4	
Hermanos	0	4	0	0	0	4	2	2	0	
Un familiar cercano	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0,100
Estudiante	1	1	0	2	0	0	0	1	1	
Comerciante	0	1	0	0	1	0	0	1	0	
Profesional	0	5	0	1	1	3	1	4	0	
Ama de casa	3	4	3	2	0	2	2	2	3	0,100
Desempleado	7	3	3	4	2	1	0	7	3	

En la tabla 14 se aprecia que la correlación entre la variable sociodemográfica nivel de instrucción y el Pronóstico (Strauss y Carpenter), Niveles Neuropsi y Niveles Moca, con un p-valor de 0.019, siendo menor o igual de 0,05, por lo que podemos afirmar que, si existe una relación significativa entre ambas variables y directamente proporcionales, más no así con las variables sexo, edad, con quién vive y ocupación, con quienes no existe correlación positiva alguna.

A mayor nivel de instrucción, menor deterioro cognitivo.



DISCUSIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad compleja y su heterogeneidad clínica y evolutiva supone un reto para psiquiatras e investigadores. Los trastornos cognitivos en pacientes con esquizofrenia disminuyen la calidad de vida, deterioran el funcionamiento relacionado con las actividades diarias, sociales y familiares, aumentando así la necesidad de servicios médicos. De acuerdo con los resultados de la presente investigación comparados con los resultados de los estudios tomados como referentes, se obtuvo que:

En cuanto al primer objetivo específico, identificar la correlación entre el pronóstico de esquizofrenia y el nivel de deterioro cognitivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, se halló que la relación fue significativa y directamente proporcional entre el nivel Strauss y Carpenter (pronóstico de esquizofrenia) y el Neuropsi (nivel de deterioro cognitivo), con un valor de Rho de Spearman de 0,688** y p-valor de 0,000. Mientras que Ashby (22) en su investigación determinó que a mayor deterioro cognitivo el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia es menor, existiendo una correlación inversamente proporcional; así mismo, encontró que el 81% de pacientes tiene algún tipo de deterioro cognitivo entre leve, moderado o severo, siendo un 42,9% los que presentan este último; y el 57% tiene una tendencia a un peor pronóstico de esquizofrenia; determinando que el deterioro cognitivo severo evaluado por el Neuropsi en relación con la escala pronóstica para pacientes con esquizofrenia arroja un porcentaje inferior a la media de 62,5%.

Y sobre la relación entre el nivel Strauss y Carpenter (pronóstico de esquizofrenia) y MoCa (nivel de deterioro cognitivo) fue significativa y directamente proporcional con un valor de Rho de Spearman de 0,670** y p-valor de 0.000. Por su parte, Bedoya (21), que buscó hallar la relación entre el funcionamiento cognitivo y el funcionamiento social, encontró con la prueba MoCA que el valor medio fue de 18 puntos, indicando un bajo funcionamiento cognitivo, presentando deterioro cognitivo casi en el total de la muestra; así mismo, el autor determinó

que existe una relación de nivel alto entre el deterioro cognitivo y el funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia.

Tanto con la prueba Neuropsi como con la prueba MoCA, el presente estudio determinó que, a mayor nivel de esquizofrenia, mayor es el deterioro cognitivo. Resultado similar al obtenido por Aguilar (4), quien concluyó que el deterioro cognitivo y la esquizofrenia guardan una relación significativa. Mientras que, Mascio et al.(19) hallaron que el 55% de pacientes presentó más de un problema cognitivo.

También se encontraron como referentes para esta investigación, estudios que analizaron el deterioro cognitivo junto a otros aspectos, tal es el caso de Huarcaya (26), quien buscó hallar la relación entre el funcionamiento cognitivo y el funcionamiento global, obteniendo una relación indirecta, significativa y de intensidad moderada, determinando que un menor nivel de funcionamiento cognitivo guarda relación con mayores dificultades en el funcionamiento diario. Y Sánchez (23), que buscó hallar la relación entre el deterioro cognitivo y las actividades instrumentales de la vida diaria, encontrando que el 27.5% de su población presentó un deterioro cognitivo de carácter leve ante una dependencia de categoría ligera. Mientras tanto, Mendoza y Muguerza (24) en su estudio para evaluar los grados de deterioro funcional en pacientes con esquizofrenia paranoide, obtuvieron que el funcionamiento laboral, la autonomía y las relaciones interpersonales presentan grados altos de deterioro. Por su parte Zanelli et al. (20) realizaron una comparación del deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia, en pacientes con otras psicosis y en pacientes sanos, donde obtuvieron que los que padecen de esquizofrenia presentan disminuciones en el coeficiente intelectual, el conocimiento verbal y la memoria; y que la disminución en esta última no solo se presentó en la esquizofrenia, sino también en pacientes con otras psicosis; y hallaron también que los pacientes con esquizofrenia y otras psicosis tienen deterioro cognitivo después del inicio de la enfermedad.

En razón al segundo objetivo específico, identificar la correlación entre las características sociodemográficas y nivel de deterioro cognitivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, se halló que existe una relación significativa y directamente proporcional entre la variable socio-demográfica nivel de instrucción y el pronóstico (Strauss y Carpenter), Niveles Neuropsi y Niveles MoCA, con un p-valor de 0.019, siendo que a mayor nivel de instrucción menor deterioro cognitivo, a diferencia de las variables sexo, edad, con quién vive y ocupación, con quienes no existe correlación positiva alguna. Al respecto Mascio et al. (19) hallaron que la asociación entre la edad y la cognición no fue relevante, y que los pacientes hombres, educados y que viven solos tuvieron más probabilidades de mostrar mayores alteraciones cognitivas al ingreso y/o empeoramiento más rápido de los problemas con el tiempo, revelando que los problemas cognitivos empeoran con la edad; también encontraron que pacientes hombres, pacientes que viven solos y los que son desempleados tienen al menos un síntoma registrado, estando el mayor número de síntomas registrados en pacientes menores de 40 años, y que pacientes mujeres, pacientes casados o que viven en pareja, y los que trabajan mostraron una reducción de la frecuencia y la duración de las hospitalizaciones.

En ese sentido, Aguilar (4), mediante su estudio encontró la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y la edad, con un valor de $p < 0,05$, y el deterioro cognitivo fue mayor en pacientes entre 41 a 65 años (siendo la edad media 48 años), también, que el deterioro fue más prevalente en mayores de edad, en los que no tienen escolaridad y en pacientes solteros, pero no encontró significancia estadística entre el deterioro cognitivo y el soporte familiar ni el sexo. Así mismo, Sánchez (23) reveló que gran parte de los pacientes entre 18 y 29 años de edad presenta una dependencia ligera ante un deterioro cognitivo leve, mientras que los del grupo de 41 a 50 años presentan una dependencia moderada y grave ante deterioro cognitivo moderado, y que los hombres son más dependientes y tienen mayor deterioro cognitivo.

Por su parte Villanueva (25) halló que el 57.1% de los pacientes que tienen de 40 años a más tienen una mayor frecuencia de deterioro grave en la capacidad cognitiva, también obtuvo que no existieron diferencias significativas en cuanto al compromiso cognitivo en el paciente esquizofrénico según su sexo, estado civil, ocupación, años de internamiento, y, a diferencia del presente estudio, tampoco en el nivel de instrucción. Mientras que Huarcaya (26) en su estudio evidenció un peor funcionamiento cognitivo en los pacientes que tienen menor nivel educativo ($p=0.000$) y los que no tienen un trabajo actual ($p=0.017$). Finalmente, Belon et al. (27) determinó que el nivel de escolaridad tiene un efecto significativo en el total puntuaciones en el NEUROPSI, con valores $F = 16.327$, $p < 0.05$.

Seguidamente, en cuanto a los resultados descriptivos, esta investigación obtuvo con respecto al sexo, que el 72% de pacientes con pronóstico de esquizofrenia y deterioro cognitivo son hombres y el 28% son mujeres, siendo la mayoría del sexo masculino. Resultado muy parecido al de Belon et al. (27), quienes, en su análisis de pacientes esquizofrénicos y pacientes con trastornos mentales por consumo de alcohol, hallaron que el 70% de su población investigada son hombres y el 30% mujeres. Así mismo, Sánchez (23) obtuvo que el 60% de pacientes con esquizofrenia de su estudio son hombres y el 40% mujeres. Y También Huarcaya (26), que obtuvo que el 62.2% del total de su muestra son hombres.

A cerca de la edad, este estudio halló que, de los pacientes con pronóstico de esquizofrenia y deterioro cognitivo, el 40% tienen entre 31 y 41 años, el 28% entre 51 años a más, el 24,0% entre 41 y 50, y el 8,0% de 15 a 20 años; estando la edad que predomina entre 31 a 40 años. Cabe resaltar, que no se encontró resultados similares en los estudios tomados como antecedentes, donde Ashby (22) evidenció que el 47% de pacientes con esquizofrenia tiene entre 16 y 30 años, en el estudio de Sánchez (23) donde se investigó la relación del deterioro cognitivo y las actividades instrumentales de la vida diaria de pacientes esquizofrénicos, se encontró que el 52% tienen entre 18 y 29 años, y en el estudio de Belon et

al. (27) la edad promedio de pacientes esquizofrénicos y con trastornos mentales por consumo de alcohol fue de 50 años.

Sobre el nivel de instrucción, en este estudio el 52% pacientes con pronóstico de esquizofrenia y deterioro cognitivo, tienen secundaria, el 24,0% primaria, 20,0% superior técnico y 4,0% superior universitario, siendo el nivel de instrucción predominante el nivel secundario. Al respecto, se menciona el estudio de Sánchez (23) donde resultó que un 40% de la población son estudiantes, siendo la mayoría. Por su parte, Ashby (22) reveló que el 57,1% de los pacientes cuenta con una escolaridad de 10 a 24 años.

En referencia a con quien viven los pacientes con pronóstico de esquizofrenia y deterioro cognitivo, esta investigación encontró que 40% viven con sus padres, el 36,0% viven acompañados, el 16,0% viven con sus hermanos, el 4,0% viven solos y también ese porcentaje viven con un familiar cercano, encontrándose el mayor porcentaje en los pacientes que viven con sus padres. Al respecto, Huarcaya (26) encontró que el 98.1% de los pacientes involucrados en su estudio son solteros.

A cerca de la ocupación, se encontró que el 40% de pacientes con pronóstico de esquizofrenia y deterioro cognitivo son desempleados, el 28,0% son amas de casa, el 20,0% profesionales, el 08,0% estudiantes y el 4,0% comerciantes, estando el porcentaje mayor en pacientes desempleados. Al igual que Huarcaya (26), ya que obtuvo que el 73.6% de sus pacientes no contaban con un trabajo actual.

Con respecto a la prueba Strauss y Carpenter para el pronóstico de la esquizofrenia, el 52% de pacientes presentan un nivel medio, el 24,0% un nivel bajo de pronóstico y con el mismo porcentaje pronóstico alto, determinando que la mayoría de pacientes estudiados presentan un nivel medio de pronóstico de la esquizofrenia. Utilizando la misma prueba, en su estudio Ashby (22) halló que las tres puntuaciones más elevadas en el pronóstico corresponden al rango normal y al deterioro cognitivo leve.

Según la prueba Neuropsi, este estudio halló que el 36% de pacientes presentan deterioro cognitivo de nivel moderado, el 24.0% nivel severo y normal y el 16.0% se encuentran en el nivel leve. En mayor porcentaje los pacientes estudiados presentan un nivel moderado de deterioro cognitivo. A diferencia de Ashby (22), quien reveló con la prueba Neuropsi que del 81% de pacientes con deterioro cognitivo, el 42% presentan un deterioro severo, el 28,6% moderado y el 6,5% leve, encontrando también que el 50% de las puntuaciones del deterioro cognitivo normal, leve y moderado son superiores a la media. Por su parte Belon et al. (27) estudió pacientes con esquizofrenia y pacientes con trastornos mentales por consumo de alcohol, utilizando también la prueba Neuropsi, gracias a la cual encontró que los pacientes con esquizofrenia presentan mayores puntajes de deterioro cognitivo que los pacientes con trastornos mentales por alcoholismo.

Y de acuerdo con lo obtenido con la prueba MoCA, el 60% de pacientes presentan deterioro cognitivo, el 28.0% presenta demencia y el 12.0% se encuentra en un nivel normal. En mayor porcentaje los pacientes estudiados presentan un nivel de deterioro cognitivo. Al respecto, Bedoya (21) de los tres instrumentos que utilizó en su estudio para aplicar a pacientes con esquizofrenia, el de la prueba MoCa arrojó que la puntuación media para el deterioro cognitivo fue de 18 puntos, indicando un bajo funcionamiento cognitivo. Y Aguilar (4) con otro tipo de prueba, el test MiniMental, encontró que el 85% de los pacientes estudiados con esquizofrenia tienen deterioro cognitivo, frente a un 15% que no lo tiene.

Finalmente, en cuanto al nivel de pronóstico, esta investigación encontró que el 56% de los pacientes con pronóstico de esquizofrenia y deterioro cognitivo presentan un pronóstico favorable, mientras que el 44% un pronóstico desfavorable, siendo el pronóstico predominante en los pacientes el favorable. A diferencia de lo obtenido por Ashby (22), donde resultó que la mayoría de pacientes tienen tendencia a un pronóstico desfavorable.

CONCLUSIONES

Fueron más hombres que mujeres los que participaron del estudio, siendo el rango de 31 a 40 años la que más predomina. El nivel de instrucción que predomina en los pacientes investigados es el de secundaria, el mayor porcentaje los pacientes estudiados viven con sus padres, siendo desempleados el mayor porcentaje de ellos, mientras que el mayor porcentaje presentan un nivel medio de pronóstico de la esquizofrenia (Strauss y Carpenter). A su vez, el mayor porcentaje los pacientes presentan un nivel moderado de deterioro cognitivo, a través de la prueba Neuropsi, presentando la mayoría de los pacientes un nivel de deterioro cognitivo.

En mayor porcentaje los pacientes estudiados son aquellos que presentan un pronóstico favorable con niveles moderado y normal, asimismo, en igual porcentaje y cantidad, en pacientes con pronóstico no favorable, presentan un nivel severo.

Primera:

En cuanto a la correlación entre el pronóstico de esquizofrenia y el nivel de deterioro cognitivo, se ha identificado que, si existe una relación significativa entre ambas variables y directamente proporcionales, que equivale a señalar que, a mayor nivel de esquizofrenia, mayor deterioro cognitivo. Asimismo, se aprecia que la correlación entre el nivel Strauss y Carpenter (pronóstico de esquizofrenia) y MoCa (nivel de deterioro cognitivo), es significativa, presentando una relación directamente proporcional entre ambas variables, concluyéndose que, a mayor nivel de esquizofrenia, mayor deterioro cognitivo.

Segunda:

En cuanto a la correlación entre las características sociodemográficas en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia evaluados en usuarios del centro de Salud Mental Comunitario Ayelén – Arequipa, se afirma que la correlación entre la variable socio-demográfica nivel de instrucción y el Pronóstico (Strauss y Carpenter), Niveles Neuropsi y Niveles Moca, es significativa entre ambas variables y directamente proporcionales, más no así con las variables sexo, edad, con quién vive y ocupación,

con quienes no existe correlación positiva alguna. Se concluye que, a mayor nivel de instrucción, mejor pronóstico de esquizofrenia.



RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al jefe del Centro de Salud Mental Comunitario Ayelén el abordaje de todas las brechas del establecimiento; en pro de una adecuada y pronta atención para pacientes diagnosticados con esquizofrenia y aquellos que presentan un deterioro cognitivo alto. Con ello se logre proporcionar una correcta rehabilitación efectiva y eficiente, brindando una mejor experiencia para los usuarios y sus familias.
2. Se recomienda al jefe y al personal de Salud del Centro de Salud Mental Ayelén de seguir con la psicoeducación en los pacientes esquizofrénicos y sus familiares, creando estrategias que proporcionen mejoría en el aprendizaje y el funcionamiento social del paciente, ya que existe una influencia del nivel de instrucción educativa y el pronóstico de la esquizofrenia.
3. Se recomienda al jefe y al personal de Salud del Centro de Salud Mental Ayelén proporcionar una atención multidisciplinaria y multidimensional, para pacientes esquizofrénicos y aquellos que presenten algún nivel de deterioro cognitivo con el objetivo de afrontar sus complejas necesidades; siguiendo una intervención escalonada por parte del personal de salud y sus familias a fin de mejorar las competencias en todos sus niveles. A esto sumar pruebas que evidencian la mejoría en los pacientes en pro de la visualización de su progreso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gobierno del Perú. Ministerio del Perú: Más de 280 mil peruanos sufren de esquizofrenia [Internet]. 2010 [citado 2022 dic 5]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/37326-mas-de-280-mil-peruanos-%20sufren-de-esquizofrenia>
2. Ministerio de Sanidad y Consumo de Gobierno de España. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente [Internet]. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya Roc Boronat, 81-95. 2009 [citado 2022 dic 5]. Available from: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCesquizofrenia.pdf>
3. Livia J, Zegarra V, Vásquez J, Ortiz M, Camacho O, Herrera D, et al. Prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores que acuden a la consulta de atención primaria de la salud. Cátedra Federico Villareal Psicología [Internet]. 2017 [citado 2022 dic 5];2. Available from: <https://revistas.unfv.edu.pe/CVFP/article/view/320>
4. Aguilar Domínguez E. Relación entre esquizofrenia y deterioro cognitivo en pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, año 2019 [Internet]. [Quito]: Universidad Central del Ecuador; 2020 [citado 2022 dic 5]. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21135>
5. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia [Internet]. OMS. 2022 [citado 2022 dic 5]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
6. Velazco Yalenis, Quintana Idanys, Fernández Mercedes de la Caridad, Zamora Elizabeth. Esquizofrenia paranoide. Un acercamiento a su estudio a propósito de un caso. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2018 jul [citado 2022 dic 5];40. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400022&lng=es.
7. Torres D, Castillo I, Rojas I, Masot A, Masot S, Cabrera AE. La esquizofrenia: una mirada desde la ciencia, la tecnología y la sociedad. Revista Finlay [Internet]. 2022 [citado 2022 dic 5];12. Available from: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1173>

8. National Institute of Mental Health. La Esquizofrenia [Internet]. Institutos Nacionales de Salud. 2021 [citado 2022 dic 5]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/la-esquizofrenia.pdf>
9. Valle R. La esquizofrenia en la CIE-11: comparación con la CIE-10 y el DSM-5. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2020 abr [citado 2022 dic 5];13(2):95-104. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1888989120300203?via%3Dihub>
10. Saiz Jerónimo, de la Vega D, Sánchez P. Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia La base neurobiológica de la esquizofrenia. Clínica y Salud [Internet]. 2010 [citado 2022 dic 5];21(3). Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v21n3/v21n3a04.pdf>
11. Líceá Amador AG, Robles Saavedra D, Díaz Garfía CX, Juárez Chávez J. Trastorno psiquiátrico-esquizofrenia. TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río [Internet]. 2019 ene 5 [citado 2022 dic 5];6(11):34-9. Available from: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/tepexi/article/view/3832/6010>
12. Abeleira Padín G. Esquizofrenia [Internet]. Universidad de Salamanca. 2012 [citado 2022 dic 5]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4018442>
13. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. [Internet]. IMSS. 2012 [citado 2022 dic 5]. Available from: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>
14. Custodio N, Herrera E, Lira D, Montesinos R, Linares J, Bendezú L. Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. 2013 mar 13 [citado 2022 dic 5];73(4):321. Available from: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1032/852>
15. Fundación Sociedad Andaluza de Neurología. Recomendaciones para el Manejo del Deterioro Cognitivo. [Internet]. Sociedad Andaluza de Neurología. 2019 [citado 2022 dic 5]. Available from: <https://www.saneurologia.org/pdf-guias/libro-deterioro-cognitivo.pdf>

16. Pena-Garijo J, Monfort-Escrig C. Cognición en la esquizofrenia. Estado actual de la cuestión (I): métodos de evaluación y correlatos neurales. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet]. 2020 jun [citado 2022 dic 5];40(137):109-30. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v40n137/2340-2733-raen-40-137-0109.pdf>
17. Medel Serrano KA. Implicaciones de la Esquizofrenia en las personas que la padecen. Revista Amazónica [Internet]. 2021 [citado 2022 dic 5];13(2). Available from: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/8981/6488>
18. Harto M, Zafra A. La Esquizofrenia y las Alteraciones a nivel Cognitivo. [Internet]. IVANE SALUD. 2018 [citado 2022 dic 5]. Available from: <https://www.ivanesalud.com/la-esquizofrenia-las-alteraciones-nivel-cognitivo/>
19. Mascio A, Stewart R, Botelle R, Williams M, Mirza L, Patel R, et al. Cognitive Impairments in Schizophrenia: A Study in a Large Clinical Sample Using Natural Language Processing. Front Digit Health [Internet]. 2021 jul 15 [citado 2022 dic 8];3. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fdgth.2021.711941/full>
20. Zanelli J, Mollon J, Sandin S, Morgan C, Dazzan P, Pilecka I, et al. Cognitive Change in Schizophrenia and Other Psychoses in the Decade Following the First Episode. American Journal of Psychiatry [Internet]. 2019 oct 1 [citado 2022 dic 8];176(10):811-9. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2019.18091088>
21. Bedoya Cardona E. Funcionamiento social y cognitivo en pacientes con esquizofrenia. Rev chil neuropsicol (En línea) [Internet]. 2019 dic [citado 2022 dic 8];14(2). Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1102362>
22. Ashby Solís JA. Relación existente entre el Deterioro Cognitivo y el Pronóstico de los pacientes con Esquizofrenia [Internet]. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2017 [citado 2022 dic 8]. Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/26530/1/Tesis.%20Relaci%C3%B3n%20entre%20deterioro%20cognitivo%20y%20pron%C3%B3stico%20de%20pacientes%20con%20esquizofrenia.pdf>

23. Sánchez Garay Y. Deterioro cognitivo y actividades instrumentales de la vida diaria en personas con diagnóstico de esquizofrenia en un centro comunitario de Lima, 2021 [Internet] [Escuela Profesional de Tecnología Médica]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2022 [citado 2022 dic 8]. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/18475/Sanchez_gy.pdf?sequence=1
24. Mendoza J, Muguerza J. Grado de deterioro funcional en pacientes esquizofrénicos paranoides atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo, Perú 2019 -2020 [Internet] [Escuela Profesional de Medicina Humana]. [Lambayeque]: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2020 [citado 2022 dic 8]. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/8491/MENDOZA_FERNANDEZ_%26_MUGUERZA_HUAMAN.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Villanueva Alvarado JM. Deterioro cognitivo en adultos con esquizofrenia en instituciones psiquiátricas privadas de Lima [Internet]. [Lima]: Universidad Privada del Norte; 2021 [citado 2022 dic 8]. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/27955/Tesis%20final%20Villanueva.pdf?sequence=1
26. Huarcaya Victoria J. Funcionamiento global y cognitivo en esquizofrenia Hospital de la Policía Nacional del Perú 2018-2019 [Internet]. [Lima]: Universidad San Martín de Porres; 2020 [citado 2022 dic 8]. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8781/huarcaya_vjd.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Belon-Hercilla M v., Denegri-Solís L, Soto-Añari M. Comparación del perfil cognitivo de pacientes con alcoholismo y esquizofrenia. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2020 abr 11 [citado 2022 dic 8];83(1):26-32. Available from: https://www.redalyc.org/journal/3720/372062853005/372062853005.pdf

28. Marreros-Tananta J, Guerrero-Alcedo JM. Propiedades psicométricas del test de evaluación neuropsicológica – Neuropsi en población peruana. Revista Ecuatoriana de Neurología [Internet]. 2022 may 10 [citado 2022 dic 6];31(1):40-8. Available from: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812022000100040
29. Aguilar-Navarro SG, Mimenza-Alvarado AJ, Palacios-García AA, Samudio-Cruz A, Gutiérrez-Gutiérrez LA, Ávila-Funes JA. Validez y confiabilidad del MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para el tamizaje del deterioro cognoscitivo en México. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2018 oct [citado 2022 dic 6];47(4):237-43. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745017300598?via%3Dihub>
30. Ahuir M, Bernardo M, de la Serna E, Ochoa S, Carlson J, Escartín G, et al. Adaptación y validación española de la Escala Pronóstica para la Esquizofrenia de Strauss y Carpenter. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2009 [citado 2022 dic 6];2(4). Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8319593>

ANEXOS

INTERPRETACIÓN DE INSTRUMENTOS

INSTRUMENTO SOCIO DEMOGRÁFICO (Creación propia)

Estimado (da)

Sírvase marcar, con una equis (X), la respuesta que considera correcta

1. Sexo

1: Masculino () 2: Femenino ()

2. Edad: (años)

1. 15- 20 años
2. 21-25- años
3. 26 a 30 años
4. 31- 40 años
5. 41- 50 años
6. 51 a más

3. Nivel de Instrucción

1. Primaria ()
2. Secundaria ()
3. Superior Técnico ()
4. Superior Universitario ()

4. Con quien vive:

1. Solo ()
2. Acompañado ()
3. Padres ()
4. Hermanos ()
5. Un familiar cercano ()

5. Ocupación laboral

1. Estudiante ()
2. Comerciante ()
3. Profesional ()
4. Ama de casa ()

5. *Desempleado ()*



INSTRUMENTO DE NIVEL DE SINTOMATOLOGÍA ESQUIZOFRENICA

(Strauss y Carpenter,1977)

ESCALA PRONÓSTICA PARA LA ESQUIZOFRENIA DE STRAUSS Y CARPENTER (STRAUSS- CARPENTER SCALE)

1A. Cantidad de trabajo útil en el año pasado (incluir como trabajo: trabajos remunerados, colegio, ama de casa. Excluir: tiempo en el hospital. Cualquier hospitalización en el año pasado no contribuirá a reducir la puntuación. Estudiar durante un año académico entero puntúa como «4»)

«Empleado» todo el tiempo continuamente.....	4
«Empleado» alrededor de 3/4 parte de las horas de trabajo anuales (p. ej., tiempo completo durante 9 meses).....	3
«Empleado» alrededor de la mitad de las horas de trabajo anuales (p. ej., tiempo parcial durante todo el año o tiempo completo durante 6 meses).....	2
«Empleado» alrededor de una cuarta parte de las horas de trabajo anuales (p. ej., a tiempo parcial durante 6 meses).....	1
Desempleado.....	0

1B. Calidad más habitual del trabajo útil del año pasado (evaluada teniendo en cuenta la edad, educación, formación y oportunidades existentes del paciente. No compensar con la psicopatología. Evaluar cómo funciona en el trabajo de acuerdo con lo que se esperaría para el nivel de complejidad y competencia que debería tener)

Muy competente	4
Competente.....	3
Moderadamente competente.....	2
Marginalmente competente	1
Incompetente.....	0

2. Clase social (según escala Hollingshead-Redlich). Familia de origen, primeros años para pacientes de edad entre 1-12.

Ocupación:

Educación:

Clase 1 (Clase Alta)	4
Clase 2 (Clase Media Alta)	3
Clase 3 (Clase Media).....	2
Clase 4 (Clase Media Baja).....	1
Clase 5 (Clase Baja).....	0

3A. Número de relaciones sociales habituales en el año pasado (se reúne con amigos o hace actividades sociales con grupos, ir al cine, reuniones, etc. Excluir citas con pareja del sexo contrario o actividades a solas con la pareja habitual)

Se reúne con amigos una media de una vez a la semana.....	4
Se reúne con amigos una vez cada dos semanas	3
Se reúne con amigos una vez al mes.....	2

No se reúne con amigos a excepción de relaciones con vecinos, compañeros del trabajo o colegio.....1
No se reúne con amigos en ninguna circunstancia.....0

3B. Calidad de las relaciones sociales (en las relaciones descritas antes, lo más frecuente en el año pasado)

Una o más relaciones íntimas.....4
Una o más relaciones estrechas.....3
Una o más relaciones moderadamente estrechas.....2
Una o más relaciones superficiales.....1
Sólo relaciones muy superficiales (p. ej., sólo relaciones de decir «hola» a los vecinos).....0

4. Relaciones heterosexuales más frecuentes en el año pasado

Casado, sin divorcio o separación o pareja estable.....4
Casado con conflictos debidos a separación/es o queda de vez en cuando con alguien.....3
Soltero o separado, queda pocas veces con alguien.....2
Soltero o separado, queda muy pocas veces con alguien.....1
Soltero o separado, nunca queda con nadie.....0

5. Recursos para el tratamiento utilizados habitualmente

Recursos terapéuticos con mucha persona.....4
Recursos con menos personal (p. ej., hospital psiquiátrico).....2
Sin tratamiento.....0

6. Historia familiar de hospitalización psiquiátrica (incluye madre, padre, hermanos y abuelos biológicos. Excluye cualquier hospitalización por encima de los 65 años)

Ningún miembro familiar directo tiene historia de hospitalización psiquiátrica.....4
Un miembro familiar directo tiene historia de hospitalización psiquiátrica.....3
Dos miembros familiares directo tienen historia de hospitalización psiquiátrica.....2
Tres miembros familiar directo tienen historia de hospitalización psiquiátrica.....1
Cuatro miembros familiares directo tienen historia de hospitalización psiquiátrica.....0

7. Edad de inicio más temprana de cualquier síntoma psiquiátrico

Más de 30 años.....4
De 21 a 30.....3
De 16 a 20.....2
De 10 a 15.....1
Por debajo de los 10.....0

8. Problemas de conducta después de los 12 años de edad (incluir violencia, gestos suicidas u homicidas, historial judicial, etc. Excluir consumo de alcohol u otros tóxicos)

Ninguno.....4

<i>Mínima historia de lo anterior (p. ej., 1 o dos episodios)</i>	3
<i>Alguna historia de lo anterior (p. ej., 3-5 episodios)</i>	2
<i>Historia frecuente de lo anterior (p. ej., 6-9 episodios)</i>	1
<i>Historia muy frecuente de lo anterior (p. ej., 10 o más episodios)</i>	0

9.- Aplanamiento o disminución de la expresión de sentimientos o emociones en el mes pasado

<i>Ninguna</i>	4
<i>Mínima</i>	3
<i>Alguna</i>	2
<i>Considerable</i>	1
<i>Casi completa</i>	0

10.- Hospitalizaciones previas (o supervisión familiar intensa más allá de lo ordinarias para la edad del paciente)

<i>Nunca</i>	4
<i>Hasta 1 mes</i>	3
<i>De 1 mes a 3 meses</i>	2
<i>De 3 meses a menos de 3 años</i>	1
<i>Más de 3 años en total</i>	0

11A.- Tiempo desde que ocurrieron síntomas de alucinaciones o delirios por primera vez

<i>No ha tenido estos síntomas hasta hace una semana</i>	4
<i>Uno o más de estos síntomas ocurrieron por primera vez entre hace una semana y 6 meses</i>	3
<i>Uno o más de estos síntomas ocurrieron por primera vez entre hace 6 meses y 2 años</i>	2
<i>Uno o más de estos síntomas ocurrieron por primera vez entre hace 2 y 5 años</i>	1
<i>Tenía uno o más de estos síntomas hace más de 5 años</i>	0

11B.- ¿Cuál es el período más largo en que los síntomas psiquiátricos graves han persistido más o menos continuamente (al menos una vez a la semana)?

<i>0-4 semanas</i>	4
<i>Más de 4 semanas, menos de 6 meses</i>	3
<i>Entre 6 meses y 1 año</i>	2
<i>Entre 1 y 2 años</i>	1
<i>Más de 2 años</i>	0

11C.- ¿Cuál es el período más largo con algún síntoma psiquiátrico significativo (incluyendo moderados y graves) presente de manera continua (al menos una vez a la semana)?

<i>0-4 semanas</i>	4
<i>Más de 4 semanas, menos de 6 meses</i>	3
<i>Entre 6 meses y 1 año</i>	2
<i>Entre 1 y 2 años</i>	1
<i>Más de 2 años</i>	0

12. Presencia de trastornos del pensamiento, delirios o alucinaciones en el año previo

<i>Ninguno de los anteriores</i>	4
<i>Mínima presencia de alguno o varios de los anteriores</i>	3
<i>Moderada presencia de alguno o varios de los anteriores</i>	2

Relativa gravedad y/o presencia casi continua de alguno o todos los anteriores.....1
Gravedad y/o presencia continua de alguno o todos los anteriores.....0

13. Presencia de depresión, manía o hipomanía en el año pasado

Ninguno de los anteriores4
Mínima presencia de alguno o todo lo referido.....3
Moderada presencia de alguno o todo lo referido.....2
Relativa gravedad y/o presencia continua de alguno o todo lo referido.....1
Gravedad y/o continua presencia de alguno o todo lo referido.....0

14. Factores precipitantes del episodio psiquiátrico más reciente (¿ocurrió algún hecho traumático en el mes previo al inicio de los síntomas psiquiátricos?)

Claro y grave factor precipitante (muerte familiar directo, divorcio, ruina económica)..... 4
Factor traumático importante.....3
Factor precipitante moderado o posible (enfermedad grave en familiar, riñas familiares importantes, problemas económicos laborales o del colegio 2
Factor precipitante sin importancia.....1
No factor precipitante.....0

15. Gravedad de malestar subjetivo referido en el mes pasado

Muy grave.....4
Grave.....3
Moderadamente grave.....2
Mínimo malestar referido.....1
No reporta malestar.....0

16. Habilidades más habituales para cumplir con las necesidades básicas en el año pasado (comer solo, mantenerse limpio)

No necesita ayuda en estas actividades.....4
Necesita poca ayuda en estas actividades.....3
Necesita alguna ayuda en estas actividades.....2
Necesita considerable ayuda en estas actividades.....1
Necesita ayuda completa en estas actividades.....0

17.- Sentimiento más habitual de plenitud de vida en el año pasado

Vida muy completa.....4
Vida completa.....3
Vida moderadamente completa.....2
Vida relativamente vacía.....1
Existencia «vegetativa».....0

Escala Pronóstica de Esquizofrenia de Strauss y Carpenter: La suma de las puntuaciones permite obtener una puntuación total del pronóstico. A mayor puntuación, mejor pronóstico.



EVALUACIÓN NEUROPSI BREVE EN ESPAÑOL (Ostrosky – Solis, Ardila y Rosseli, 1999)

DATOS GENERALES

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

EDAD: _____ LUGAR DE

NACIMIENTO: _____ PROCEDENCIA: _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____

LATERALIDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE EVALUACIÓN: _____



MOTIVO DE CONSULTA DERIVADO POR: _____ para una
evaluación Neuropsicológica



OBSERVACIONES DE IMPORTANCIA: _____

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE IMPORTANCIA:

HTA: ALCOHOLISMO: ENFERMEDADES PULMONARES:
TIROIDISMO:TEC: DIABETES:
DISMINUCIÓN VISUAL Y AUDITIVA: ALERGIAS:
ACV: CIRUGIAS: FARMACODEPENDENCIA:

**PROTOCOLO DE APLICACIÓN
ESCOLARIDAD BAJA, MEDIA Y
ALTA**

INDICACIÓN GENERAL: Para los criterios de calificación cualitativos y cuantitativos de cada reactivo, es necesario consultar el manual.

I. ORIENTACIÓN:

TIEMPO	RESPUESTA	PUNTAJE	
	¿En qué día estamos?	0	1
ESPACIO	¿En qué mes estamos?	0	1
	¿En qué año estamos?	0	1
PERSONA	¿En qué ciudad estamos?	0	1
	¿En qué lugar estamos?	0	1
	¿Cuántos años tiene?	0	1

PUNTAJE TOTAL BLOQUE I: 06 PUNTOS

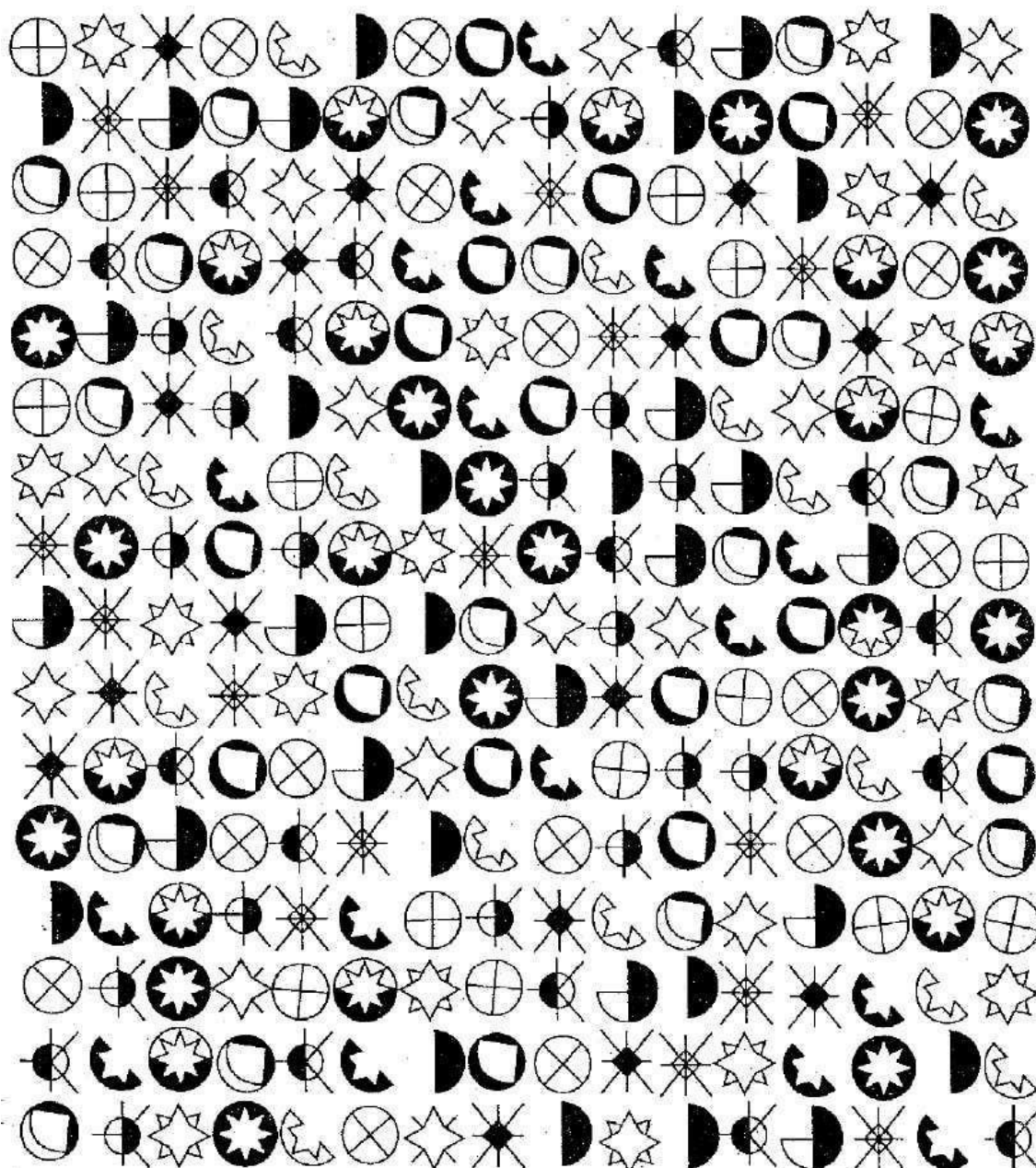
II. ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN:

A. DÍGITOS EN REGRESIÓN: Pida que repita cada serie en orden progresivo, es decir del último al primer; ej: 2-5, respuesta "5-2". Si logra repetir el primer ensayo, se pasa a la serie siguiente.

SERIE	PUNTAJE
4-8/9-1	0-2 puntos
2-8-3/7-1-6	0-3 puntos
8-6-3-2/2-6-1-7	0-4 puntos
6-3-5-9-1/3-8-1-6-2	0-5 puntos

TOTAL: 14 PUNTOS

B. DETENCIÓN VISUAL: se le coloca la hoja de detección visual frente al sujeto y se le pide que marque con una "X" todas las figuras que sean iguales al modelo, el cual se presentara durante 3 segundos, suspender a los 60 segundos.



ACIERTOS:
ERRORES:

TOTAL: 07 PUNTOS

c. **SUSTRACCIÓN:** Pide que a 20 le reste 3. No proporcione ayuda, suspenda después de 5 operaciones.

20/17/14/11/8/5

TOTAL: 05 PUNTOS

PUNTAJE TOTAL BLOQUE II: 26 PUNTOS

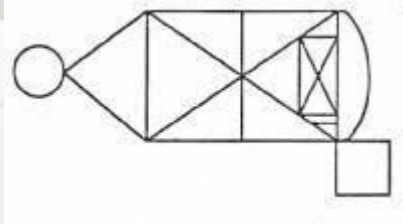
III. CODIFICACIÓN

A. MEMORIA VERBAL ESPONTÁNEA

Enuncie la serie de palabras y pida que la repita una vez que usted termine.

1ER ENSAYO	2DO ENSAYO	3ER ENSAYO
Gato	Mano	Codo
Pera	Vaca	Fresa
Mano	Fresa	Pera
Fresa	Gato	Vaca
Vaca	Codo	Gato
Codo	Pera	Mano
TOTAL: 02 puntos	TOTAL: 02 puntos	TOTAL: 02 puntos

B. PROCESO VISOESPACIAL: Copia de figura semicomplejo






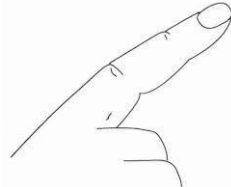

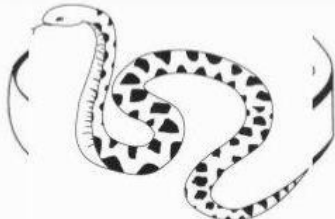
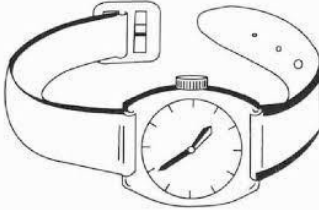

TOTAL: 12 puntos

PUNTAJE TOTAL BLOQUE III: 18 PUNTOS

IV. LENGUAJE

A. DENOMINACIÓN: Pide que nombre lo que observa en las láminas de la 2 a la 9 del material anexo y anote la respuesta.

1. Chivo	
2. Guitarra	

3. Trompeta	
4. Dedo	
5. Llave	
6. Serpiente	
7. Reloj	
8. Bicicleta	

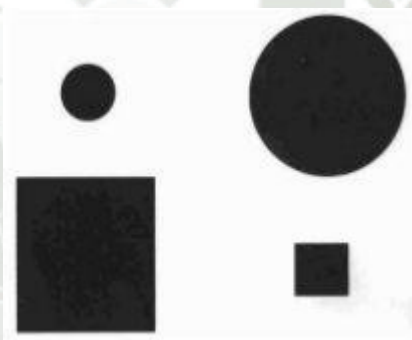
TOTAL: 08 PUNTOS

B. REPETICIÓN: pida que repita las siguientes palabras y oraciones

	RESPUESTA	PUNTAJE	
Sol	-----	0	1
Ventana	-----	0	1
El niño llora	-----	0	1
El hombre camina lentamente por la calle	-----	0	1

TOTAL: 04 PUNTOS

C. COMPRENSIÓN: Presente la lámina y evalúe la comprensión de las siguientes instrucciones



	PUNTAJE	
Señale el cuadrado pequeño	0	1
Señale un círculo y un cuadrado	0	1
Señale un círculo pequeño y un cuadrado grande	0	1
Toque el círculo pequeño si hay un cuadrado grande	0	1
Toque el cuadrado grande en lugar del círculo pequeño	0	1
Además de tocar los círculos, toque el cuadrado pequeño	0	1

TOTAL: 06 PUNTOS

D. FLUIDEZ VERBAL: Pida que nombre en un minuto todos los animales que conozca. Posteriormente, empleando el mismo tiempo, solicite que mencione todas las palabras que recuerde que inicien con la letra “F” sin que sean nombres propios o palabras derivadas.

Nombres de animales FLUIDEZ SEMÁNTICA		Palabras que inician con la letra "F" FLUIDEZ FONOLÓGICA	
1)	2)	1)	2)
3)	4)	3)	4)
5)	6)	5)	6)
7)	8)	7)	8)
9)	10)	9)	10)
11)	12)	11)	12)
13)	14)	13)	14)
15)	16)	15)	16)
17)	18)	17)	18)
19)	20)	19)	20)
21)	22)	21)	22)
23)	24)	23)	24)
25)	26)	25)	26)
27)	28)	27)	28)

FLUIDEZ SEMÁNTICA

Puntaje Natural	Valor Codificado
0-8	1
9-18	2
19-24	3
25-28	4

FLUIDEZ FONOLÓGICA

Puntaje Natural	Valor Codificado
0-8	0-8
9-18	9-18
19-24	19-24
25-28	25-28

TOTAL: 08 PUNTOS

PUNTAJE TOTAL BLOQUE IV: 26 PUNTOS

- V. LECTURA:** Pida que lea en voz alta la lectura. Menciona que se le harán preguntas sobre su contenido.

EL GUSANO Y LA MARIPOSA

DOS GUSANOS CAYERON AL AGUA. UNO DE ELLOS PENSÓ QUE ERA INÚTIL TRATAR DE SALVARSE YA QUE NUNCA LOGRARÍA LLEGAR HASTA LA ORILLA. SE DEJÓ ENTONCES LLEVAR POR LA CORRIENTE Y SE AHOGÓ.

EL OTRO TRATÓ DE SALIR. PENSÓ QUE QUIZÁS LO LOGARÍA, QUE ERA MEJOR INTENTAR QUE DEJARSE LLEVAR POR LA CORRIENTE Y AHOGARSE INEVITABLEMENTE.

ENTONCES NADÓ CON TODAS SUS FUERZAS LARGO RATO.

CUANDO YA PENSABA QUE NO PODÍA MÁS Y QUE AÚN LA ORILLA ESTABA MUY LEJOS, SINTIÓ QUE SE CONVERTÍA EN MARIPOSA Y LE APARECIAN UNAS ALAS ENORMES EN SU ESPALDA. ENTONCES SALIÓ VOLANDO Y ESCAPÓ DE MORIR AHOGADO.

	RESPUESTA	PUNTAJE	
1. ¿Por qué se ahogó el gusano?		0	1
2. ¿Qué paso con el otro gusano?		0	1
3. ¿Cómo se salvó el gusano?		0	1

PUNTAJE TOTAL BLOQUE V: 03 PUNTOS

VI. ESCRITURA

		RESPUESTA	PUNTAJE	
A. DICTADO	El perro camina por la calle		0	1
B. COPIADO	Las naranjas crecen en los árboles		0	1

PUNTAJE TOTAL BLOQUE VI: 02 PUNTOS

VII. FUNCIONES EJECUTIVAS

A. CONCEPTUAL

- SEMEJANZAS

	RESPUESTA	PUNTAJE		
1. naranja/pera		0	1	2
2. perro/cabello		0	1	2
3. ojo/nariz		0	1	2

TOTAL: 06 PUNTOS

- **CÁLCULO:** Pida que resuelva mentalmente

	RESPUESTA	PUNTAJE	
1. 13+15		0	1
2. 12 soles +9-14		0	1
3. 2 ½ docena		0	1

TOTAL: 03 PUNTOS

- **SECUENCIA
CIÓN
TOTAL: 01
PUNTOS**

B. MOTORA

- **POSICIÓN DE LA MANO**

PUNTAJE		
0	1	2
0	1	2

Der

echa

Izqu

ierd

a

TOTAL: 04 PUNTOS

- **MOVIMIENTOS
ALTERNOS
TOTAL: 02
PUNTOS**

- **REACCIONES
OPUESTAS
TOTAL: 02
PUNTOS**

PUNTAJE TOTAL BLOQUE VII: 18 PUNTOS

VIII. FUNCIONES DE EVOCACIÓN

A. MEMORIA VISOESPACIAL/ VERBAL: Pida que recuerde y evoque las palabras que anteriormente aprendió.

- gato

- mano
- codo
- pera
- vaca
- fresa

TOTAL: 06 PUNTOS

B. MEMORIA VERBAL / POR CLAVES: Pida que recuerde las palabras anteriormente memorizadas de acuerdo con las siguientes categorías.



- Partes del cuerpo
- Frutas
- Animales

TOTAL: 06 PUNTOS

C. RECONOCIMIENTO: Lea las siguientes palabras y pida que reconozca aquellas que pertenecen a la serie memorizada anteriormente.

- Boca
- Gato*
- Cama
- Pera*
- Flor
- Codo*
- Árbol
- Gallo
- Lápiz
- Fresa*
- Vaca*
- Mano*
- Zorro
- Ceja

TOTAL: 06 PUNTOS

**PUNTAJE TOTAL BLOQUE VIII: 18
PUNTOS**

ESCOLARIDAD NULA

EDAD	NORMA L	LEVE	MODERAD O	SEVER O
16-30	91-60	59-45	44-30	29-14
31-50	94-68	67-54	53-41	40-28
51-65	90-59	58-44	43-28	27-13
66-85	75-48	47-34	33-20	19-6

1 A 4 AÑOS DE ESCOLARIDAD

EDAD	NORMA L	LEVE	MODERAD O	SEVER O
16-30	104-73	72-58	57-42	41-27
31-50	104-81	80-69	68-58	57-46
51-65	97-77	76-67	66-57	56-47
66-85	89-61	60-46	45-32	31-18

5 A 9 AÑOS DE ESCOLARIDAD

EDAD	NORMAL	LEVE	MODERAD O	SEVER O
16-30	113-102	101-97	96-86	85-75

31-50	117-106	105-101	100-90	89-79
-------	---------	---------	--------	-------



51-65	110-98	97-91	90-79	78-67
66-85	90-80	79-72	71-56	55-39

**ESCOLARIDAD DE 10-
24 AÑOS**

EDAD	NORMAL	LEVE	MODERAD O	SEVER O
16-30	114-103	102-98	97-87	86-77
31-50	112-102	101-97	96-88	87-78
51-65	101-93	92-88	87-80	79-72
66-85	91-78	77-72	71-59	58-40



PRUEBA DE MOCA (Nasreddine, 2005)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA®)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

Versión 8.1 Spanis(Spain)

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nivel de estudios: _____

FECHA: _____

Sexo: _____

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA

Copiar el cubo

Dibujar un RELOJ (Once y diez) (3 puntos)

Contorno Números Agujas

PUNTOS /5

IDENTIFICACIÓN

PUNTOS /3

MEMORIA	ROSTRO	SEDA	TEMPLO	CLAVEL	ROJO	PUNTOS
Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.	1 ^{er} INTENTO					NINGÚN PUNTO
	2 ^o INTENTO					

ATENCIÓN	El paciente debe repetirlos en el mismo orden.	[] 2	1	8	5	4	PUNTOS
Lea la serie de números (1 número/seg.)	El paciente debe repetirlos en orden inverso.	[] 7	[] 4	[] 2			<u> </u> /2

ATENCIÓN	[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB	PUNTOS
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 ≥ 2 errores.		<u> </u> /1

ATENCIÓN	[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	PUNTOS
Restar de 7 en 7 empezando desde 100.						<u> </u> /3
	4 o 5 restas correctas: 3 puntos, 2 o 3 restas correctas: 2 puntos, 1 resta correcta: 1 punto, 0 restas correctas: 0 puntos					

LENGUAJE	Repetir: Solo sé que le toca a Juan ayudar hoy. []	El gato siempre se esconde debajo del sofá cuando hay perros en la habitación. []	PUNTOS
			<u> </u> /2

LENGUAJE	Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "F" en 1 minuto. [] ____ (N ≥ 11 palabras)	PUNTOS
		<u> </u> /1

ABSTRACCIÓN	Semejanza entre p. ej. plátano-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla	PUNTOS
		<u> </u> /2

RECUERDO DIFERIDO	(MIS)	Debe recordar las palabras SIN DARLE PISTAS	ROSTRO	SEDA	TEMPLO	CLAVEL	ROJO	PUNTOS
Puntuación de la escala de memoria (MIS)	X3		[]	[]	[]	[]	[]	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente MIS = <u> </u> / 15
	X2	Pista de categoría						
	X1	Pista de elección múltiple						

ORIENTACIÓN	[] Fecha	[] Mes	[] Año	[] Día de la semana	[] Lugar	[] Localidad	PUNTOS
							<u> </u> /6

© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org MIS: /15
(Normal ≥ 26/30)

Administrado por: _____ Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios

Se requiere formación y certificado para garantizar la exactitud. TOTAL /30

MOCA - Spain/Spanish - Version of 19 Feb 2018 - Mapi.
ID0610217/MOCA-8.1-Test_AU1.0_spa-ES.doc

CALIFICACIÓN:

La calificación máxima posible de *MoCA*® es 30 puntos. En personas con 12 o menos años de escolaridad se debe ajustar la calificación sumando 1 punto adicional a la calificación total.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

El puntaje máximo posible de *MoCA*® es 30 puntos. En personas con 12 o menos años de escolaridad se debe ajustar la calificación sumando 1 punto adicional a la calificación total. Para interpretar es necesario considerar lo siguiente:

- **Probable trastorno cognitivo:** 0-25 puntos.
- **Se considera normal:** 26-30 puntos.

