

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicología Clínica

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

**DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL INSTITUTO  
PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN DE LA CIUDAD DE QUITO.**

**Autor(es):** Rosa Poleth Naranjo Carranza

Milton Abimael Velásquez Chávez

**Tutor:** Doctor Manuel Cañas Phd.

**Riobamba - Ecuador**

**Año 2017**

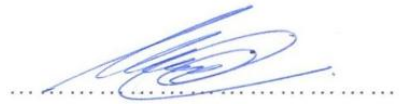
## REVISION DEL TRIBUNAL

Los miembros del Tribunal de Graduación del Proyecto de Investigación con el Título “**DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN DE LA CIUDAD DE QUITO**” presentado por la Srta. Rosa Poleth Naranjo Carranza y el Sr. Milton Abimael Velásquez Chávez y dirigida por el Dr. Manuel Cañas Phd. Una vez revisado el informe final del Proyecto de Investigación con fines de graduación y verificado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remiten el presente para uso y custodia en la biblioteca de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Por constancia de lo expuesto firman:

Phd. Cañas Lucendo Manuel

**Tutor**



**Firma**

Mgs. Santos Diego

**Miembros del Tribunal**



**Firma**

Mgs. Mazón Juan Pablo

**Miembros del Tribunal**



**Firma**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**CERTIFICADO**

Certifico que la Srta. Rosa Poleth Naranjo Carranza con CI. 060414776-9 y el Sr. Milton Abimael Velásquez Chávez con CI. 060395403-3, egresados de la carrera de Psicología Clínica, una vez revisado el informe final del Proyecto de Investigación escrito, en el cual consta el cumplimiento de las observaciones realizadas, se encuentran aptos para presentarse a la defensa pública del Proyecto de Investigación **“DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN DE LA CIUDAD DE QUITO”**.

Riobamba, 11 de diciembre de 2017

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Manuel Cañas Lucendo".

Phd. Cañas Lucendo Manuel

**TUTOR**

## DERECHO DE AUTORIA

La responsabilidad del contenido de este Proyecto de Investigación, nos corresponde exclusivamente a: Rosa Poleth Naranjo Carranza y Milton Abimael Velásquez Chávez, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Rosa Poleth Naranjo Carranza

CI. 060414776-7



Milton Abimael Velásquez Chávez

CI. 060395403-3

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecerte a ti mi Dios por haberme brindado valor, fortaleza y bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque, hiciste realidad este sueño tan anhelado.

A mi madre Rosita Carranza, hermanos David y Andrés Carranza por ser la base fundamental para cumplir con mis metas, por fomentar en mí, valores e inculcar sobre mi constante perseverancia a mis mejores amigas Verónica Rodríguez y Karina Calderón, por su apoyo incondicional y amistad fraterna.

### **ROSA NARANJO**

Agradezco a Dios y de manera muy especial y sincera a mis padres, a mi Papá que ha sido la persona que ha inculcado en mí, el hábito del estudio y la filosofía para formarme profesionalmente, gracias a Mamá por el amor, valor, dedicación y preocupación a cada segundo. Confío que con el esfuerzo, apoyo y perseverancia, seguir triunfando en la vida

**MILTON VELÁSQUEZ**

## **DEDICATORIA**

Este éxito lo dedico a Dios quien fue mi fuerza, a mi madre y mis hermanos por formar parte diaria de mi motivación para lograr cumplir mis sueños.

**ROSA NARANJO**

Este trabajo está dedicado a mis hermanos, que con su ejemplo, virtudes y valores me enseñaron que la vida es bella. A mis abuelos, tíos y amistades que con cada consejo, encaminaron mi rumbo de buena manera pese a existir obstáculos y errores que marcaron mi vida al igual que todo lo bueno.

**MILTON VELÁSQUEZ**

# ÍNDICE GENERAL

PORTADA	I
REVISIÓN DEL TRIBUNAL	II
CERTIFICADO DE TUTORIA	III
DERECHO DE AUTORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
INDICE GENERAL	VII
ÍNDICE DE TABLAS	IX
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento del problema	2
Justificación	3
OBJETIVOS	4
Objetivo General	4
Objetivos Específicos	4
ESTADO DEL ARTE	5
Esquizofrenia	6
Características Clínicas	7
Criterios diagnósticos para la Esquizofrenia según el DSM-V	8
Criterios diagnósticos de la Esquizofrenia según el CIE-10	9

Subtipos de la Esquizofrenia según el CIE – 10	10
Causas etiológicas de la Esquizofrenia	11
Tratamiento en la Esquizofrenia	13
Deterioro cognitivo en Esquizofrenia	13
Funciones cognitivas	14
<b>METODOLOGÍA</b>	<b>18</b>
Tipo de la investigación	18
Diseño de la investigación	18
Nivel de la investigación	18
Población y muestra	18
Criterios de inclusión y exclusión	19
Instrumentos para la recolección de datos	19
Batería Neuropsicológica breve en español “NEUROPSI”	19
Procedimiento	20
Técnicas para procedimiento e interpretación de datos	20
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>21</b>
Resultados	21
Discusión	26
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>29</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>30</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>31</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>35</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos según el DSM-V	8
Tabla 2. Criterios diagnósticos según el CIE-10	9
Tabla 3. Datos socio demográficos	21
Tabla 4. Nivel de Deterioro Cognitivo	22
Tabla 5. Subtipos de esquizofrenia	22
Tabla 6. Puntuación de funciones cognitivas	23
Tabla 7. Correlación de las variables	25

## RESUMEN

El presente proyecto de investigación fue desarrollado en el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de la ciudad de Quito, se analizó el Deterioro Cognitivo en pacientes esquizofrénicos de tipo paranoide, hebefrénica, indiferenciada y residual, participaron 15 personas quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Este estudio es de campo, de diseño no experimental, de corte transversal y nivel descriptivo, ya que se analizó las variables de manera cuantitativa, obteniendo valores de frecuencias y porcentajes. La batería psicológica utilizada fue el Test Neuropsi, el cuál indicó el nivel de Deterioro Cognitivo, obteniendo como resultados: 1 paciente con 6,7 % normal, 5 pacientes con 33,3 % deterioro cognitivo leve, 3 pacientes con 20% deterioro cognitivo moderado y 6 pacientes con 40% deterioro cognitivo severo. Se concluyó que los pacientes esquizofrénicos presentan en su mayoría, un nivel de deterioro cognitivo severo, pese a no existir una relación estadísticamente significativa entre subtipos de Esquizofrenia y nivel de Deterioro Cognitivo, además se comprobó la existencia de déficit en su funcionamiento cognitivo, mostrándose afectadas, la atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas, mientras que el área de menor afectación es la orientación. Ante los resultados obtenidos se recomienda brindar un seguimiento adecuado por parte de los profesionales para la conservación de sus funciones, además desarrollar estrategias para asegurarse de que el paciente cumpla adecuadamente con el tratamiento dado por el profesional, para obtener beneficios a largo plazo.

Palabras clave: Esquizofrenia, Características Clínicas, Deterioro Cognitivo, Funciones Cognitivas.

## ABSTRACT

This research work was developed in el Sagrado Corazón Psychiatric Institute in the city of Quito. The Cognitive Impairment in paranoid, hebephrenic, undifferentiated and residual schizophrenic patients was analyzed; 15 people participated who met the inclusion criteria. This study is of field, non-experimental design, cross-section and descriptive level, since the variables were analyzed quantitatively, obtaining values of frequencies and percentages. The psychological battery used was the Neuropsi Test, which indicated the level of Cognitive Impairment, obtaining as results: 1 patient with 6.7% normal cognitive impairment, 5 patients with 33.3% mild cognitive impairment, 3 patients with 20% moderate cognitive impairment and 6 patients with 40% severe cognitive impairment. It was concluded that schizophrenic patients mostly present a level of severe cognitive impairment, despite the fact that there is no statistically significant relationship between Schizophrenia subtypes and Cognitive Impairment level, as well as the existence of deficits in their cognitive functioning, being affected, attention, memory, language and executive functions, while the area of least involvement is orientation. Given the results obtained, it is recommended to provide an adequate follow-up by the professionals for the preservation of their functions, as well as to develop strategies to ensure that the patient complies adequately with the treatment given by the professional, in order to obtain long-term benefits.

Key words: Schizophrenia, Clinical Characteristics, Cognitive Impairment, Cognitive Functions.

Translation reviewed by: Fuertes, Narcisca

Language Center Teacher



## INTRODUCCIÓN

En pacientes con diagnóstico de esquizofrenia es importante tomar en cuenta que su incapacidad no debe influir en su proceso existencial y vivencial. En la evolución humana, el entorno familiar, físico y personal, son necesarios para el desarrollo y la subsistencia. Por ello, si el vínculo que pueda establecerse entre ambos, se ve deteriorado, es necesario tener un apropiado manejo del paciente esquizofrénico y mejorar sustancialmente la calidad de vida, reduciendo el desarrollo de complicaciones cognitivas, mediante la reinserción del paciente en terapias ocupacionales, psicológicas, actividades físicas, además de la creación de nuevas instituciones tanto públicas como privadas, que atiendan diversidades cognitivas, o se encaminen en el desarrollo de planes y programas educativos que vayan directamente enfocados con el Plan Nacional del Buen Vivir (SENPLADES, 2009).

La Esquizofrenia es un trastorno mental que ocasiona gran incapacidad social y laboral, en el que se puede palpar deterioro en el funcionamiento cognitivo, impidiendo tener buenas relaciones interpersonales, requiriendo de tratamiento individual y grupal, por lo que es importante en el momento de planificar sus cuidados y en la toma de decisiones, tener un apropiado manejo del paciente para mejorar sustancialmente la calidad de vida reduciendo el desarrollo de complicaciones. La aparición de los antipsicóticos contribuyó en gran medida al tratamiento y control de los síntomas, tanto positivos como negativos que caracterizan la enfermedad, en algunos casos facilitó la adaptación del enfermo a su medio, pese a tener un tratamiento farmacológico adecuado (Mazaheri et al., 2014).

El deterioro cognitivo en la esquizofrenia forma parte de patologías que se presenta en ocasiones antes del primer brote psicótico, formandola pérdida progresiva de las funciones cognitivas, un declive con respecto al nivel del funcionamiento previo, una pérdida parcial o global de las capacidades adquiridas, reflejando disminución del rendimiento de, al menos una de las capacidades mentales o intelectivas como la atención, la memoria, la orientación, el lenguaje, razonamiento, funciones ejecutivas, calculo, habilidad constructiva, habilidad visoespacial, entre otras que no siempre resultan demostrables (Arévalo y Veloz, 2017).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las cifras estadísticas de la Organización Mundial de la Salud OMS, indican que la esquizofrenia, aqueja a más de 21 millones de personas en el mundo. Hay más prevalencia en hombres (12 millones), que en mujeres (9 millones). Se desarrolla generalmente más temprano en hombres que en mujeres, produce una discapacidad considerable, afectando a nivel laboral y educativo. Las personas con esta enfermedad tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana, en comparación a la población mundial, debido a la comorbilidad con enfermedades físicas, cardiovasculares y metabólicas (OMS, 2016).

Estudios e investigaciones realizadas en emigrantes del Caribe a Europa, indican que hay factores que desencadenan esta patología, como: la perturbación de la identidad racial, minorías étnicas, carencias sociales y sensibilidad a infecciones gripales. Demostrando que los factores genéticos, no siempre son predisponentes sino, que existen causas ambientales multifactoriales: la xenofobia, la falta de identidad, marginación y progresiva concentración de población, que influyen en la aparición de la esquizofrenia (Rodríguez, Kohn y Aguilar, 2009).

El Ministerio de Salud Pública (2008), indica, que la esquizofrenia es la enfermedad mental con más prevalencia (38%), en pacientes ingresados a los cinco hospitales psiquiátricos del Ecuador, en tanto que en dispensarios ambulatorios, la ansiedad es la patología con más prevalencia. Este estudio refleja estadísticas de pacientes con esquizofrenia, que sufren deterioro cognitivo debido a los síntomas positivos y negativos, factores genéticos, abuso de fármacos y varios factores que hasta la actualidad se encuentran en estudio a nivel mundial y como tema de discusión en Ecuador.

Hoy en día, las personas con esquizofrenia presentan diferentes alteraciones neuropsicológicas y cognitivas, resultando ser las funciones más afectadas memoria, función ejecutiva y atención. Y aquellas que requieren más esfuerzo en procesar la información, son memoria viso espacial, atención sostenida, memoria verbal de trabajo y el proceso perceptivo motor. Por tanto el deterioro cognitivo, produce un inadecuado proceso en la información, dificultando el aprendizaje y adquisición de habilidades más complejas (Selma, 2008).

## JUSTIFICACIÓN

Durante la realización de las prácticas pre profesionales en el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de la ciudad de Quito, se pudo detectar la presencia de una serie de signos y síntomas clínicos en los pacientes con esquizofrenia relacionados principalmente con su funcionamiento cognitivo, encontrándose alterado su pensamiento, memoria, lenguaje, orientación, atención, concentración, fluidez verbal, lo cual les ha ido impidiendo tomar decisiones y pensar con claridad, sin poder tener respuestas emocionales normales.

Por esta razón se ha decidido realizar un estudio de investigación, ya que se pretende analizar el deterioro cognitivo en personas con diagnóstico de esquizofrenia, considerando primordial, aportar información útil sobre el funcionamiento cognitivo, que permita mejorar la calidad de vida de los pacientes, e incentivar a la creación de proyectos de intervención psicosocial y cognitiva. Los beneficiarios serán los pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de la ciudad de Quito que presentan un diagnóstico de diferentes tipos de esquizofrenia.

La investigación es factible debido al interés del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, la disponibilidad de recursos humanos necesarios para el proyecto y el consentimiento firmado por los representantes de los pacientes que presentan un diagnóstico de esquizofrenia, es útil ya que cuenta con material bibliográfico, fundamentación teórica de las variables, sin ningún riesgo para el paciente, ni financiamiento económico.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Analizar el deterioro cognitivo y subtipos de esquizofrenia en los pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de la ciudad de Quito.

### **Objetivos específicos**

- Identificar el nivel de deterioro cognitivo en los pacientes con esquizofrenia.
- Determinar los subtipos de esquizofrenia en los pacientes.
- Describir las diferentes funciones cognitivas en los pacientes con esquizofrenia.
- Relacionar el nivel de deterioro cognitivo y subtipos de esquizofrenia.

## **ESTADO DEL ARTE**

En el estudio Especificaciones neurocognitivas en subtipos de esquizofrenia paranoide y no paranoide, realizado por Damonte, Rodríguez, Galaverna, Morra y Bueno (2013), participó un grupo de 40 personas sanas de ambos sexos, de veinte años en adelante y dos grupos de 20 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y esquizofrenia no paranoide. Los resultados mostraron que hay deterioro cognitivo general en pacientes esquizofrénicos a comparación del grupo sano, las funciones cognitivas afectadas en pacientes con esquizofrenia paranoide son: funciones ejecutivas, memoria y atención a diferencia de los pacientes con esquizofrenia no paranoide (residual e indiferenciada), además que el funcionamiento cognitivo general está más conservado en pacientes con esquizofrenia paranoide que en pacientes con esquizofrenia no paranoide.

La investigación llamada Relación entre el funcionamiento cognitivo y el desempeño psicosocial, realizada por Murcia (2015), conformada por 52 sujetos, mayores a 18 años con diagnósticos de esquizofrenia. Los resultados mostraron un rendimiento por debajo de la media en la memoria, atención, funciones ejecutivas y funciones viso espacial. En lo que corresponde a la memoria, hay déficit en memoria verbal, visual inmediata y diferida, mientras que en atención hay déficit en atención sostenida, dividida y amplitud atencional. Mientras que las funciones ejecutivas deterioradas son memoria de trabajo, abstracción verbal, flexibilidad cognitiva y planificación.

En el estudio Funcionamiento Neurocognitivo y su Relación con el Déficit Cognitivo Social en Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Crónica, participaron 96 personas de 21 y 65 años, divididos en dos grupos: 48 personas grupo control sano, y 48 pacientes con esquizofrenia crónica. Los resultados indicaron evidente alteración neurocognitiva a nivel general en pacientes con esquizofrenia crónica que en el grupo sano, las funciones afectadas neurocognitivamente son la memoria y lenguaje, las funciones básicas afectadas son: velocidad de procesamiento y los procesos atencionales como amplitud atencional, atención selectiva, atención sostenida y control atencional inhibitorio (Damonte et al., 2013).



## **La Esquizofrenia**

Kraepelyn (como citan Novella y Huertas, 2010) mencionan que la esquizofrenia era definida como un tipo de demencia precoz, caracterizada por la pérdida de conexiones internas psíquicas, daños emocionales y volitivos de la mente. Se dividió en 4 categorías: demencia simple, paranoia, hebefrenia y catatonía. Actualmente se define a la esquizofrenia como trastorno mental, que se destaca por la alteración y daño funcional en la conciencia y percepción, además de producir problemas considerables en las áreas social y personal que rodean al sujeto conllevando a producir un evidente cambio en el comportamiento.

De acuerdo a la OMS (2016) la esquizofrenia es un trastorno mental, determinado por la distorsión del pensamiento, cambios repentinos en las emociones, alteración de las percepciones, lenguaje, conciencia de sí mismo y el comportamiento o conducta humana. Entre la sintomatología característica de esta enfermedad se destacan las alucinaciones, delirios y conductas extravagantes, además esta patología está asociada como causante de incapacidad progresiva, que afecta al desempeño educativo y laboral.

El trastorno esquizofrénico, produce un daño perjudicial notorio en el desenvolvimiento normal y adecuado del sujeto, las áreas afectadas durante el transcurso de esta patología son: el comportamiento, el pensamiento, los órganos sensorio-perceptivos y el área afectiva y volitiva, provocando además un notable déficit en el desenvolvimiento interpersonal y dentro del contexto familiar, conjuntamente a esto, se destaca la alteración significativa en determinadas funciones cognitivas (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013).

La esquizofrenia es un trastorno mental psicótico, mantenido durante al menos seis meses, acompañada de la aparición de síntomas, evidentes durante al menos un mes en la fase inicial como: ideas de persecución, alucinaciones sensoriales, lenguaje alterado y perturbado, funcionalidad psicomotriz trastornada y aparición de síntomas negativos como: anhedonia y apatía. Esta patología se asocia con una disfuncionalidad personal, laboral determinando la dependencia del sujeto hacia terceras personas (Campero, Encinas y Campero M, 2009).

## Características clínicas

**Síntomas positivos:** Se denomina a la aparición de fenómenos que producen alteración en determinadas funciones cognitivas y el comportamiento (Janssen, 2017).

- *Alucinaciones:* Observar, escuchar, sentir algo que es irreal. Estas alucinaciones están desarrolladas por cualquiera de los cinco sentidos humanos que son, vista, olfato, gusto, oído. Las alucinaciones auditivas son las más frecuentes.
- *Delirios:* Son las creencias no racionales y falsas, implican una dificultad e incapacidad para discernir racionalmente las experiencias verdaderas o reales de aquellas que experiencias irreales.
- *Agitación:* Se refiere a aquella condición fisiológica que implica un estado de tensión y excitabilidad.
- *Pensamientos desorganizados:* Implican la creación de asociaciones desorganizadas, elaborar conclusiones sin bases suficientes para ser reales, conjuntamente con déficit de razonamiento lógico.
- *Comportamiento catatónico:* Se caracteriza por la presencia de estupor, excitación, movimientos de resitencia, rigidez y obediencia automática

**Síntomas negativos:** Se caracterizan por la disminución en el estado de ánimo y relaciones sociales en las que está inmiscuido y según Janssen (2017) se clasifican en los siguientes:

- *Retracción social:* La persona afectada se aparta de otras personas, permanecen solas y no sienten interés en desarrollar amistades o relacionarse con otras personas.
- *Apatía:* El individuo tiende a desarrolla sentimientos de vacío, además de tener claras dificultades para la continuación y culminación de planes.
- *Anhedonia:* Disminución en el ámbito afectivo, falta de motivación para participar en actividades que requieren su participación.
- *Retracción emocional:* Ausencia de signos que demuestren emoción, no demuestra sentirse triste o alegre, como por ejemplo, expresión facial disminuida.
- *Embotamiento afectivo:* Se denomina así a la disminución en la expresión facial, gestos de comunicación y reducción de emociones y sentimientos.

## Criterios diagnósticos de la Esquizofrenia según el DSM-V.

<b>Tabla 1: Criterios diagnósticos según el DSM – V (2013).</b>
<p>A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser 1, 2 o 3:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Delirios</li><li>2. Alucinaciones</li><li>3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).</li><li>4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.</li><li>5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).</li></ol>
<p>B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o, cuando comienza en la infancia o adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).</p>
<p>C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de 6 meses. Este período de 6 meses ha de incluir al menos 1 mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno pueden manifestarse únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).</p>
<p>D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque: 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.</p>
<p>E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.</p>

**Fuente:** DSM - V, 2013.

## Criterios diagnósticos de la Esquizofrenia CIE-10.

**Tabla 2. Criterios diagnósticos de la esquizofrenia según el CIE – 10.**

G1. Al menos uno de los síndromes, síntomas o signos de la lista (1), o al menos dos de los signos y síntomas de la lista (2), que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante el periodo de un mes o más (o algún tiempo durante la mayor parte del día).

1. Al menos uno de los siguientes: a) eco, robo, inserción del pensamiento o difusión de este; b) ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante; c) voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo; d) ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (p. ej., de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
2. O al menos de los siguientes: e) alucinaciones persistentes de cualquier modalidad cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente; f) interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos; g) manifestaciones catatónicas, tales como una excitación, flexibilidad cérica, negativismo, mutismo y estupor; h) síntomas negativos, tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se daban a depresión o a medicación neuroléptica.

G2. Criterios de exclusión mas comunmente usados: si el paciente cumple los criterios de episodio maniaco ( F30) o de episodio depresivo (F32), los síntomas esquizofrénicos (listas 1 y 2) Deben anteceder claramente al trastorno del humor (afectivo).

G3. El trastorno no es atribuible a enfermedad cerebral manifiesta o a intoxicación por alcohol o sustancias psicótropas o una abstinencia de estos.

**Nota:** Vallejo Ruiloba, 2006.

## **Subtipos de la Esquizofrenia según el CIE – 10 (1992).**

A continuación se describen los diferentes subtipos de esquizofrenia que propone la OMS (como cita Nieva 2010) acerca de la sintomatología y características principales de cada subtipo, ya que las pautas diagnósticas y tratamiento varían.

### ***Esquizofrenia paranoide***

Los delirios y alucinaciones predominan en este tipo de esquizofrenia, las ideas delirantes más frecuentes son: de celos, de ser un enviado especial, ser perseguido, pueden presentarse alucinaciones: visuales, auditivas, corporales, gustativas. El cuadro clínico es episódico, parcial o por completo en la vida del sujeto, también aparecen trastornos del lenguaje o afectividad (Nieva, 2010).

### ***Esquizofrenia hebefrénica***

La característica principal en este tipo son los trastornos afectivos, los delirios y alucinaciones no son duraderas, y existe afectación en la conducta del individuo. Contenido del pensamiento incoherente. Aparece a los 15 y 25 años, hay la presencia de síntomas negativos como: aplanamiento afectivo, anhedonia, embotamiento afectivo. El comportamiento de la persona carece de lógica o sentido por sus actos equívocos. Se requiere al menos de tres meses de observación para dar el diagnóstico (Nieva, 2010).

### ***Esquizofrenia Catatónica***

Este tipo de esquizofrenia se muestra de de dos formas: catatonía agitada o catatonía estuporosa. En la catatonía agitada se evidencia actividades carentes de objetivos, estereotipias, en ocasiones impulsividad extrema, su discurso es raro y estereotipado, el sujeto mantiene retracción la mayor parte del tiempo. En la forma estuporosa se destaca la aparición combinada y diversa de negativismo, rigidez, flexibilidad cérea y actitudes catatónicas. En determinados casos la duración de una forma puede ser de días o meses antes de pasar a la otra (Moore y Jefferson, 2005).

### ***Esquizofrenia Simple***

La edad de aparición de este tipo es precoz, brota en la etapa de la infancia y continúa desarrollándose progresiva y crónicamente con el paso de los años, el curso clínico está sometido por la destrucción de la voluntad, empobrecimiento del pensamiento y aplanamiento afectivo. Estas personas se distancian de sus objetivos, con el tiempo se vuelven apáticos, pierden el interés por el resto, en determinados casos se puede apreciar comportamientos raros e ideas delirantes quebrantadas, no es raro que estos sujetos se conviertan en vagabundos (Moore y Jefferson, 2005).

### ***Esquizofrenia Residual***

Curso del cuadro clínico crónico, claro desarrollo de sintomatología inicial en el que incluyen las pautas de esquizofrenia, en el estadio final aparecen síntomas negativos como: apatía, anhedonia o aplanamiento afectivo. Para diagnosticar deben predominar síntomas negativos al menos un año, en tanto los síntomas positivos deben estar disminuidos o ausentes (Nieva, 2010).

### ***Esquizofrenia indiferenciada***

Para el diagnóstico de este subtipo hay que tener en cuenta que se deben cumplir los criterios diagnósticos generales de esquizofrenia, pero el cuadro clínico de cualquier caso individual no encaja con los tipos de esquizofrenia previamente descritos, este tipo se diagnostica cuando se ha intentado clasificar según las pautas diagnósticas de estos tres tipos: hebefrénico, catatónico o paranoide (Moore y Jefferson, 2005).

## **Causas etiológicas de la esquizofrenia**

### ***Déficit del neurodesarrollo***

Una hipótesis para determinar la aparición de la esquizofrenia, es que, es un trastorno del neurodesarrollo, como consecuencia de una anormal conexión sináptica. Por lo que el déficit del neurodesarrollo, provoca disminución del factor neurotrófico derivado del cerebro BDNF en el sistema nervioso central, afectando la conexión sináptica. Estudios realizados han

demostrado que el proceso patológico del BDNF, en la sinapsis neuronal, afecta a estructuras como el cerebelo, el hipocampo y corteza, que son importantes para el funcionamiento de los procesos cognitivos en la materia cerebral (Robaina y Noa, 2013).

### ***Factor genético***

El factor genético en la esquizofrenia está apreciada entre el 75% y 80%. Un solo gen no es predisponente para adquirir esta patología, algunos genes podrían estar involucrados en gran o menor proporción como: la neuroregulina (NRG1), la disbindina (DISC-1), la prolina deshidrogenada y el regulador de la proteína G señalización- 4 (RGS4). Aunque se destaca la genética como factor, se debe tomar como referencia que los gemelos monocigóticos llegan a tener solo el 50% de probabilidades para ser portadores de esquizofrenia (Pino et al., 2014).

### ***Factor ambiental***

Los factores ambientales riesgosos son: el consumo impulsivo de cannabis, la zona y temporada de nacimiento. Durante el embarazo los factores que producen riesgo son: virus herpes simple tipo 2, rubeola, gripe, el grado de vitamina D, toxoplasmosis, hambrunas, fallecimiento de un familiar directo en los primeros tres meses, ya que desembocaría en estrés grave. Además de factores de riesgo durante el parto como: incompatibilidad de Rh, hipoxia, extracción con aspiradora y pre-eclampsia (Gejman y Sanders, 2012).

### ***Alteraciones químicas***

La neurotransmisión glutamatérgica provoca hipofunción de los receptores NMDA, por lo que el neurotransmisor glutamato, está vinculado con la esquizofrenia. Otra hipótesis es que la serotonina, está involucrada en la aparición de esta patología, ya que hay evidencia de asociación de genes como la triptofano-hidroxilasa (TPH), la monoamino-oxidasa (MAO-A) y receptores de serotonina (5HT1A, 5HT1B), que codifican proteínas en el metabolismo de la serotonina. Y por último, al encontrar evidencias como: la hipofunción de la corteza prefrontal que favorece a síntomas negativos y cognitivos e hiperfunción subcortical que favorecen al apareamiento de estados psicóticos, plantean que la dopamina está involucrada en la aparición de la esquizofrenia (Robaina y Noa, 2013).

## **Tratamiento en la Esquizofrenia**

### ***Terapia Cognitiva-conductual***

Según García (2008), la terapia Cognitiva-conductual, ayuda al paciente esquizofrénico a crear alternativas realistas frente a delirios y pensamientos paranoides, brinda herramientas para contrarrestar la sintomatología negativa, ejecutar tareas y manejar auto recompensas que incentiven el desarrollo de actividades gratificantes para el paciente.

### ***Entrenamiento en habilidades sociales***

En pacientes con esquizofrenia, se pone énfasis en las relaciones sociales de la persona, debido a que el entorno del paciente se desarrolla en base al contacto con otras personas, por aquello, en psicoterapia se utilizan técnicas específicas, encaminadas a que el paciente aprenda a desarrollar sistemáticamente habilidades interpersonales nuevas, con la finalidad de mejorar la comunicación con otras personas, el expresar sentimientos positivos y negativos, despertar y mejorar la capacidad de compromiso y negociación, y así reinsertar al paciente al ámbito social (Muñoz y Ruíz, 2007).

### **Deterioro cognitivo en esquizofrenia**

Keefe (como citan Seco, et al., 2010), quienes mencionan, las personas que se encuentran diagnosticadas con algún tipo de esquizofrenia presentan varias causas u orígenes mostrando deterioro en el funcionamiento cognitivo, siendo las áreas más afectadas la atención, concentración, memoria, la velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas.

El deterioro cognitivo ocasiona alteración en el funcionamiento psicosocial, no permite el desarrollo de un adecuado insight y estrategias de afrontamiento, por lo que es necesario influenciar en la motivación para la incorporación en programas de rehabilitación que forman parte de un tratamiento (Galderisi, 2008).

Algunos estudios mencionan que los déficits cognitivos se encuentran formando un factor primordial que limita las posibilidades de reinsertarse en la comunidad (Cavieres, et al, 2014; Green, 2000; Krao y Liu, 2010).



## **Funciones Cognitivas**

### ***Atención***

Bleuler, expresaba que los trastornos de la atención no era de máxima importancia, ya que existían otros factores para que se dé la falta de motivación, creando así a la atención pasiva tomándolo como el control intencional de las acciones o del pensamiento, sin que forme parte de un estímulo externo (Lezak, 2004).

Holthausen et al. (como citan Lozano y Acosta, 2009) mencionan que el déficit en atención, a pesar de estar afectada no da lugar a otras alteraciones, y si llegara a darse afectará a la función intelectual, sin poder codificar o retener intacta la información aprendida.

### ***Memoria***

La memoria presenta un déficit que generalmente es grave, estableciendo un síndrome amnésico y un deterioro selectivo, mostrándose en los pacientes de diferentes formas siendo en algunos severos, los niveles de deterioro tienen cierto parentesco en actividades que suelen ser verbales como no verbales, siendo las mujeres las que presentan mayor déficit de memoria verbal que los hombres (Boyer, Phillips, Rousseau y Ilivitsky, 2007).

En investigaciones de Sponheim et al. (como citan Peña, Ezcurra y Gutiérrez, 2012) que hallaron pacientes con diagnósticos de esquizofrenia, mismos que mostraban intactos los procesos de memoria verbal implícita, pero alterada la función de memoria verbal explícita y que el déficit de memoria verbal declarativa estaba asociado con alteración cerebral medial-temporal.

Boyer, et al (2007), menciona que la memoria explícita o declarativa, es disfuncional en pacientes esquizofrénicos y constituye la memoria episódica y semántica, formando parte de errores durante los procesos de codificación, como el recuerdo y el reconocimiento.

Mientras que la memoria implícita, no necesariamente debe tener una referencia intencional o consciente de la información ya que mediante la aplicación de pruebas indirectas

o implícitas, se simboliza estímulos previamente presentados en comparación con estímulos nuevos (Redondo, Reales y Ballesteros, 2010).

### ***Lenguaje***

El lenguaje caracteriza el habla destacándose entre ellos síntomas como la irregularidad del pensamiento, que deriva modelos mentales ilógicos y confusos dando como resultado un lenguaje absurdo o de difícil comprensión que dificulta la comunicación (Hernández, 2008).

El limitar el discurso del paciente conlleva a una mala interpretación, impidiendo que se dé la formulación de ideas funcionales, desarrollo de habilidades interpersonales, mostrándose el lenguaje anormal con un habla distraída, perseverante, con ecolalia, neologismos y bloqueos sin coherencia y metas comunicativas (Hernández, 2008).

En la esquizofrenia se evidencia una organización anómala del lenguaje, la comunicación se muestra alterada comprometidas en la estructuración lógica y gramatical del habla, con independencia de las alteraciones del contenido del pensamiento como alucinaciones, delirios (Peña y Lillo, 2012).

Salavedra, Martínez y Barcelona (como cita Padilla, 2016) quien refiere la presencia de una laxitud asociativa, convierten el habla esquizofrénica en un discurso vago, confuso e incluso incoherente debido a la relajación de los vínculos lógicos del pensamiento a los que se asocian una serie de fenómenos.

### ***Funciones ejecutivas***

Entendida por García (2016), como la capacidad de planificar, iniciar, secuenciar, verificar una conducta para conseguir un objetivo, esta función se encuentra alterada en los pacientes esquizofrénicos desde los primeros brotes y en los que no consumen medicación.

Permite al paciente integrarse en procesos de control para ajustar y regular su procesamiento mental y conductual, el cual le permitiera adaptarse a diferentes situaciones que involucren la consecución de objetivos (Cadavid, 2008).

El déficit en funciones ejecutivas, asume una disfunción de los circuitos frontales, especialmente a nivel orbito frontal y dorso lateral (Telles y Vargas, 2006).

Son problemas de planificación que limitan la asociación ante la incapacidad de poder inhibir la estimulación y los patrones de respuesta irrelevantes, con lo que dificultaría la organización de una adecuada estrategia con la que poder alcanzar adecuadamente una meta (Crespo, Rodríguez, Barbás, Duarte y González, 2007).

Ojeda y López (como citan Ojeda, et al., 2010) mencionan que la capacidad de inhibición de respuestas, de planificar, organizar acciones, de persistir en una actividad, de encontrar soluciones novedosas a problemas, la capacidad de juicio, son funciones que se encuentran, en mayor o menor medida alteradas en los pacientes esquizofrénicos, la interacción cercana que se prodece entre todas estas funciones y la capacidad de control, hace al profesional o especialista verse inmiscuido en una situación difícil al momento de identificar con capacidad precisa y analítica los déficits ejecutivos afectados en pacientes.

### ***La planeación***

Las estrategias de aprendizaje y planeacion no se encontraban altamente desarrolladas, específicamente eran muy bajas, y en cambio las estrategias más primitivas como la repetición obtuvieron los puntos más altos, por lo que este tipo de proceso cognitivo es complejo, y por lo tanto, más difícil de desarrollar que otros (Chuvgunova y Kostromina, 2016).

Otorga al proceso en donde una persona puede integrar, secuenciar y desarrollar pasos u objetivos cortos para lograr metas ya sea a corto mediano o largo plazo (Flores y Ostrosky, 2008).

### ***Fluidez verbal***

Flores y Ostrosky (como citan Oviedo y Rivera, 2016) quienes refieren, que la fluidez verbal es el control conductual que permite inhibir respuestas impulsivas y procesos que se realizan en otras áreas del cerebro.

Esta capacidad se encuentra alterada ya que al momento de iniciar un discurso o conversa, no denotan facilidad al emitir frases, mostrando un inapropiado funcionamiento en su léxico (Urrego, 2011).

### ***Memoria de Trabajo***

Tiene un amplio efecto en la cognición, en pacientes esquizofrénicos los especialistas han utilizado tareas que requieren varios procesos de control cognitivo, por lo que es difícil determinar qué procesos cognitivos y neuronales específicos subyacen al deterioro de la memoria de trabajo, el inhibir el desarrollo motriz del paciente provoca una limitada capacidad para realizar tareas básicas y complejas, además de la reducción en el rendimiento de la conducta (Eichemil, Evan, Insel , Malapani, y Smith, 2014).

## **METODOLOGIA**

### ***Tipo de Investigación***

Es cuantitativa, de Campo ya que la investigación se realizará en el lugar donde se producen los hechos, para así poder actuar en el contexto y transformar una realidad.

### ***Diseño de la investigación***

Diseño no experimental de corte transversal, porque nos permite estudiar a los pacientes en un determinado periodo de tiempo.

### ***Nivel de Investigación***

La investigación es exploratoria, ya que compara las variables Deterioro Cognitivo y Esquizofrenia.

Descriptiva, porque describe el deterioro cognitivo de los pacientes esquizofrénicos, interpretando de manera demostrable los datos de investigaciones o estudios anteriores.

### **Población y Muestra**

Población: 69 pacientes diagnosticados con distintos subtipos de esquizofrenia los mismos que están ubicados en diferentes áreas del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón.

Muestra: 15 pacientes diagnosticados con distintos subtipos de esquizofrenia: Paranoide, hebefrénica, indiferenciada y residual, ubicados en las áreas de Psiquiatría varones y Psiquiatría crónicos y agudos mujeres.

### **Criterios de Inclusión:**

- Diagnóstico de esquizofrenia Paranoide, hebefrénica, indiferenciada y residual evaluado por el médico especialista en psiquiatría.

- Cumplir con los criterios diagnósticos del CIE -10.
- Que los efectos de la patología no sean debidos a una enfermedad neurológica.
- Pacientes con consentimiento informado, firmado por sus representantes.

#### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con escolaridad nula.
- Pacientes con antecedentes de consumo de sustancias alcohol y psicotrópicas.
- Pacientes sin consentimiento informado.

#### **Instrumentos para la recolección de datos**

##### **Batería Neuropsicológica breve en Español “NEUROPSI”**

Ostrosky, Ardila, Roselli (como citan Flores, Ostrosky y Lozano, 2008) refieren, la aplicación es individual, evalúa dominios específicos alterados por daños cerebrales, como, orientación, atención y concentración, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, lectura, escritura y cálculo, incluye procedimientos de lineamiento fijo tanto de administración como de la calificación de las sub pruebas, que incluye ítems relevantes que pueden ser aplicadas a personas analfabetas y de baja escolaridad.

Aporta datos cuantitativos y cualitativos, permite obtener un puntaje total y un perfil individual de funciones cognoscitivas y sus habilidades, se puede clasificar la ejecución del paciente utilizando la escolaridad y la edad del sujeto, en normal, alteración leve, alteración moderada y alteración severa, potencialmente, el NEUROPSI proporciona datos relacionados con distintos síndromes neuroanatómicos (Ostrosky, Ardila, y Roselli, 2004).

Para evidenciar la confiabilidad y validez de la batería psicológica, fue aplicado el Neuropsi a 40 personas cognoscitivamente intacta, en un periodo de 3 meses, la confiabilidad global test-retest fue 0.87, datos que muestran que las respuestas y errores son muy estables y que no existen efectos de practica o de deterioro en una población normal.

Clasificó correctamente a pacientes con demencia leve y moderada de un grupo control con exactitud mayor de 91.5%, y en sujetos con daño comprobado por Tomografía Axial

Computarizada, el Neuropsi clasifico en 95% de acierto. Usado para establecer índices de sensibilidad y especificidad en un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y en una muestra de pacientes con demencia y deterioro cognitivo incipiente (DCI) tanto en México como en Brasil (Ostrosky, Ardila, y Roselli, 2004).

## **Procedimiento**

Al obtener los permisos correspondientes por el Director del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, y bajo el consentimiento informado certificado por los pacientes, se procedió a la aplicación de la batería psicológica, corrección e interpretación de los resultados, luego generar una base de datos y por último se llevó a cabo el análisis de datos dando respuestas a nuestros objetivos y con las respectivas conclusiones y recomendaciones de la investigación.

## **Técnicas para procesamiento e interpretación de datos**

Para la recolección y organización de datos se utilizó como aplicaciones informáticas el EXCELL Y SPSS versión 23.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### Resultados

**Tabla 3. Datos sociodemográficos de pacientes con esquizofrenia.**

Variable	Categoría	Media	DE
<b>Edad</b>		52,13	11,06
Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>	<i>Hombre</i>	7	46,7%
	<i>Mujer</i>	8	53,3%
<b>Etnia</b>	<i>Montubio</i>	0	0,0%
	<i>Mestizo</i>	9	60,0%
	<i>Blanco</i>	6	40,0%
	<i>Afrodescendiente</i>	0	0,0%
	<i>Indígena</i>	0	0,0%
<b>Estado civil</b>	<i>Soltero</i>	12	80,0%
	<i>Casado</i>	2	13,3%
	<i>Unión libre</i>	0	0,0%
	<i>Divorciado</i>	0	0,0%
	<i>Viudo</i>	1	6,7%
<b>Escolaridad</b>	<i>Analfabeto</i>	0	0,0%
	<i>Leer y escribir</i>	0	0,0%
	<i>Estudios Primarios</i>	6	40,0%
	<i>Estudios Secundarios</i>	6	40,0%
	<i>Tercer Nivel</i>	3	20,0%
<b>Trabajo</b>	<i>Trabaja</i>	0	0,0%
	<i>No trabaja</i>	15	100%

**Fuente:** Historia clínica elaborada por el docente Tutor del proyecto PHD Manuel Cañas.

**Abreviaciones:** DE, desviación estándar

**Interpretación:** Tal y como se observa en la Tabla 1 los resultados indican que la edad media de la muestra es  $52,13 \pm 11,06$ , con un mínimo de edad de 23,00 y con un máximo de 71,00; el sexo femenino predomina con el 53,3% en comparación con el sexo masculino de 46,7 %, las etnias que predominan son mestizo con un porcentaje de 60,0% y blancos 40,0%; el estado civil varía, con una predominancia en solteros del 80%; así como en la escolaridad con un 80%, en los estudios primarios como en los estudios secundarios, y con un 20% el tercer nivel; y finalmente el 100% de la muestra no trabaja.



En relación con el objetivo específico 1. Identificar el nivel de deterioro cognitivo en los pacientes con esquizofrenia, los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 4.

**Tabla 4. Nivel de Deterioro Cognitivo en pacientes esquizofrénicos.**

<b>Nivel de Deterioro Cognitivo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Deterioro Cognitivo Severo</b>	6	40,0%
<b>Deterioro Cognitivo Moderado</b>	3	20,0%
<b>Deterioro Cognitivo Leve</b>	5	33,3%
<b>Normal</b>	1	6,7%
<b>Total:</b>	15	100%

**Fuente:** Batería Neuropsicológica Neuropsi aplicada a los pacientes esquizofrénicos del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón.

**Interpretación:** El 40% de los pacientes evaluados según el test Neuropsi se presenta con una alteración de deterioro cognitivo severo, el 20% presenta deterioro cognitivo moderado, el 33,30% presenta deterioro cognitivo leve, y el 6,7% no presenta deterioro cognitivo.

En relación con el objetivo específico 2. Determinar los subtipos de esquizofrenia en los pacientes, los resultados se muestran en la Tabla 5.

**Tabla 5. Subtipos de Esquizofrenia**

<b>Subtipo de Esquizofrenia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Esquizofrenia Paranoide F20.0</b>	10	66,7%
<b>Esquizofrenia Hebefrénica F20.1</b>	1	6,7%
<b>Esquizofrenia Indiferenciada F20.3</b>	3	20,0%
<b>Esquizofrenia Residual F20.5</b>	1	6,7%
<b>TOTAL</b>	15	100%

**Fuente:** Diagnóstico definido por el Psiquiatra del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón.

**Interpretación:** Existe una predominancia de pacientes con Esquizofrenia Paranoide con el 66,7%, seguido de Esquizofrenia Indiferenciada con el 20% y por último con un 6,7% la Esquizofrenia Hebefrénica y Esquizofrenia Residual.

En base al objetivo específico 3. Describir las diferentes funciones cognitivas en los pacientes con esquizofrenia, los resultados se muestran en la Tabla 6.

**Tabla 6. Puntuación de funciones cognitivas según Evaluación Neuropsicológica Neuropsi**

<b>Función cognitiva</b>	<b>Categoría</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>
<b>Orientación</b>	<i>Orientación</i>	5,60	,63
<b>Atención y concentración</b>	<i>Dígitos en regresión</i>	2,93	1,16
	<i>Detección Visual</i>	9,33	3,81
<b>Codificación</b>	<i>Resta</i>	3,86	1,92
	<i>Memoria verbal espontánea</i>	3,80	1,01
<b>Lenguaje</b>	<i>Proceso Viso espacial</i>	6,73	2,43
	<i>Denominación</i>	7,26	,70
	<i>Repetición</i>	3,93	,25
	<i>Comprensión</i>	5,13	,91
	<i>Fluidez Verbal</i>	3,66	,89
<b>Lectura</b>	<i>Lectura</i>	2,13	,91
<b>Escritura</b>	<i>Escritura</i>	1,73	,59
<b>Funciones Ejecutivas</b>	<i>Semejanzas</i>	3,53	,63
	<i>Cálculo</i>	1,73	1,03
	<i>Secuenciación</i>	,46	,51
	<i>Cambio de posición de la mano</i>	1,60	1,29
	<i>Movimientos alternos de las dos manos</i>	1,80	,56
	<i>Reacciones opuestas</i>	1,73	,59
<b>Funciones de evocación</b>	<i>Memoria viso espacial</i>	4,00	2,67
	<i>Memoria verbal espontánea</i>	1,93	1,27
	<i>Por claves</i>	2,33	1,98
	<i>Reconocimiento</i>	4,53	1,18

**Fuente:** Batería Neuropsicológica Neuropsi aplicada a los pacientes esquizofrénicos del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón

**Interpretación:** Los resultados indican que en la orientación no existe déficit, en atención y concentración las categorías más afectadas son dígitos en regresión con una media de 2,9333 (valor máximo = 6) y detección visual con una media de 9,3333 (valor máximo = 16) mientras que en la categoría resta, la alteración es mínima, en codificación las dos categorías están afectadas, la memoria verbal espontanea con una media de 3,8 (valor máximo = 6) y proceso viso espacial con una media de 6,733 (valor máximo = 12), en Lenguaje la

categoría fluidez verbal es la más afectada con una media de 3,6667 (valor máximo = 8), evidenciando menor problema en comprensión con una media de 5,1333 (valor máximo = 6), en repetición con una media de 3,93 (valor máximo = 4) y en denominación con una media de 7,2667 (valor máximo = 8), en las Funciones Ejecutivas se evidencia alteración en las categorías de Semejanzas con un 3,53 de media (valor máximo = 6), cálculo con 1,7333 de media (valor máximo = 6), secuenciación con 0,46 de media (valor máximo = 1) y cambio de posición de manos con una media de 1,6 (valor máximo = 4), mientras que las categorías, movimientos alternos de las dos manos con media de 1,8 (valor máximo = 2) y reacciones opuestas con media de 1,7333 (valor máximo = 2) existe menos déficit, en Funciones de Evocación existe déficit en todas las categorías, memoria viso espacial con media de 4 (valor máximo = 12), memoria verbal espontánea con media de 1,9333 (valor máximo = 6), por claves con media de 2,3333 (valor máximo = 6) y reconocimiento con media de 4,5333 (valor máximo = 6).

El resultado general al evaluar las funciones cognitivas en los pacientes participantes, indica que las funciones con mayor afectación son: la memoria, atención, lenguaje y funciones ejecutivas.

En relación con el objetivo específico 4. Relacionar el nivel de deterioro cognitivo y subtipos de esquizofrenia, los resultados se muestran en la Tabla 7.

**Tabla 7. Relación entre subtipo de esquizofrenia y nivel de Deterioro Cognitivo.**

		Nivel de Deterioro Cognitivo				Estadísticos de contraste	Significación
		Normal	Alteración leve	Alteración moderada	Alteración severa		
	Esquizofrenia Paranoide F20.0					1	3
Subtipo de Esquizofrenia	Esquizofrenia Hebefrénica F20.1	0	1	0	0	1	Ch2= 7,450a P= ,590
	Esquizofrenia Indiferenciada F20.3	0	1	1	1	3	Ch2= 7,450a P= ,590
	Esquizofrenia Residual F20.5	0	0	1	0	1	Ch2= 7,450a P= ,590
<b>Total</b>		1	5	3	6	15	

**Fuente:** Prueba estadística Chi Cuadrado – Programa SPSS versión 23.

**Interpretación:** Al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrado, se obtuvo una puntuación mayor a 0,05, lo que indica que los resultados no se consideraron significativos, es decir no existe una relación significativamente alta entre las variables Subtipo de Esquizofrenia y Deterioro cognitivo. Cabe recalcar que la falta de relación entre variables solo se da al aplicar el Chi cuadrado.

## Discusión

En la presente investigación se analizó el deterioro cognitivo y subtipos de esquizofrenia en el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, con una muestra de 15 pacientes.

Arévalo y Veloz (2016), en la investigación Actividades de la Vida diaria Y Deterioro Cognitivo en pacientes con Esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, orientada a evaluar el nivel de Deterioro Cognitivo, manifiestan que el 60% de los pacientes tienen deterioro cognitivo severo, en tanto que solo el 5% de pacientes evaluados no presentan deterioro cognitivo. Demostrando así el Deterioro en el Funcionamiento cognitivo de los pacientes con Esquizofrenia.

Relacionándolo con el actual proyecto de Investigación y utilizando la misma batería psicométrica del estudio anterior, se determinó que el 40% de los pacientes participantes tienen deterioro cognitivo severo, y tan solo el 6,7 % de los evaluados no presentan ningún tipo de deterioro, confirmando así que la mayoría de los pacientes evaluados presentan un evidente deterioro cognitivo, y además determinar que existe déficit en funciones cognitivas específicas como: El lenguaje, memoria, las funciones ejecutivas y la atención. Estos datos son útiles para el Instituto Psiquiátrico ya que aporta con nueva información acerca de la presencia de deterioro en el funcionamiento cognitivo de los pacientes diagnosticados con Esquizofrenia.

El estudio realizado por Damonte et al., (2013) acerca de las Especificaciones Neurocognitivas en Subtipos de Esquizofrenia Paranoide y No Paranoide, participaron 22 pacientes con esquizofrenia paranoide, 11 con esquizofrenia residual y 11 pacientes con esquizofrenia indiferenciada, entre los cuales el diagnóstico con predominio fue la esquizofrenia paranoide con un 52 %, a diferencia de la esquizofrenia residual y de la esquizofrenia indiferenciada cada una con el 24%. Así podemos decir que hay un predominio de pacientes con esquizofrenia paranoide en el estudio, los mismos que demuestran un rendimiento bajo en el desarrollo de pruebas cognitivas.

Estos resultados se relacionan con los obtenidos en nuestro presente estudio Deterioro Cognitivo en pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, ya que se evidenció que existe un predominio de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide con el 66%, mientras que los pacientes que tienen diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada

constituyen el 20% y los pacientes con esquizofrenia residual representan un 6,7%, estos resultados indican que la mayoría de pacientes participantes en el estudio tienen diagnóstico de esquizofrenia paranoide, todo esto debido al reducido número de participantes en el estudio, el estado funcional de los pacientes, y la negación del consentimiento informado por parte de los representantes.

Los resultados obtenidos en la investigación Relación entre el funcionamiento cognitivo y el desempeño psicosocial en pacientes esquizofrénicos, realizado por Murcia (2015), orientado a evaluar las funciones cognitivas, determina que los pacientes con esquizofrenia muestran un rendimiento por debajo de la media en la memoria, atención, funciones ejecutivas y funciones viso espacial. Encontrando así significativos déficits en determinadas funciones cognitivas, mismas que impiden un desarrollo adecuado en el funcionamiento cognitivo de los pacientes.

Estos datos expuestos coinciden con los obtenidos en la actual investigación, ya que al analizar los resultados, se obtuvieron puntuaciones que reflejan un déficit cognitivo en áreas como: la atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas, mientras que la función mayor conservada es la orientación, una posible explicación es debido a la terapia psicológica grupal impartida en la que se aplica la técnica orientación en el espacio.

Los resultados obtenidos por Damonte et al (2013), en el estudio Funcionamiento Neurocognitivo y su relación con el déficit cognitivo social en pacientes con Diagnóstico de Esquizofrenia, en el que participaron dos grupos: 1 grupo control sano y 1 grupo de pacientes con esquizofrenia, que se encontraban bajo tratamiento de salud mental, en general presentaron un rendimiento cognitivo significativamente por debajo de lo esperado, a comparación del grupo control. Demostrando así la correlación que existe entre las variables: Deterioro cognitivo y la esquizofrenia.

Al utilizar la prueba estadística Chi Cuadrado no se obtuvo una correlación significativa entre las variables, pero si se demostró con los datos finales de la investigación que hay una relación positiva entre el Deterioro Cognitivo y Esquizofrenia, con la similitud en las dos investigaciones de que las dos variables son dependientes una de la otra, que afectan al paciente en todas las esferas de su vida y no solo cognitivamente.

Finalmente al ser este estudio de tipo transversal, expone características de los pacientes en un momento específico, y que pueden cambiar a largo plazo. Por lo que se sugiere que en las futuras investigaciones se manejen las variables de manera longitudinal para saber si verdaderamente las relaciones entre el deterioro cognitivo y esquizofrenia son de tipo correlacional.

## CONCLUSIONES

- Al evaluar el nivel deterioro cognitivo con la batería psicológica Neuropsi en los pacientes con esquizofrenia, se pudo evidenciar que existe deterioro cognitivo severo en la mayoría de pacientes . Los resultados señalan que el 40% de los pacientes evaluados presentan deterioro cognitivo severo, el 20% presenta deterioro cognitivo moderado, el 33,30% deterioro cognitivo leve, encontrándose el 6, 70% en un estado cognitivo normal.
- Se pudo distinguir que el diagnóstico de mayor prevalencia entre los pacientes participantes de nuestro estudio, es la Esquizofrenia Paranoide con el 66,7%, seguido de Esquizofrenia Indiferenciada con el 20% y por último con un 6,7% la Esquizofrenia Hebefrénica y Esquizofrenia Indiferenciada.
- Al concluir el estudio se evidencia que las funciones cognitivas más afectadas son atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas. En lo que corresponde a atención las categorías con déficit significativo son: dígitos en regresión y detección visual, en cuanto a memoria: la categoría afectada es la memoria verbal espontánea y proceso viso espacial, mientras que las funciones ejecutivas con déficit son: semejanzas, secuenciación y cambio de posición de manos.
- Por último, se ha demostrado que no existe una correlación significativamente alta, entre las variables: Deterioro Cognitivo y Esquizofrenia, debido al número reducido de participantes en el estudio y la funcionalidad de cada uno de los mismos.



## RECOMENDACIONES

- A los pacientes formar parte de la terapias psicológicas que son impartidas dentro del Psiquiátrico, para mejorar sus habilidades sociales, controlar situaciones de angustia y estrés que experimenta y formar parte de actividades lúdicas y recreativas dentro o fuera de la Institución, con la finalidad de conservar las funciones cognitivas y así evitar el deterioro prolongado del funcionamiento cognitivo.
- Resguardar la privacidad y autoestima del paciente por parte de la familia, evitando comentarios sobre delirios o alucinaciones para que no se sienta agredido ni juzgado, además la asistencia a talleres psicoeducativos, en donde se informen adecuadamente acerca de la sintomatología de la enfermedad y como actuar ante la aparición de brotes psicóticos.
- Incluir en los planes de tratamiento que manejan los profesionales, intervenciones psicoeducativas de forma habitual para los familiares con pacientes esquizofrénicos, así también que la terapia psiquiátrica y psicológica, sea frecuente y dirigida a la conservación de las funciones cognitivas que se ven mayormente afectadas.
- Continuar con el apoyo por parte de la Intitucion, en la ejecución de proyectos de investigación que abarquen mayor número de participantes con diferentes diagnósticos de esquizofrenia, para de esta manera obtener información y resultados favorables para una intervención adecuada en cuanto al deterioro cognitivo y sintomatología de la Esquizofrenia.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Arévalo, M., y Veloz, L. (2016). Actividades de la vida diaria y Deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Quito (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales DSM V. Madrid, España. Panamericana.
- Boyer, P., Phillips, J., Rousseau, F., y Ilivitsky, S. (2007). Hippocampal abnormalities and memory deficits: New evidence of a strong pathophysiological link in schizophrenia. *Brain research reviews*, 54(1).
- Campero, D., Campos, H., & Campero, M. (2009). Esquizofrenia: la Complejidad de una Enfermedad Desoladora. *Revista Científica Ciencia Médica*, 12(2).
- Cavieres, A., Cortes, G., Gepp, A., Middleto, R., y Utrillano, A. (2014). Percepción subjetiva del déficit cognitivo y desempeño en una batería neuropsicológica en personas con esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 9.
- Cadavid, N. (2008). Neuropsicología de la construcción de la función ejecutiva (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Castilla y León.
- Crespo, B., Rodríguez, J., Barbas, P., Duarte, A., y González, C. (2007). Funciones cognitivas alteradas y preservadas en la esquizofrenia. *Manual práctico de cognición en la esquizofrenia y el trastorno bipolar*, 167.
- Chuvgunova, O, y Kostromina, S. (2016). Planning as a Learning Skill of Students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 217.
- Damonte, D., Rodríguez, C., Galaverna, F., Morra, C. y Bueno A. (2013). Especificaciones Neurocognitivas en Subtipos de Esquizofrenia Paranoide y No Paranoide. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 13(2).
- Damonte, D., Rodríguez, C., Galaverna, F., Morra, C. y Bueno A. (2013). Funcionamiento neurocognitivo y su relación con el déficit cognitivo social en pacientes Internos con diagnóstico de Esquizofrenia crónica. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 13(2),
- Eichemil T., Evan D., Insel C., Malapani C., E. Smith E. (2014) Neural Correlates of Impaired Cognitive Control over Working Memory in Schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 76.
- Flores, J., Ostrosky, F. (2008). Neuropsicología de los lóbulos frontales, Funciones ejecutivas y conducta humana, *Revista neuropsicológica, Neuropsiquiátrica y Neurociencias*, 8.

- Flores, J., Ostrosky, F., y Lozano, A. (2008). Bateria de funciones frontales y ejecutivas, Mexico, *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8 (1).
- Galderisi, S., (2008). The added value of including cognitive impairment in the diagnostic criteria for schizophrenia. *World Psychiatry*,7.
- García, E. (2016). La influencia de las funciones ejecutivas en los procesos de memoria en el trastorno esquizofrénico paranoide y bipolar con y sin sintomatología psicótica (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- García, I., (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1).
- Gejman, P., y Sanders, A. (2012). La etiología de la esquizofrenia. *Revista de Medicina*, 72(3).
- González, S., Felipe, M., Llanes, Y., Oliva, I. & Moreno, R. (2015). Factores de riesgo del deterioro cognitivo en esquizofrénicos y en pacientes epilépticos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 12(2).
- Green, M., Kern, R., Braff, D., y Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff". *Schizophrenia Bulletin*, 26.
- Hernández, J. (2008). Desorden del pensamiento: una visión desde el lenguaje. *Revista facultad de medicina Unal*, 56(4).
- Janssen-Cilag S.A. (2017). Síntomas de la esquizofrenia. Madrid, España.: Esquizofrenia24x7. Recuperado de <https://www.esquizofrenia24x7.com/sobre-esquizofrenia/sintomas-esquizofrenia>.
- Kao, Y., y Liu, Y. (2010). Compliance and schizophrenia: the predictive potential of insight into illness, symptoms, and side effects. *Comprehensive Psychiatry*, 51.
- Lezak, M., (2004) Neuropsychological Assessment. Oxford University press.
- Lozano, L., y Acosta, R. (2009). Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia. *Revista Med*, 17(1).
- Mazaheri, T., Maghsoudi N., Shams J., Soori H., Atashi H., Motamedi, F. (2014). Borna Disease Virus infection in psychiatric patients and healthy controls in Iran. *Virology Journal*, 11(161).
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador. Quito, Pichincha.
- Montaño, L., Nieto, T. y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. *Vanguardia Psicológica*, 4(1).

- Muñoz, F. y Ruiz, S. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1).
- Murcia, J. (2015). Neuropsicología en la Esquizofrenia: Relación entre el funcionamiento cognitivo y el desempeño psicosocial (Tesis de maestría). Universidad Jaume I, Castellón, España.
- Napal, O., Ojeda, N., Sánchez, P., Elizagárate, E., Peña, J., Ezcurra, J. y Gutierrez, M. (2012). Curso evolutivo de la esquizofrenia y su impacto en la cognición: una revisión de la literatura. *Actas españolas de psiquiatría*, 40(4).
- Nieva, M. (2010). Esquizofrenia y déficit cognitivo (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.
- Novella, E. y Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3).
- Ojeda, N., Sánchez, P., Peña, J., Elizagárate, E., Yoller, A.B., Larumbe, J., Ezcurra, J. (2010). Verbal fluency in schizophrenia: does cognitive performance reflect the same underlying mechanisms in patients and healthy controls. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4).
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10. Madrid, España. Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Esquizofrenia. Centro de prensa, Notas descriptivas. Ginebra, Suiza. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Ostrosky F., Ardila A. y Roselli, M. (2004). Test Neuropsi: Baterias neuropsicológicas. España.
- Oviedo, A., y Rivera, V. (2016). Influencia de las funciones ejecutivas y la cognición social en la resiliencia en pacientes con lesión medular. (Tesis de pregrado) Universidad de La Sabana, Colombia.
- Peña, D. y Lillo, S. (2012). El desconcertante hablar poético de la esquizofrenia. *Revista GPU*, 8(3).
- Padilla, L. (2016). El proceso de comunicación en pacientes con esquizofrenia= Communication with schizophrenia patients. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 28.
- Peña, J., Ezcurra, J., y Gutiérrez, M. (2012). Curso evolutivo de la esquizofrenia y su impacto en la cognición: una revisión de la literatura. *Actas Especialidad Psiquiatría*, 40(4).

- Pino, O., Guilera, G., Gómez, J., Najas, A., Rufian, S. y Rojo, E. (2014). Neurodesarrollo o neurodegeneración: Revisión sobre las teorías de la esquizofrenia. *Actas psiquiatría*, 42(4).
- Redondo, M., Reales, J., Ballesteros, S. (2010). Memoria implícita y explícita en mayores no dementes con trastornos metabólicos producidos por la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Psicológica*;31.
- Robaina, Z., y Noa, I. (2013). Bases genéticas de las principales hipótesis etiológicas en la esquizofrenia. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 10(3).
- Rodríguez, J., Kohn, R. y Aguilar, S. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2009). Plan Nacional para el Buen VivirCNP-001-2009. Recuperado de [http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan\\_Nacional\\_para\\_el\\_Buen\\_Vivir.pdf](http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf).
- Seco, R., Sanz, D., Modamio, M., Rodríguez, M., Calleja, R., Solís, R., y Soltero, A. (2010). Percepción subjetiva de déficit cognitivos en esquizofrenia: su relación con insight y otras medidas cognitivas. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(2).
- Selma, H. (2008). Neuropsicología de la esquizofrenia. *Cuadernos de neuropsicología*, 2(2).
- Téllez, J. (2006). Teoría de la mente: evolución, ontogenia, neurobiología y psicopatología. *Avances en Psiquiatría Biológica*. 7.
- Urrego, Y. (2011). Cognición social y trauma temprano. *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 7.
- Vallejo, J. (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*, Barcelona, España, MASSON.

# ANEXOS

## ANEXO. 1 Consentimiento Informado

Fecha: \_\_\_\_\_

Estimados pacientes:

Yo, Rosa Poleth Naranjo Carranza con número de cédula 060414776-9 y Milton Abimael Velásquez Chávez con número de cédula 060395403-3, autores del proyecto de investigación titulado “Deterioro Cognitivo en pacientes esquizofrénicos del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de la Ciudad de Quito”; siendo el objetivo del estudio analizar el deterioro cognitivo en pacientes esquizofrénicos.

Solicito sea participe de este proyecto de investigación, el mismo que consiste en responder el test psicológico acerca de las funciones mentales que se denomina Test de Neuropsi, que deberán ser respondidas de manera honesta.

La participación en este proyecto es voluntaria, sin ningún tipo de compensación económica, podrá retirarse del proyecto si así lo desee. Este estudio no conlleva ningún riesgo, se garantiza completa confidencialidad así como el anonimato de los pacientes.

Yo, \_\_\_\_\_, con número de cédula de ciudadanía, \_\_\_\_\_, miembro del Instituto Sagrado Corazón, autorizo mi participación en este estudio y reconozco que:

- He sido informado (a) sobre los propósitos y los métodos a utilizar en esta investigación.
- Se me ha explicado que seré participante si así yo lo deseo de este proyecto de investigación
- Se me ha garantizado que la información que ofreceré será empleada con propósitos exclusivamente investigativos.
- De igual forma se me ha garantizado que mi identidad será protegida, y mi participación en la investigación será mantenida en anonimato y confidencialidad.
- Se me ha indicado que tengo el derecho de retirarme de la investigación cuando yo lo decida.

Firma o huella: \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_

# ANEXO. 2

## Historia Clínica

Evaluador \_\_\_\_\_

Recurso: \_\_\_\_\_

Fecha de Aplicación \_\_\_\_\_

Fecha de Salida \_\_\_\_\_

Nº Hª C \_\_\_\_\_

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Género: 1: M \_\_\_\_\_ 2: F \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Etnia: 1Montubio\_\_\_\_ 2Mestizo\_\_\_\_ 3Blanco\_\_\_\_

4Afrodescendiente\_\_\_\_ 5indígena\_\_\_\_

Estado civil: 1: soltero/a\_\_\_\_ 2: casado/a\_\_\_\_ 3: divorciado/a\_\_\_\_ 4: viudo/a \_\_\_\_\_

Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nivel escolar: 1: iletrado\_\_\_\_ 2: leer y escribir\_\_\_\_ 3: estudios primarios \_\_\_\_\_

4: Estudios secundarios\_\_\_\_ 5: Tercer Nivel

Preferencia manual: I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_

Profesión: 1: sus labores \_\_\_\_\_ 2: obrero \_\_\_\_\_ 3: empleado cualificado \_\_\_\_\_

4: autónomo\_\_\_\_ 5: profesional especialista\_\_\_\_ 6: otros\_\_\_\_ 7: no trabaja\_\_\_\_

Antecedentes

familiares: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Antecedentes personales: \_\_\_\_\_ -

---

---

---

---

---

Observaciones: \_\_\_\_\_

---

### ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

¿Ha padecido usted alguna enfermedad neurológica a lo largo de la vida?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Enfermedades neurológicas

1: Infecciones cerebrales \_\_\_\_\_, 2: Accidente cerebrovascular (AVC) \_\_\_\_\_ ,

3: Traumatismo craneoencefálico (TCE) \_\_\_\_\_ , 4: Crisis epilépticas \_\_\_\_\_,

5: Tumor cerebral \_\_\_\_\_, 6: Otras etiologías \_\_\_\_\_

Diagnóstico clínico:

---

---

### ENFERMEDADES PSICOPATOLÓGICAS

¿Ha sufrido usted de alguna enfermedad psiquiátrica o psicológica?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Diagnóstico clínico:

---

---

Tratamiento (médico, farmacológico, terapias no farmacológicas, etc)

---

---

---



## Hospitalización

---

---

---

---

---

---

# **ANEXO 3**

## **Batería Psicológica**

**EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE EN  
ESPAÑOL  
NEUROPSI**

Dra. Feggy Ostrosky-Solis, Dr. Alfredo Ardua y  
Dra. Mónica Rosselli

**DATOS GENERALES**

NOMBRE \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
SEXO \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_  
LATERALIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_  
MOTIVO DE CONSULTA \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES MÉDICAS Y NEUROLÓGICAS**

I.- Estado de alerta: consciente, somnoliento, estuporoso, comatoso, etc.

II.- En caso de que la persona esté tomando algún medicamento, especifique cuál y la dosis:

III.- Otros exámenes: angiografía, electroencefalografía, etc.

IV.- Antecedentes médicos:

Marque con una "X" en caso de que tenga o haya tenido alguna de las siguientes enfermedades:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial                        | <input type="checkbox"/> Traumatismos craneoencefálicos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares                      | <input type="checkbox"/> Diabetes                       |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo                                  | <input type="checkbox"/> Tiroidismo                     |
| <input type="checkbox"/> Farmacodependencia                           | <input type="checkbox"/> Accidentes cerebrovasculares   |
| <input type="checkbox"/> Disminución de agudeza visual o<br>auditiva. | <input type="checkbox"/> Otros                          |

# EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE EN ESPAÑOL **NEUROPSI**

Dra. Feggy Ostrosky-Solis, Dr. Alfredo Ardua y  
Dra. Mónica Rosselli

## 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.

### 1.- ORIENTACIÓN

	Respuesta		Puntaje
A.-Tiempo	¿En qué día estamos? _____	0	1
	¿En qué mes estamos? _____	0	1
	¿En qué año estamos? _____	0	1
B.-Espacio	¿En qué ciudad estamos? _____	0	1
	¿En qué lugar estamos? _____	0	1
C.-Persona	¿Cuántos años tiene usted? _____	0	1
TOTAL _____			(6)

### II.- ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

#### A.-DÍGITOS EN REGRESIÓN

Pida que repita cada serie en orden regresivo, es decir, del último al primero; ej. 2-5, respuesta: "5-2". Si logra repetir el primer ensayo, se pasa a la serie siguiente. Si fracasa, aplique los dos ensayos.

Respuesta	Respuesta	Respuesta
4-8 _____ 2	2-8-3 _____ 3	8-6-3-2 _____ 4
9-1 _____ 2	7-1-6 _____ 3	2-6-1-7 _____ 4
Respuesta		Respuesta
6-3-5-9-1 _____ 5		5-2-7-9-1-8 _____ 6
3-8-1-6-2 _____ 5		1-4-9-3-2-7 _____ 6
TOTAL _____		
(6)		

**B.-DETECCIÓN VISUAL**

Se 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 (lámina A del material anexo), el cual se presentará durante 3 segundos. Suspender a los 60 segundos.

TOTAL DE ERRORES \_\_\_\_\_

TOTAL DE ACIERTOS \_\_\_\_\_

**C.- 20-3**

Pida que a 20 le reste 3. No proporcione ayuda y suspenda después de 5 operaciones.

17-14-11-8-5 Respuesta \_\_\_\_\_ TOTAL \_\_\_\_\_ (5)

**III- CODIFICACIÓN**

**A.- MEMORIA VERBAL ESPONTÁNEA**

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

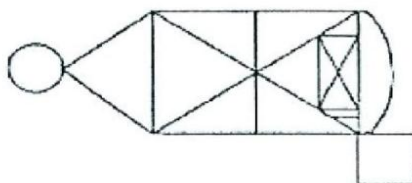
Proporcione los tres ensayos.

**I. CURVA DE MEMORIA ESPONTÁNEA**

1	2	3	
Gato _____	Mano _____	Codo _____	INSTRUSIONES _____
Pera _____	Vaca _____	Fresa _____	PERSEVERACIONES _____
Mano _____	Fresa _____	Pera _____	PRIMACIA _____
Fresa _____	Gato _____	Vaca _____	PRESENCIA _____
Vaca _____	Codo _____	Gato _____	
Codo _____	Pera _____	Mano _____	
Total _____			TOTAL PROMEDIO _____ (6)
1er. ensayo	2o. ensayo	3er. ensayo	

**B.- PROCESO VISOESPACIAL (COPIA DE FIGURA SEMICOMPLEJA)**

Pida que copie la lámina 1 del material anexo. Utilice la reproducción presentada abajo para registrar la secuencia de la copia.



HORA \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_ (12)

**IV.- LENGUAJE**

**A.-DENOMINACIÓN**

Pida que nombre lo que observa en las láminas de la 2 a la 9 del material anexo y anote la respuesta.

	Puntaje	Respuesta		Puntaje	Respuesta
CHIVO	0	1 _____	LLAVE	0	1 _____
GUIARRA	0	1 _____	SERPIENTE	0	1 _____
TROMPETA	0	1 _____	RELOJ	0	1 _____
DEDO	0	1 _____	BICICLETA	0	1 _____
					TOTAL _____ (8)

**NOTA:** SI EL PACIENTE PRESENTA PROBLEMAS DE AGUDEZA VISUAL QUE LE LIMITEN REALIZAR LA ACTIVIDAD ANTERIOR, EN SU LUGAR, PIDA QUE DENOMINE LOS SIGUIENTES ESTÍMULOS PREGUNTÁNDOLE: "¿QUÉ ES ESTO?"

LÁPIZ, RELOJ, BOTÓN, TECHO, CODO, TOBILLO, ZAPATO, LLAVE

1	2	3	4	5	6	7	8
							TOTAL _____ (8)

**8.-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 _____ (4)

### C.-COMPRESIÓN

Presente la lámina 10 y evalúe la comprensión de las siguientes instrucciones, considerando que para que este reactivo tenga validez, debe asegurarse que el sujeto comprenda los términos de cuadrado y círculo, de no ser así, intente con otras palabras como por ejemplo “bolita” y “cuadro”.

	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 \_\_\_\_\_ (6)

### 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 (y. gr. familia, familiar).

#### Nombres de animales

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1. _____  | 15. _____ |
| 2. _____  | 16. _____ |
| 3. _____  | 17. _____ |
| 4. _____  | 18. _____ |
| 5. _____  | 19. _____ |
| 6. _____  | 20. _____ |
| 7. _____  | 21. _____ |
| 8. _____  | 22. _____ |
| 9. _____  | 23. _____ |
| 10. _____ | 24. _____ |
| 11. _____ | 25. _____ |
| 12. _____ | 26. _____ |
| 13. _____ | 27. _____ |
| 14. _____ | 28. _____ |

#### Palabras que inician con “F”

- |           |           |
|-----------|-----------|
| 1. _____  | 15. _____ |
| 2. _____  | 16. _____ |
| 3. _____  | 17. _____ |
| 4. _____  | 18. _____ |
| 5. _____  | 19. _____ |
| 6. _____  | 20. _____ |
| 7. _____  | 21. _____ |
| 8. _____  | 22. _____ |
| 9. _____  | 23. _____ |
| 10. _____ | 24. _____ |
| 11. _____ | 25. _____ |
| 12. _____ | 26. _____ |
| 13. _____ | 27. _____ |
| 14. _____ | 28. _____ |

TOTAL SEMÁNTICO \_\_\_\_\_  
 INTRUSIONES \_\_\_\_\_  
 PERSEVERACIONES \_\_\_\_\_

TOTAL FONOLÓGICO \_\_\_\_\_  
 INTRUSIONES \_\_\_\_\_  
 PERSEVERACIONES \_\_\_\_\_



**V.- LECTURA**

Pida que lea en voz alta la lectura de la lámina 11 del material anexo. Mencione que se le harán preguntas sobre su contenido.

**NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS.**

	Respuesta	Puntaje	
¿Porqué se ahogó el gusano?	_____	0	1
¿Qué pasó con el otro gusano?	_____	0	1
¿Cómo se salvó el gusano?	_____	0	1
<b>TOTAL</b>		_____ (3)	

**VI.- ESCRITURA**

**NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS.**

	Puntaje	
<b>DICTAR:</b> El perro camina por la calle	0	1
<b>COPIAR:</b> Las naranjas crecen en los árboles (presentar lámina 12)	0	1
<b>TOTAL</b>		_____ (2)

**VII.- FUNCIONES EJECUTIVAS**

**A.- CONCEPTUAL**

**1.- SEMEJANZAS**

Pregunte en qué se parecen los siguientes estímulos. Proporcione ej. "silla-mesa.... son muebles".

	Respuesta	Puntaje		
naranja-pera	_____	0	1	2
perro-caballo	_____	0	1	2
ojo-nariz	_____	0	1	2

**TOTAL** \_\_\_\_\_ (6)

**2.-CÁLCULO**

Pida que resuelva mentalmente las siguientes operaciones. Límite de tiempo para resolver cada problema: 60 segundos. Se puede leer nuevamente el problema dentro del límite de tiempo.

	Respuesta
¿Cuánto es 13 + 15? (28).....	_____
Juan tenía 12 pesos, recibió 9 y gastó 14 ¿Cuánto le quedó? (7).....	_____
¿Cuántas naranjas hay en dos docenas y media? (30).....	_____

**TOTAL** \_\_\_\_\_ (3)



### 3.- SECUENCIACIÓN

Presentar la lámina 13 del material anexo y pedir que continúe con la secuencia.

NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS.

TOTAL \_\_\_\_\_ (1)

#### B.-FUNCIONES MOTORAS

(Para su aplicación, consultar el manual)

##### 1.- CAM B IO DE POSICIÓN DE LA MANO

0 = No lo hizo

1 = Lo hizo entre el segundo y tercer ensayo

2 = Lo hizo correctamente al primer ensayo

Ejecución	derecha	0	1	2
	izquierda	0	1	2

TOTAL \_\_\_\_\_ (4)

##### 2.- MOVIMIENTOS ALTERNOS DE LAS DOS MANOS

0 = No lo hizo

1 = Lo hizo desautomatizado

2 = Lo hizo correctamente

TOTAL \_\_\_\_\_ (2)

##### 3.- REACCIONES OPUESTAS

0 = No lo hizo

1 = Lo hizo con errores

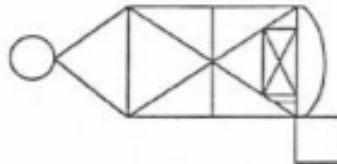
2 = Lo hizo correctamente

TOTAL \_\_\_\_\_ (2)

### VIII.-FUNCIONES DE EVOCACIÓN

#### A.-MEMORIA VISOESPACIAL

Pida que reproduzca la figura de la lámina 1 y registre la secuencia observada.



HORA \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_ (12)

