



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Trabajo de grado previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Título del proyecto:

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO “SAGRADO CORAZÓN” DE
QUITO, PERÍODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2016.

AUTORAS:

SOFÍA MARIBEL ARÉVALO MEDINA

LORENA NATALY VELOZ VERA

TUTOR:

Ps.Cl. David Moscoso

RIOBAMBA-ECUADOR

2016

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

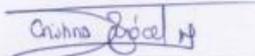
Los miembros del Tribunal de Graduación del Proyecto de Investigación de título: "ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO "SAGRADO CORAZÓN" DE QUITO, PERÍODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2016"; presentado por: La Srta. Sofia Maribel Arévalo Medina y la Srta. Lorena Nataly Veloz Vera y dirigida por el Ps.Cl. David Moscoso.

Una vez revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH.

Para constancia de lo expuesto firman:

Ps. Cl. Cristina Procel. Mgs.

Presidenta del Tribunal


Firma

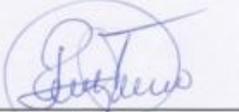
Ps. Cl. David Moscoso

Tutor de Tesina


Firma

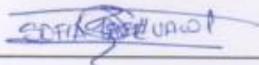
Dra. Rocío Tenezaca

Miembro del Tribunal


Firma

AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

“La responsabilidad del contenido de este Proyecto de Graduación, nos corresponde exclusivamente a: Arévalo Medina Sofia Maribel, Veloz Vera Lorena Nataly y al Director del Proyecto Ps.Cl. David Moscoso y el patrimonio intelectual de la misma a la “Universidad Nacional de Chimborazo.”



Arévalo Medina Sofia Maribel

060588837-9



Veloz Vera Lorena Nataly

060408101-8

AGRADECIMIENTO

A quienes conforman la prestigiosa Universidad Nacional de Chimborazo por darnos la oportunidad de formarnos como profesionales.

Nuestra gratitud profunda a nuestros padres, quienes nos han impulsado en el cumplimiento de esta meta.

A nuestros maestros, de manera especial a nuestro tutor Ps.Cl. David Moscoso por acompañarnos y compartir con humildad sus conocimientos.

DEDICATORIA

A DIOS

A nuestros padres;

Manuel Arévalo & Martha Medina

Luis Veloz & Narcisa Vera

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL	I
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
ÍNDICE GENERAL	V
ÍNDICE DE TABLAS	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	IX
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	XII

CAPÍTULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1	EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
	1.1.1 PROBLEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA	2
	1.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.2	PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS	5
1.3	OBJETIVOS	5
	1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
	1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
1.4	JUSTIFICACIÓN	6

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
2.2	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	10

2.2.1	Actividades de la Vida Diaria	10
2.2.1.1	Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).....	12
2.2.1.2	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).....	13
2.2.2	Deterioro Cognitivo en la Esquizofrenia	16
2.2.2.1	Esquizofrenia.....	16
2.2.2.1.1	Etiología de la esquizofrenia.....	17
2.2.2.1.2	Características clínicas de la esquizofrenia.....	20
2.2.2.1.3	Características cognitivas de la esquizofrenia.	23
2.2.2.2	Deterioro Cognitivo en pacientes esquizofrénicos.....	24
2.2.2.2.1	Importancia clínica del déficit neurocognitivo.	26
2.2.2.3	Tratamiento de pacientes con esquizofrenia.	27
2.3	PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA	33
2.4	HIPÓTESIS.....	37
2.5	VARIABLES	37
2.5.1	VARIABLE INDEPENDIENTE.....	37
2.5.2	VARIABLE DEPENDIENTE	37
2.6	DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS	37

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1	ENFOQUE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
3.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN	40
3.3	NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
3.4	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	40
3.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	41
3.5.1	Técnicas.	41
3.5.1.1	<i>Baterías psicológicas.</i>	41

3.5.2 Instrumentos.....	41
3.5.2.1 <i>Índice de Barthel</i>	41
3.5.2.2 <i>Escala de Lawton y Brody</i>	43
3.5.2.3 <i>Evaluación Neuropsicológica Breve “NEUROPSI”</i>	44
CAPÍTULO IV	
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
4.1 Actividades de la vida diaria de pacientes diagnosticados con esquizofrenia	47
4.2 Deterioro cognitivo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.	51
4.3 Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y Deterioro cognitivo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.	53
4.4 Comprobación de la hipótesis.....	56
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones.....	58
5.2 Recomendaciones	59
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	65

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N°1: Actividades Básicas de la Vida Diaria de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.....	47
TABLA N°2: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de pacientes diagnosticados con esquizofrenia	49
TABLA N°3: Deterioro Cognitivo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.	51
TABLA N°4: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y Deterioro cognitivo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia	53
TABLA N°5: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, deterioro cognitivo y funciones cognitivas más afectadas por paciente	55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRAFICO N°1: Actividades Básicas de la Vida Diaria de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.....	47
GRAFICO N°2: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de pacientes diagnosticados con esquizofrenia	49
GRAFICO N°3: Evaluación neuropsicológica breve “NEUROPSI” de pacientes diagnosticados con esquizofrenia	51
GRAFICO N°4: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y Deterioro cognitivo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia	53

RESUMEN

La investigación se realizó en el Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de la ciudad de Quito durante el periodo Abril – Septiembre del 2016. Se trabajó con 20 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, con una muestra no probabilística escogida por los investigadores bajo criterios de inclusión y exclusión. La investigación fue llevada a cabo bajo el método científico, se empleó el diseño transversal, tipo de investigación bibliográfica y de campo; nivel descriptivo. Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron: el Índice de Barthel, la Escala de Lawton y Brody y la Evaluación Neuropsicológica breve NEUROPSI con el fin de conocer el desempeño de los pacientes en las actividades de la vida diaria (AVD), lo que comprende el estudio de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y el grado de deterioro cognitivo, respectivamente. Las técnicas para el análisis de los resultados fueron procesadas mediante la estadística básica en el programa Excel y los resultados fueron representados a través de cuadros y gráficos. La hipótesis planteada fue comprobada, los resultados muestran que los pacientes con esquizofrenia presentan mayores niveles de dependencia en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria, dependencia que se asocia a un mayor grado de deterioro cognitivo; mientras que las actividades básicas de la vida diaria se muestran conservadas independientemente del grado de deterioro cognitivo que presentan los pacientes. Así, queda de manifiesto la influencia de las actividades de la vida diaria, especialmente de las actividades instrumentales en el grado de deterioro cognitivo de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Finalmente se diseñó un plan psicoterapéutico en base a las AVD con el objetivo de ralentizar el deterioro cognitivo en los pacientes del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”.

ABSTRACT

The research was conducted from April to September 2016 at Psychiatric Institute "Sagrado Corazón" in Quito Ecuador. We worked with 20 patients diagnosed with schizophrenia, with a non-probabilistic sample, the patients were chosen by the researchers by the means of inclusion and exclusion criteria. The research was based on the scientific method, it was used the transversal design, it is also a bibliographical and field research; descriptive level. The collecting data instruments were: the Barthel Index, the Scale of Lawton and Brody and the Neuropsychological Assessment Brief NEUROPSI in order to know the performance of patients with daily living activities, which includes the study of basic and instrumental daily living activities, and the degree of cognitive impairment, respectively. The results were processed by basic statistics in MS Excel and the results were represented using charts and graphs. The hypothesis was tested, the results show that patients with schizophrenia present higher levels of dependence in the performance of instrumental activities of the daily life, dependence that is associated with a greater degree of cognitive deterioration; while the basic activities of daily living are conserved regardless of the degree of cognitive decline in the patients. Thus, it is clear the influence of activities of daily living, especially instrumental activities, on the degree of cognitive deterioration of patients diagnosed with schizophrenia. Finally, it was designed a psychotherapeutic plan based on daily living activities with the objective of slowing cognitive impairment in the patients of the "Sagrado Corazón" Psychiatric Institute.



Reviewed by: Paúl Obregón
Lenguaje Center Teacher



INTRODUCCIÓN

Las Actividades de la Vida Diaria (AVD) se definen como aquellas que le permiten al individuo solventar sus necesidades de aseo, vestido, comida, desplazamiento, comunicación, trabajo, etc., es decir, aquellas que le permiten ser autónomo; dichas habilidades se adquieren desde la infancia y cumplen un rol importante en la rutina diaria. Por motivo de estudio las AVD han sido divididas en Actividades Básicas de la Vida Diaria (higiene personal, alimentación, control de esfínteres, desplazamiento, vestido; etc.) y en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (manejo del hogar, administración del dinero, movilización; etc.).

El deterioro cognitivo en la esquizofrenia es una patología que se presenta incluso antes del primer brote psicótico y es entendido como la pérdida progresiva de las funciones cognitivas superiores, siendo afectadas la atención, la memoria, la orientación, el lenguaje, el pensamiento, las gnosias y las praxias.

Fue posible observar que los pacientes diagnosticados con esquizofrenia que se encuentran en el Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito se han deshabituado de las actividades instrumentales de la vida diaria, es decir, no realizan cuentas, no manejan dinero o teléfono ni realizan actividades relacionadas con el manejo del hogar. De esta manera, la investigación se enfocó en comprender si las Actividades de la Vida Diaria influyen en el deterioro cognitivo de los pacientes esquizofrénicos. Así, la investigación deriva en una propuesta de un plan de intervención psicoterapéutico basado en las actividades de la vida diaria (AVD) cuyo objetivo es ralentizar el progreso del deterioro cognitivo.

La presente investigación se desarrolla en los siguientes capítulos:

CAPÍTULO I: Compuesto por el problema de investigación, la problematización y la formulación del problema, las preguntas directrices, los objetivos de la investigación y la justificación.

CAPÍTULO II: Se detalla el marco teórico de las dos variables en estudio: Actividades de la vida diaria y deterioro cognitivo, los antecedentes de la investigación, la fundamentación teórica, definición de términos básicos, el plan de intervención psicoterapéutica, la hipótesis y variables.

CAPÍTULO III: Contiene el marco metodológico que describe la metodología que se manejó en la realización de la investigación: el método científico cuantitativo, diseño transversal, tipo de investigación bibliográfica y de campo, y nivel descriptivo. La población y muestra fue tomada mediante un estudio no probabilístico; el capítulo III también contiene las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

CAPÍTULO IV: Compuesto por el análisis e interpretación de datos y la comprobación de la hipótesis.

CAPÍTULO V: Se describen las conclusiones, recomendaciones y bibliografía.

Se adjunta además los anexos que incluyen los instrumentos utilizados para la investigación.

CAPÍTULO I
MARCO REFERENCIAL

1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El deterioro cognitivo es una entidad patológica fuertemente asociada a la esquizofrenia, lo que implica que los pacientes diagnosticados con esta enfermedad presenten deterioro cognitivo de forma progresiva, viéndose afectadas varias funciones cognitivas relacionadas con el desempeño del individuo en todas las áreas de su vida; consecuentemente es posible que los pacientes abandonen actividades de la vida diaria y esto podría generar un deterioro cognitivo más acelerado. Durante las prácticas preprofesionales realizadas en el Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito se observó que los pacientes diagnosticados con esquizofrenia han abandonado gran parte de actividades de la vida diaria, asumiendo de esta forma que el deterioro cognitivo es mayor.

1.1.1 PROBLEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

La esquizofrenia es una enfermedad mental en la que se produce una serie de alteraciones en la forma en la que se percibe la realidad, apareciendo síntomas como alucinaciones, delirios, alteraciones del lenguaje y las emociones, el deterioro de las habilidades sociales y cambios conductuales significativos. Se desarrolla al final de la adolescencia y a principios de la adultez temprana y es causada por la interacción de factores genéticos, biológicos y ambientales. La esquizofrenia constituye una enfermedad incapacitante con un curso crónico que repercute en todas las áreas de la vida del afectado.

De acuerdo a cifras de la Organización Mundial de la Salud (2016), la esquizofrenia aqueja a más de 21 millones de personas en todo el mundo, siendo uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en los servicios de salud mental. A nivel de Latinoamérica en el año 2009 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) presentó una publicación con el tema “Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe”, donde se abordaron resultados de importantes estudios realizados en países del continente sobre la epidemiología

de los trastornos mentales en grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad, la utilización de los servicios de salud mental, y problemas específicos de especial importancia como el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el suicidio y la discapacidad intelectual.

Según esta publicación,

Los estudios epidemiológicos realizados en el último decenio hacen patente la necesidad de un llamado a la acción. La carga que representan las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa, lo cual provoca un alto grado de sufrimiento individual y social (...) En una revisión de los estudios epidemiológicos más relevantes de los trastornos mentales realizados en la Región durante los últimos 20 años, se estimó la prevalencia media de este tipo de trastornos durante el año anterior. Las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media estimada de 1,0%; la depresión mayor, de 4,9% y el abuso o la dependencia de alcohol, de 5,7%. Los estudios realizados en algunos países expresan claramente las brechas en la proporción de personas que requerían tratamiento y no lo recibieron. Más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad y cerca de las tres cuartas partes de las que dependían o abusaban del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, ya sea en un servicio especializado o en uno de tipo general. En conclusión, solo una minoría de las personas que requieren atención relacionada con la salud mental la reciben, a pesar del sufrimiento que los trastornos causan, la discapacidad que generan y el impacto emocional y económico que tienen en la familia y en la comunidad (...)

(Rodríguez, Kohn & Aguilar; p. IX)

En estudios realizados por la OMS en el año 2008 se obtuvo que el 38% de la población ecuatoriana padece esquizofrenia. En el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de la ciudad

de Quito existen alrededor de 200 pacientes de los cuales el 17,5% ha sido diagnosticado con esquizofrenia.

Durante el curso de la enfermedad, los pacientes presentan deterioro cognitivo definido por la APA (2010) como “la reducción de una o más capacidades cognitivas como la memoria, atención, conciencia, juicio y agudeza mental”. (p. 135)

El Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” tiene una gran población de pacientes que por diferentes motivos como la falta de recursos económicos, el abandono de familiares, la cronicidad de la patología y la estigmatización de la enfermedad no han podido ser reinsertados a la sociedad como entes funcionales. Si bien es cierto que el Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” ofrece cómodas instalaciones y servicios de calidad, dichas condiciones no favorecen por sí mismas a la salud mental integral del individuo. En el curso de evolución de la esquizofrenia se produce un cambio brusco de hábitos relacionados con las actividades de la vida diaria; como consecuencia de esta falta de actividad mental y física, y del abandono emocional de la familia, el deterioro cognitivo se acelera y se intensifica. En los casos más graves estos pacientes han perdido su independencia en la realización de actividades de autocuidado (aseo personal, vestido, alimentación); actividades relacionadas con la organización del hogar (preparación de comida, gestión del dinero; etc.) y actividades de juego y ocio (planificación y participación en actividades de ocio). Mediante este trabajo se pretende describir la influencia del abandono de las actividades de la vida diaria sobre el deterioro cognitivo que se genera en la esquizofrenia.

1.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Influyen las actividades de la vida diaria en el deterioro cognitivo de pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito, periodo Abril-Septiembre 2016?

1.2 PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS

- ¿Cuáles son los niveles de dependencia de las actividades de la vida diaria de los pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito, periodo Abril-Septiembre 2016?
- ¿Cuál es el nivel de deterioro cognitivo de los pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito, periodo Abril-Septiembre 2016?
- ¿Qué actividades de la vida diaria se pueden proponer para el desarrollo de un plan psicoterapéutico dirigido al deterioro cognitivo de pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito, periodo Abril-Septiembre 2016?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia de las actividades de la vida diaria en el deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito, periodo Abril-Septiembre 2016.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer los niveles de dependencia de las actividades de la vida diaria de los pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”.
- Identificar el nivel de deterioro cognitivo de los pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”.
- Diseñar un plan de intervención psicoterapéutico en base a actividades de la vida diaria dirigido al deterioro cognitivo de pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia representa una de las enfermedades mentales de mayor incidencia a nivel mundial que además de tener un curso crónico, deteriora progresivamente las funciones cognitivas superiores. Este deterioro es mayor cuando los pacientes abandonan las actividades de la vida diaria, desde las más simples como las actividades de aseo personal y autocuidado, hasta las más complejas como las tareas relacionadas con el manejo del hogar y la administración de recursos económicos. Estas actividades influyen directamente en las funciones corticales superiores puesto que implican la realización de cálculos, la activación de la memoria de trabajo, la ejercitación de las praxias y demás capacidades cognitivas.

Es importante determinar la asociación que existe entre la ejecución o el abandono de las actividades de la vida diaria y el deterioro cognitivo, ya que gran porcentaje de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia el Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” han abandonado dichas actividades su deterioro es mayor, lo que nos ha motivado a mejorar e incrementar la calidad de vida de los pacientes planteando este estudio cuyo objetivo adicional es fomentar la recuperación de ciertas funciones a través de técnicas que desarrollen capacidades deterioradas por medio del énfasis en la ejecución de las actividades de la vida diaria.

La investigación es factible debido a la colaboración e interés del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” y a la disposición del recurso humano que integra la investigación; es útil en tanto se tomen en cuenta los resultados obtenidos de la exploración, implementándose la intervención propuesta con el objetivo de mantener el nivel de deterioro cognitivo en el grado con el que los pacientes ingresaron a la institución.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Una investigación realizada por Navarro, Calero, López, Gómez & Torres en el año 2008 en la Universidad de Granada de España sobre el tema “Nivel de Independencia en la Vida Diaria y la Plasticidad Cognitiva en la Vejez”, generó los siguientes resultados:

En la actualidad, un estilo de vida activo se asocia con un alto nivel de plasticidad cognitiva que a su vez se relaciona con una menor probabilidad de deterioro y declive cognitivo (Calero, Navarro y Muñoz, 2007). Las actividades de la vida diaria (AVD) es una de las variables consideradas indicadoras de dependencia/independencia en la vejez que se asocia al deterioro cognitivo y físico. El objetivo de esta investigación es analizar la relación entre las AVD y la plasticidad cognitiva en la vejez. Han participado 63 ancianos evaluados con distintas medidas de autonomía/dependencia y con dos técnicas de evaluación del potencial de aprendizaje. Los resultados muestran que un mayor nivel de plasticidad cognitiva se asocia a una mayor independencia funcional en la vida diaria. (Navarro, Calero, López, Gómez & Torres; 2008, p.74)

En un estudio realizado en Salamanca, España por Ocaña & Caballo (2015), acerca de las actividades de la vida diaria en personas con enfermedad mental grave y prolongada participaron 51 personas diagnosticadas de enfermedad mental de larga evolución y gravedad a quienes se les aplicó la adaptación española del “Basic Everyday Living Schedule”, que evalúa el nivel de desempeño en las actividades de la vida diaria. Los resultados señalan que las personas con enfermedad mental grave y prolongada tienen niveles bajos de autonomía, indicando problemas severos o la frecuente necesidad de dependencia de terceros. Estas dificultades se han obtenido en actividades relacionadas con el cuidado del hogar, mientras que en las actividades relacionadas con el autocuidado marcan puntuaciones más elevadas. En las actividades instrumentales obtuvieron puntuaciones bajas describiendo escasa autonomía.

“Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de proporcionar los apoyos necesarios para mejorar el desempeño en estas actividades, para favorecer la vida independiente en la comunidad y la calidad de vida“. (Ocaña & Caballo, 2015, p.2)

En el año 2009 Villalta, Moreno, Navarro & Carrasco desarrollaron un programa para el entrenamiento en actividades de la vida diaria en personas con trastornos graves, con el objetivo de trabajar específicamente sobre la sintomatología de la esquizofrenia; escogiendo cuatro casos en los que se realizó un proceso de evaluación y aplicación del programa desarrollado; dando como resultado que:

El entrenamiento aumenta las habilidades y se produce una mejora en la sintomatología y funcionamiento general de los pacientes (...) La mayoría de estos sujetos padecen déficits funcionales en las áreas relacionadas con la higiene personal y el autocuidado, los hábitos saludables y el manejo del entorno social y doméstico. Estas dificultades conllevan una escasa competencia social, influyen negativamente en la recuperación y se traducen en una pobre calidad de vida en el paciente y en la familia. (...) Así, hoy más que nunca la importancia de intervenir en las Actividades de la vida diaria pasa a un primer plano, con el objetivo de reducir o eliminar el impacto negativo del déficit en las demás áreas funcionales (económicas, familiares, psicológicas, etc.). (Villalta, Moreno, Navarro & Carrasco, 2009, p.1, 2)

La Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría publicó en el año 2013 los resultados de una investigación acerca del deterioro cognitivo y la funcionalidad en la esquizofrenia, en la que participaron 55 pacientes diagnosticados con esquizofrenia y a quienes se les evaluó con una serie de escalas. Los resultados indicaron que: “El deterioro cognitivo aparece con mucha frecuencia en la patología esquizofrénica y va aumentando a medida que aumentan los años de evolución de la enfermedad; los pacientes esquizofrénicos con un mayor deterioro cognitivo,

tienen un peor funcionamiento personal y social.” (Varela, Pampín, Blanco, Díaz, Brenlla, Pérez, Portela & Mozos, 2013, p.51)

En Chile, Barrera (2006), realizó una investigación acerca de los trastornos cognitivos en la esquizofrenia, la conclusión obtenida fue que:

Los déficits cognitivos de la esquizofrenia son severos y afectan especialmente la memoria declarativa verbal, las funciones ejecutivas, la atención sostenida, y la memoria de trabajo. (...) Los déficits de la memoria declarativa y de la capacidad de atención sostenida afectan el funcionamiento social. Los déficits de las funciones ejecutivas, de la memoria declarativa, de la memoria de trabajo, y de la atención sostenida afectan el funcionamiento ocupacional. Los déficits de las funciones ejecutivas, la memoria declarativa, y la memoria de trabajo afectan la capacidad de vivir independientemente. (Barrera, 2006, p. 219)

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1 Actividades de la Vida Diaria

Respecto de la conceptualización del término “Actividades de la Vida Diaria”, Romero & Moruno (2003) mencionan aportes de varios autores: Los primeros enunciados fueron planteados por Edgerton en 1947, definidas en principio como “actividades de autoayuda” y referidas a aquellas actividades que ayudan a entrenar o reentrenar al paciente para cubrir sus necesidades personales de aseo, vestido, alimentación, uso de teléfono y movilidad. En 1978 las actividades de la vida diaria son definidas más específicamente como “los componentes de las actividades de todos los días, donde se incluyen actividades de autocuidado, trabajo y ocio” (p.320). Pedretti en 1981 señala que las actividades de la vida diaria son “las tareas de automantenimiento, movilidad, comunicación y manejo del hogar que capacitan al individuo

para alcanzar la independencia personal en su entorno” (p.320). Finalmente Hagedorn en 1997 concibe a las actividades de la vida diaria como aquellas “actividades que oscilan desde las fundamentales para la supervivencia como alimentación, mantenerse caliente, evitar peligros, mantener la higiene personal y, en algunos casos habilidades sociales básicas, hasta aspectos más complejos del autocuidado personal e independencia, como cocinar, comprar y otras tareas del hogar.” (p. 320).

Al hablar de Actividades de la vida diaria es oportuno tomar en cuenta aspectos relacionados con la funcionalidad, dependencia e independencia. Durante & Pedro (2010) definen funcionalidad como “la capacidad de un individuo para adaptarse a las situaciones y problemas de cada día en su entorno habitual, a pesar de sufrir un trastorno físico, psíquico o social”. (p. 110). De esta forma en la evaluación de las actividades de la vida diaria se establece la independencia del individuo en la ejecución de diversas actividades. Los autores mencionados anteriormente clasifican las Actividades de la vida diaria (AVD) en tres categorías:

- **Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).** Son las actividades de autocuidado, como asearse, alimentarse, vestirse, ser continente; etc.
- **Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).** Son actividades más complejas y nos indican la capacidad del individuo para vivir de manera independiente en su entorno habitual. Incluyen actividades como realizar compras, ejecución de las tareas del hogar, control de la medicación; etc.
- **Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).** Son actividades complejas en relación con el estilo de vida del individuo, en las que la volición es determinante. No son indispensables para el mantenimiento de la independencia, aunque a través de ellas se intenta identificar precozmente una disminución de la función. Son actividades de tipo lúdico y relacional, conductas elaboradas de control del medio físico y del entorno social que permiten al individuo desarrollar sus roles sociales. Algunos ejemplos de

estas actividades son la participación en grupos, actividades de tiempo libre, viajes, deportes, etc. (p. 111)

Romero & Moruno (2003), establecen una diferenciación importante que influye en la ejecución de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, basadas en aspectos socioculturales. Mencionan que:

Las actividades básicas de la vida diaria se caracterizan por ser universales y por su gran especificidad, así como por ser poco influenciadas socioculturalmente. En cambio, las actividades instrumentales de la vida diaria requieren la toma de decisiones e interacciones difíciles con el medio o resolución de problemas que capacitan al individuo para alcanzar la autonomía personal y éstas si pueden verse influidas por el sexo, educación, cultura, sociedad y la edad. (p. 319)

2.2.1.1 Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

Polonio, Durante & Noya (2001) detallan las destrezas contempladas dentro de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Éstas son:

- **Aseo personal.** Obtención y utilización de los elementos necesarios; eliminación del vello corporal (utilización de maquinillas, cera, lociones, etc.); aplicación y eliminación de cosméticos; lavado, secado, peinado, y cepillado del cabello; cuidado de las uñas (pies y manos), cuidado de la piel, orejas y ojos; aplicación de desodorante.
- **Higiene oral.** Obtención y utilización de los elementos; limpieza de la boca; cepillado y aclarado de los dientes; retirada, limpieza y recolocación de órtesis y prótesis dentales.
- **Baño/ ducha.** Obtención y uso de los elementos; enjabonado, aclarado y secado de todas las partes de cuerpo; mantenimiento de la posición en el baño, entrar y salir de la bañera.

- **Higiene para orinar y defecar.** Obtención y uso de los elementos; manejo de la ropa; mantenimiento de la posición en el inodoro; sentarse y levantarse del mismo; limpieza de la zona corporal; cuidado de las necesidades menstruales y de incontinencia (incluyendo catéteres, colostomías y otros).
- **Cuidado de enseres personales.** Limpieza y mantenimiento de los utensilios de cuidado personal, tales como lentes de contacto, audífonos, gafas, prótesis, órtesis, ayudas técnicas y elementos contraceptivos y sexuales.
- **Vestido.** Selección de la ropa y de los accesorios apropiados para el momento del día, clima y ocasión; sacar la ropa del armario; vestido y desvestido de modo secuencial; abrochado y ajuste de ropa y zapatos; aplicación y retirada de ayudas técnica, prótesis y artesas.
- **Alimentación.** Poner la comida; selección y utilización de utensilios y elementos de mesa apropiados; llevarse comida y bebida a la boca; sorber, masticar, segregarse saliva y deglutir; organización de métodos alternativos de alimentación.
- **Movilidad funcional.** Moverse de una posición o lugar a otro, como por ejemplo movilidad en la cama, moverse en silla de ruedas, transferencias (silla de ruedas, cama, coche, baño/ducha, inodoro, silla, suelo...); ejecutar una deambulacion funcional y transportar objetos. (p.286)

2.2.1.2 Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

Polonio, Durante & Noya (2001) detallan las destrezas contempladas dentro de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Éstas son:

- **Comunicación funcional.** Utilización de equipamiento o sistemas para enviar y recibir información, como equipo de escritura, teléfono, máquina de escribir, tableros de comunicación, luces de llamada, sistemas de emergencia, escritura Braille, elementos de telecomunicación para sordos y sistemas de comunicación aumentativa.

- **Organización del hogar.** Obtención y mantenimiento de posesiones y entornos personales y de la casa.
 - **Cuidado de la ropa.** Obtención y uso de elementos; arreglos, lavar la ropa (a mano, a máquina, limpieza en seco); tender, planchar, almacenar y zurcir.
 - **Limpieza.** Obtención y uso de los elementos; recogida; colocación; tirar la basura; barrer y encerar; limpiar el polvo; limpiar ventanas, sacudir, limpiar espejos; hacer las camas; fregar suelos; aspirar; cambiar ceniceros y elementos reciclables.
 - **Preparación de comidas y limpieza.** Planificación de comidas nutritivas; preparar y servir la comida; abrir y cerrar los envases, armarios, etc.; utilizar los utensilios y electrodomésticos de la cocina; limpiar y almacenar la comida de forma segura; limpieza de la cocina y de los útiles de cocina.
 - **Compras.** Preparación de la lista de compras; seleccionar y coger los elementos; seleccionar la forma de pago; completar las transacciones de dinero.
 - **Gestión del dinero.** Presupuestos; pagos de recibos; utilización de los sistemas bancarios.
- **Movilidad en la comunidad.** Moverse uno mismo en la comunidad y usar el transporte público y/o privado.
- **Rutina medicamentosa.** Obtención de la medicación; apertura y cierre de los envases, seguimiento de las pautas prescritas; tomar la cantidad correcta; informar sobre los problemas y los efectos secundarios; administrar cantidades correctas utilizando los métodos señalados.
- **Mantenimiento de la salud.** Desarrollo y mantenimiento de rutinas para la prevención de la enfermedad y la promoción del bienestar, tales como ejercicio físico, nutrición y disminución de las conductas de riesgo para la salud. (p. 288)

Romero & Moruno (2003) especifican que “las destrezas más afectadas en personas que padecen una enfermedad mental o trastorno mental son la higiene, el aseo, la alimentación, vestido y hábitos saludables (sueño, alimentación, relaciones sexuales)” (p.349). Gómez (2013), señala que existen varios factores que influyen en la ejecución adecuada de las actividades de la vida diaria en personas con enfermedad mental, uno de ellos es la sintomatología que presenta el paciente, sea positiva o negativa.

En el trastorno psicótico por ejemplo, podemos observar: síntomas positivos, que son aquellas manifestaciones que el paciente hace o experimenta, como por ejemplo alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, etc. (...) y/o por otro lado sintomatología negativa, como puede ser la apatía, la abulia, anhedonia, alogia, pobreza afectiva, insociabilidad, así como problemas cognitivos.(p.97)

Estos síntomas no solo afectan el desempeño ocupacional del paciente sino que repercuten también en las esferas social, laboral y familiar. Los síntomas negativos como la abulia y anhedonia al estar relacionados con los procesos de voluntad y motivación tienen una importante influencia en la realización de las actividades de la vida diaria. Otro factor relevante es la institucionalización, que al ser un medio controlado en el que ciertas actividades son realizadas por terceras personas no es posible integrar en su totalidad aquellas actividades que se esperaría que desempeñen las personas en un medio natural.

Romero & Moruno (2003), añaden el bienestar emocional como un factor influyente en la ejecución de las actividades de la vida diaria, manifestando que:

(...) un elevado afecto positivo se asocia con una mayor ejecución en las actividades básicas de la vida diaria, así como el mantenimiento futuro de la funcionalidad (...) el afecto positivo se relaciona con un estilo de vida saludable y por tanto con hábitos ocupacionales positivos para la salud. (p. 349)

2.2.2 Deterioro Cognitivo en la Esquizofrenia

2.2.2.1 Esquizofrenia.

La esquizofrenia constituye uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en todo el mundo, de acuerdo con estadísticas de la OMS (2016) este trastorno afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Puede ser entendida como un trastorno psicótico que se manifiesta clínicamente en forma de graves alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta.

La esquizofrenia forma parte de los llamados trastornos psicóticos. Respecto a este tema Caballo, Salazar & Carroble (2014) refieren:

Las psicosis son trastornos psicopatológicos muy graves cuyo denominador común, entre los pacientes que las padecen, son las serias alteraciones del pensamiento y la percepción (ideas delirantes y alucinaciones), una notable desorganización de la personalidad y del comportamiento (incapacidad para funcionar adecuadamente en la vida cotidiana) y una grave distorsión del sentido de la realidad (vivencia de una realidad muy distinta de la de las personas que los rodean). (p. 395)

Según Toro, Yepes & Palacio (2010) podemos definir a la esquizofrenia como una enfermedad cuyas características principales son alteraciones cognoscitivas, afectivas y comportamentales que afectan notablemente el desempeño del individuo en todas las áreas de su vida. Aparece de manera aguda o insidiosa, con un solo brote psicótico o a contraparte puede desarrollarse crónicamente con episodios repetitivos que implican el deterioro progresivo del paciente. Generalmente existe una fase premórbida en la que el paciente va desarrollando paulatinamente los signos y síntomas característicos

hasta que éstos se muestran evidentes, presentándose así los primeros episodios psicóticos.

2.2.2.1.1 Etiología de la esquizofrenia.

A pesar de que la investigación de la esquizofrenia ha sido muy amplia, sus causas exactas aún se desconocen. Hablar acerca de la etiología de la esquizofrenia, implica el análisis de diversas teorías que describen desde factores biológicos y genéticos hasta factores psicológicos y ambientales. Caballo *et al.* (2014) manifiestan que:

(...) no existe actualmente ningún modelo unifactorial que pueda explicar convenientemente y satisfactoriamente el trastorno. Las causas de las disfunciones en la esquizofrenia son de muy diverso origen e índole: psicológico, ambiental, genético, orgánico, neuroquímico, etc...Por ello, la tendencia actual es hacia la formulación de modelos integradores que consideren la esquizofrenia multifactorialmente determinada. (p. 406)

Existen varias teorías que tratan de explicar las causas de la esquizofrenia, sin embargo hasta el momento no ha sido posible establecer una única explicación acerca de su origen. Godoy (1991) citado por Caballo *et al.* (2014) menciona que en la actualidad se plantean modelos integradores que consideran a la esquizofrenia como una enfermedad en la que intervienen múltiples factores. Toro *et al.* (2010) describen los siguientes:

- **Factores genéticos.** Las investigaciones clínicas observan que el riesgo de padecer esquizofrenia es mayor en algunas familias y que la probabilidad aumenta entre más cercano sea el nivel de consanguinidad con el paciente esquizofrénico (...) Las investigaciones más recientes avalan la hipótesis que sugiere la existencia de una vulnerabilidad que se transmite genéticamente y que se expresa de manera variable según los factores ambientales que la afecten. (p.144)

- ***Alteraciones del neurodesarrollo.*** (...) En un buen número de pacientes con esquizofrenia la psicosis es precedida, desde temprana edad, por déficits de tipo neurológico, motor, cognoscitivo, o alteraciones de tipo emocional y de las relaciones interpersonales, que parecen ser más específicos y persistentes que los síntomas de psicosis, a los cuales anteceden y que parecen corresponder a síntomas originados por el daño cerebral. (p.145)
- ***Hipótesis dopaminérgica.*** La hipótesis dopaminérgica atribuye la presentación de los síntomas a un exceso de la neurotransmisión dopaminérgica. La hipótesis esta con base en hechos importantes; por un lado, los neurolépticos, fármacos capaces de bloquear los receptores dopaminérgicos (D2) mejoran los síntomas positivos de la esquizofrenia, y en segundo lugar, las anfetaminas y la fenciclidina, sustancias aminérgicas capaces de incrementar la transmisión dopaminérgica, producen psicosis tóxicas, que simulan y empeoran los síntomas de la esquizofrenia. Las dos observaciones clínicas sugieren que el sistema dopaminérgico regula la aparición de los síntomas psicóticos. (p.147)
- ***Hipótesis inmunológica.*** La hipótesis que postula que algunas formas de esquizofrenia pueden estar asociadas con la respuesta inmune no es nueva, pero solo ahora con los avances de la biología molecular comienza a ser evaluada. (p.149). En los pacientes con esquizofrenia se encuentra disminución de la producción de proteínas que pueden ser consideradas como hormonas del sistema inmune, que estimulan respuestas cerebrales de tipo inmunológico, neuroquímico, neuroendocrino y comportamental. Además, los investigadores sugieren la existencia de una exposición a una infección viral durante la vida fetal, porque encuentran reportes clínicos de que la madre padeció enfermedades virales o episodios febriles durante la gestación.

- ***Hipótesis de la red displástica.*** Mesulan afirma que “un orden más alto de procesos mentales, tales como la atención, lenguaje y memoria, no pueden ser localizados en una sola región del cerebro. Más bien, hacen parte de una red neurocognoscitiva a gran escala que compromete regiones corticales densamente interconectadas y distribuidas espacialmente” (...) Se observa que en la medida en que las conexiones neuronales se reducen, el modelo de redes se fragmenta funcionalmente y partes del mismo presentan un comportamiento autónomo o parásito, que puede ser la base para la aparición de fenómenos de pasividad o alucinaciones auditivas. McGuire y colaboradores postulan que las alucinaciones son el resultado de la disfunción de las redes neuronales del hipocampo y corteza prefrontal que impiden al paciente reconocer su propia voz, razón por la cual la percibe como extraña a él mismo y proveniente desde afuera. (p.149, 150)
- ***Teoría de la mente.*** La teoría de la mente se define como la habilidad psíquica que poseemos para representar en nuestra mente los estados mentales de otros (pensamientos, deseos, creencias, intenciones, conocimientos) y mediante esta representación psíquica poder explicar y predecir su conducta. Los pacientes con alteraciones neuropsiquiátricas de diferente clase (como la esquizofrenia, el autismo, el síndrome de asperger, trastornos de la personalidad, fobia social y enfermedad bipolar) tienen dificultades para percibir las emociones de los otros (son ciegos mentales en mayor o menor grado), razón por la cual se comportan con rudeza, falta de sutileza, carencia de compasión (empatía), egocentrismo y arrogancia e incluso exhiben comportamientos de heteroagresión. (p.150)
- ***Factores psicosociales.*** El definir si los factores psicosociales tienen un papel causal, desencadenante o son consecuencias de la enfermedad, encuentran dificultades metodológicas que hacen difícil interpretar sus hallazgos (150, 151).

Estudios hacen énfasis en el papel de la familia y la comunicación en la etiología de la enfermedad esquizofrénica. Algunos investigadores proponen la existencia de relaciones sesgadas o de familias “divididas”. No existe comprobación científica de estas teorías, dado que las muestras son muy pequeñas y no han tenido en cuenta los grupos de control.

Como una explicación actual e integradora, Caballo *et al.* (2014) describen el modelo de vulnerabilidad- estrés.

El modelo postula que cada sujeto tiene un determinado grado de vulnerabilidad a la esquizofrenia que, en determinadas circunstancias (estrés), se podría traducir en un episodio esquizofrénico. Así, se combinan variables personales, de una parte, con factores ambientales estresantes, por otra. Es la combinación entre ambas lo que produce el problema. Probablemente no existen un único factor interno o externo que sea capaz de generar el problema, éste surge de la combinación de factores de predisposición y factores desencadenantes. (p. 411).

2.2.2.1.2 Características clínicas de la esquizofrenia.

En la esquizofrenia las manifestaciones clínicas suelen ser evidentes pero en ocasiones difíciles de discriminar, pudiendo dificultar el diagnóstico debido a su similitud sintomática con otros trastornos psicóticos. Para ello se ha establecido la clásica diferenciación entre síntomas positivos y síntomas negativos. Acerca de este tema, Vallejo & Leal (2012) establecen: “Los síntomas positivos o productivos reflejan la aparición de fenómenos que no estaban presentes en el pasado, mientras que los síntomas negativos o de déficit reflejan la pérdida de una capacidad o característica previamente adquirida.” (p.956).

- **Síntomas positivos.** La sintomatología positiva comprende las alteraciones de tipo perceptivo (alucinaciones), ideativo (delirios) y trastornos ideoverbales (pensamiento y lenguaje). (Toro, Yépez y Palacio, 2010).

Según Caballo *et al.* (2014) los principales síntomas positivos de la esquizofrenia son:

- *Ideas delirantes.* Creencias fijadas o erróneas que no pueden entenderse dentro del contexto del grupo cultural o religioso del individuo. Las convicciones son inamovibles ante las pruebas convincentes de su inverosimilitud, y la persona está totalmente convencida de su veracidad. (p.400)
- *Alucinaciones.* Experiencias sensoriales que se producen en ausencia de cualquier estímulo real externo. En la esquizofrenia se pueden dar alucinaciones de cualquier modalidad sensorial; sin embargo, las más características y frecuentes del trastorno son las auditivas, en las que la persona oye voces, ruidos o sonidos, siendo las más comunes las voces que hablan al paciente, que hablan entre sí o le llaman de diversas maneras. (p.401)
- *Síntomas motores o comportamiento catatónico.* Los síntomas motores están frecuentemente relacionados con la esquizofrenia; sin embargo, es necesario señalar que pueden ser producto directo de la enfermedad, aunque también pueden surgir como efecto secundario de la medicación. (p.ej, acatisia o inquietud motora, que se manifiesta por una sensación de no poderse estar quieto; discinesia, que consiste en movimientos involuntarios de lengua, boca y cara; déficit en la postura y la marcha; rigidez, temblor o retardo psicomotor). (...) En este grupo de síntomas se pueden incluir

también cambios en el vestido y la apariencia, la conducta social y sexual, la conducta agresiva o agitada y, por último, la conducta repetitiva. (p.401)

- **Síntomas negativos.** La sintomatología negativa en cambio expresa un déficit del funcionamiento cognoscitivo, afectivo y social, estos síntomas se evidencian de forma precoz antes de la adolescencia, su intensidad se incrementa después de cada episodio delirante alucinatorio. (Toro, Yépez y Palacio, 2010). Caballo *et al.* (2014) refieren los siguientes síntomas:

- *Alogia.* Consiste en una alteración del pensamiento que se manifestaría en ciertos trastornos del lenguaje, como la falta de fluidez o la producción insuficiente del lenguaje, con diferentes manifestaciones, como, por ejemplo, la pobreza de lenguaje, en la que el paciente da respuestas únicamente a lo que se le pregunta, siendo estas muy breves limitándose a veces a una palabra, el discurso es completamente lacónico y monosilábico sin producción de a penas de habla espontanea; la pobreza del contenido del lenguaje, en la que el paciente ofrece respuestas largas pero vacías de contenido, por lo que el mensaje no es informativo; el bloqueo, en el que la persona se detiene en mitad del discurso y no lo finaliza, y el aumento de la latencia de respuesta, en la que el paciente tarda más tiempo de lo habitual en dar una respuesta a la pregunta que se le ha formulado, hasta el punto de parecer distante o preocupado cuando se le formula.
- *Abulia/Apatía.* Falta de comportamientos dirigidos a una meta, consiste en una falta de motivación y una carencia de energía para iniciar, mantener o terminar una conducta, y se puede manifestar por una inactividad física casi completa. (...) La abulia puede terminar en una falta de continuidad en las tareas cotidianas de la casa, el trabajo o la escuela que puede provocar el

fracaso y abandono de dichas tareas generando a su vez un mayor deterioro y aislamiento.

- *Anhedonia*. Se caracteriza por una disminución de la capacidad para experimentar placer por medio de las actividades que se realizan y una pérdida de interés por cosas que antes si lo tenían. Se manifiesta por una ausencia de aficiones, una reducción del nivel de actividad y una disminución de las interacciones sociales.
- *Aplanamiento afectivo o embotamiento*. Se caracteriza por una ausencia o disminución de la reacción emocional a los estímulos, es decir, el paciente presentaría un déficit en la capacidad para expresar emociones. Este síntoma se observaría en la inmovilidad y la falta de respuesta en la expresión facial del individuo, el contacto visual pobre y la reducción del lenguaje corporal, de tal manera que prescinde en gran medida de las herramientas propias de la comunicación no verbal, como las posturas corporales, los gestos o las inflexiones vocales. (p. 402)

2.2.2.1.3 Características cognitivas de la esquizofrenia.

Desde las investigaciones de Kraepelin se observa deterioro cognitivo en los pacientes esquizofrénicos, se ven comprometidas funciones como la atención, la memoria de trabajo y la memoria episódica, etc. (Toro *et al.* 2014). Gabbard (2010) menciona que:

Debido a que las alteraciones cognitivas de la esquizofrenia tienen una fenomenología, evolución y farmacología peculiares, esta dimensión cognitiva de la enfermedad se considera (por lo menos) en parte independiente de la dimensión psicótica. (...) Las discapacidades cognitivas en la esquizofrenia tienen una

evolución patológica única, que a menudo empieza antes del comienzo de la psicosis y se prolonga sin mejoría a lo largo de los años de la enfermedad. (p.322)

2.2.2.2 Deterioro Cognitivo en pacientes esquizofrénicos.

El Diccionario de la APA (2010), define el deterioro cognitivo como la “reducción en una o más capacidades cognitivas, como la memoria, la conciencia, el juicio y la agudeza mental, a lo largo del ciclo de vida adulta” (p. 135)

Dado que el deterioro cognitivo presente en la esquizofrenia constituye una entidad con características propias, diversos autores han tratado de determinar cuáles con las funciones que se encuentran mayormente afectadas. Harvey & Keefe (1997) citados por Lieberman, Stroup & Perkins (2010) establecen que “en la esquizofrenia, las áreas que se citan de manera más consistente como gravemente deterioradas son la memoria verbal, las funciones ejecutivas, la atención o la vigilancia, la fluidez verbal y la velocidad motora” (p. 243). Por otra parte, Nuechterlein y cols. (2004) citados por el mismo autor, basados en un estudio, determinan que “los dominios de déficits cognitivo más importantes en la esquizofrenia son la memoria de trabajo, la atención/vigilancia, el aprendizaje y la memoria visuales, el razonamiento y la resolución de problemas, la velocidad de procesamiento y la cognición social.” (p. 243). En la misma línea, Vallejo & Leal (2012) agrupan esta afectación en tres áreas generales: memoria, atención y funcionamiento ejecutivo, especificando mayor deterioro en la memoria episódica y la velocidad de procesamiento. Además, detallan hallazgos relevantes sobre las funciones cognitivas más afectadas en la esquizofrenia, descritas a continuación.

- **Memoria y aprendizaje.** En la esquizofrenia, el patrón de afectación es bastante global y abarca problemas para aprender nueva información en la memoria declarativa, estando la memoria implícita relativamente conservada (...) Se piensa que los déficits mnésicos serían la consecuencia de problemas en el registro (codificación) de la

información, así como las estrategias de recuperación (evocación) de la información consolidada pero no se deben al olvido rápido de la información como sucede en la enfermedad de Alzheimer. (p.915)

- **Vigilancia y atención.** Los pacientes con esquizofrenia presentan una mayor distraibilidad, tiempos de reacción más lentos, dificultades para mantener la atención en tareas de procesamiento continuo y para atender a varias tareas a la vez, así como problemas para inhibir respuestas automáticas y para filtrar los estímulos irrelevantes a fin de diferenciar aquellos relevantes. (p. 915) Green y cols. (2000) citados por Lieberman et al. (2010) mencionan que “los deterioros en la vigilancia pueden provocar dificultades para seguir conversaciones sociales y una incapacidad para seguir instrucciones importantes (...) las actividades sencillas se vuelven complicadas o imposibles” (p. 244)
- **Funciones ejecutivas.** Los pacientes con esquizofrenia suelen presentar problemas con el manejo de conceptos e hipótesis, en razonamiento abstracto, la resolución de problemas, la planificación y toma de decisiones, la comprobación de errores o la flexibilidad mental. (p.916). Según Lieberman et al. (2010) “los pacientes con esquizofrenia que presentan déficits en pruebas de las funciones ejecutivas tienen dificultades para adaptarse rápidamente a cambiante mundo que les rodea” (p.245)
- **Memoria operativa o de trabajo.** Los pacientes con esquizofrenia presentan de forma consistente un déficit en la memoria de trabajo que podría explicar en parte la disfunción ejecutiva y que también se ha relacionado con síntomas de desorganización, como los trastornos formales del pensamiento. (p. 916)
- **Fluidez verbal y lenguaje.** En la esquizofrenia, el lenguaje está alterado en el sentido de que frecuentemente resulta ilógico o bizarro, con trastornos formales del

pensamiento que pueden presentarse como perseveraciones o pérdidas de la continuidad. (p. 916)

- **Cognición social.** Es un conjunto de procesos cognitivos implicados en como pensamos sobre nosotros mismos y otras personas, la situaciones e interacciones sociales. En otras palabras, se trata de las capacidades para percibir, interpretar y responder adecuadamente a las señales afectivas e interpersonales de los demás (...) Los pacientes con esquizofrenia tienen problemas para inferir los estados mentales, intenciones y creencias de los demás, así como para atribuir estados mentales a otros; no utilizan el contexto cuando procesan los estímulos sociales; están menos familiarizados con lo que está socialmente aceptado en las distintas situaciones sociales; tiene problemas para reconocer y entender las expresiones faciales de afecto, así como problemas para inferir las causas de los acontecimientos. (p. 917)

Además de las funciones deterioradas, Vallejo & Leal (2012) mencionan que existen funciones conservadas, entre las que se encuentran dominios del lenguaje como la comprensión y denominación, las habilidades perceptivas, la memoria de reconocimiento, el aprendizaje implícito, el funcionamiento motor sencillo y ciertos aspectos del procesamiento emocional.

2.2.2.2.1 Importancia clínica del déficit neurocognitivo.

El desempeño adecuado del individuo en todas las actividades de la vida requiere la correcta integración y funcionamiento de los procesos mentales superiores. Al existir deterioro cognitivo en los Pacientes con esquizofrenia varias áreas del desempeño se ven afectadas. Respecto a este impacto clínico, Lieberman et al. (2010) refieren:

Aunque la bibliografía sugiere que el déficit neurocognitivo no está muy relacionado con los síntomas se ha demostrado que se relaciona de manera consistente con otra serie de aspectos importantes de la enfermedad, el

funcionamiento social, los déficits funcionales, el desempleo, la calidad de vida, la prevención de las recaídas, la situación médica y el coste económico. (p. 252) Vallejo *et al.* (2012) indican también la implicación significativa del deterioro cognitivo en varias áreas de la vida del sujeto diagnosticado con esquizofrenia:

La consecuencia redonda en un deterioro en el funcionamiento socio-familiar y en las actividades de la vida cotidiana, mayor dificultad en las habilidades instrumentales y resolución de problemas, la disminución de la eficacia de los programas rehabilitadores e incapacidad para mantener el empleo y el autocuidado (salud física, finanzas). (p. 984)

2.2.2.3 Tratamiento de pacientes con esquizofrenia.

Respecto al tratamiento en pacientes con esquizofrenia, Durante & Pedro (2010) refieren:

El tratamiento de base de cualquier fenómeno de tipo psicótico, con independencia de su etiología, se realiza fundamentalmente con fármacos neurolépticos (...) Adicionalmente al tratamiento farmacológico, es de trascendental importancia un manejo de contenido psicoterapéutico de los casos, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento e incidir sobre los aspectos psicológicos del paciente. (p.82, 83).

La atención ambulatoria está indicada en pacientes cuyo cuadro clínico esta compensado. Comprende la atención ambulatoria del médico tratante según la necesidad del paciente.

Respecto al tratamiento ambulatorio de la esquizofrenia, Ramos (2008) establece:

Los avances producidos en la medicación, las numerosas investigaciones sobre comportamiento de la persona con enfermedad mental, nos han conducido a un proceso de abandono del tratamiento crónico de la enfermedad mental llevado a cabo en los conocidos como hospitales psiquiátricos (...) Este proceso de abandono basado en el estado de bienestar surge a raíz de la reforma psiquiátrica, la cual da paso al desarrollo de la atención comunitaria. (p. 87)

Dentro de las modalidades de atención ambulatoria, Rodríguez (2015) describe los hospitales de día como dispositivos que atienden durante el día a personas con algún tipo de enfermedad mental severa.

Su finalidad es la rehabilitación psicosocial de los pacientes a través de la terapia ocupacional y programas específicos en los que también se incluyen actividades de ocio que potencian la convivencia (...) Constituye un recurso para los enfermos mentales crónicos o severos de duración prolongada, principalmente psicosis, que no disponen de una buena cobertura familiar y/o apoyo social, presentado alguna incapacidad para vivir de forma independiente en la comunidad. (p. 288)

Se los remite para conseguir los siguientes objetivos:

- Fomentar la realización de alguna actividad y contacto social para evitar el deterioro.
- Mejorar su nivel ocupacional.
- Realizar un seguimiento estrecho del tratamiento farmacológico y médico.
- Retomar una vida más normalizada
- Estructurar la actividad diaria.

Este recurso abrevia el tiempo de ruptura del enfermo con su entorno familiar y permite la participación de la familia en el proceso terapéutico. Por otro lado potencia la vida social, familiar y comunitaria de la persona, es decir, la rehabilitación y la reinserción social del enfermo en los casos que ello sea posible; y evita la institucionalización del mismo, al ralentizar su proceso de enfermedad evitando las reagudizaciones con el control exhaustivo de la toma de medicación (la mayor parte de los reingresos en el Hospital Psiquiátrico son por el abandono de la toma de medicación) y con diferentes actividades psicoterapéuticas y de resocialización. (p.289)

Por otra parte, según la OPS (2005) se ha demostrado que la combinación de medicamentos e intervenciones psicosociales basadas en la comunidad y la familia es la mejor forma de tratamiento para los pacientes esquizofrénicos o con trastornos afines, y en una gran proporción de casos se obtiene la mejoría o recuperación. Así, el seguimiento de los pacientes en la comunidad incluye la administración supervisada de medicamentos, la consulta especializada y periódica, las acciones rehabilitadoras de base comunitaria y el asesoramiento a la familia. (p. 108)

Según Gabbard (2010) en la psicoterapia ambulatoria se debe establecer un plan acordado mutuamente que,

(...) debería comprender la frecuencia y la duración de las consultas, el pago y régimen de la medicación, así como disposiciones para que el paciente o los cuidadores se pongan en contacto con el médico (u otro miembro del equipo) en caso de que se produzca una crisis entre las citas programadas. Debe prestarse atención a consideraciones prácticas, como quién se ocupará del transporte a las consultas y cómo y dónde se rellenarán las recetas. Si se recomienda psicoterapia, puede ser útil una formulación general con respecto a sus métodos y objetivos (...) (p.343)

Una de los principales dificultades que presentan los pacientes que reciben atención ambulatoria es el incumplimiento en el tratamiento farmacológico, atribuido a varios factores como: la falta de conciencia de la enfermedad, la comorbilidad con abuso de sustancias, la falta de supervisión adecuada, la falta de conocimiento y las creencias incorrectas sobre los medicamentos; etc. Es por ello que en el tratamiento ambulatorio la familia constituye el pilar fundamental para evitar las recaídas. Respecto al apoyo familiar, Gabbard (2010) refiere:

Los familiares cuidadores ofrecen apoyo emocional, aseguran la toma de la medicación, proporcionan el transporte a las citas (...) además, quizá tengan que establecer límites a los comportamientos perturbadores como fumar, inversión del día y la noche e higiene

y limpieza deficientes; tomar decisiones dolorosas con respecto al tratamiento involuntario, y proporcionar a los terapeutas de salud mental un cuadro preciso del funcionamiento del paciente y la respuesta a los tratamientos. (p. 344)

Además, Gabbard (2010) menciona varios tratamientos psicosociales, entre ellos:

- ***Entrenamiento en habilidades:*** El entrenamiento cubre el hueco que existe entre las habilidades que presenta el individuo y las que necesita para funcionar mejor. Lieberman y cols. (1993) diseñaron ocho módulos que enseñan habilidades de vida en comunidad: “manejo independiente de la medicación”, “manejo de la medicación por uno mismo”, “manejo del abuso de sustancias”, “esparcimiento y ocio”, “conversación básica”, “aspectos básicos en el puesto de trabajo”, “reingreso en la comunidad” y “amistad e intimidad”. Cada uno de ellos, se lleva a cabo a partir de una metodología de entrenamiento que conlleva siete pasos: introducción a la habilidad, demostración con cinta de video, role-playing, resolución de problemas de recursos, resolución de problemas de resultados, asignación in vivo y tareas para la casa. (p. 354)
- ***Intervenciones familiares:*** Las intervenciones familiares están diseñadas para implicar de manera activa a las familias en el proceso de rehabilitación. Todas ellas comparten varios componentes, entre ellos la educación sobre la naturaleza de la enfermedad mental grave, la ayuda para la utilización de los recursos comunitarios disponibles, el manejo del estrés y la enseñanza de métodos mejores de comunicación y resolución de problemas. (p. 356)
- ***Terapia cognitivo-conductual:*** La TCC abarca técnicas dirigidas a potenciar las habilidades de afrontamiento, elevar la autoestima y enseñar a los pacientes la manera de modificar su interpretación errónea y su percepción equivocada de sus experiencias psicóticas (...) Los esfuerzos del terapeuta se orientan a alterar la

comprensión y la interpretación que hace el paciente de sus creencias delirantes y experiencias alucinatorias, apelando a sus capacidades racionales y de resolución de problemas (...) Se ayuda a los individuos a identificar sus objetivos personales en la vida y a considerar de qué forma sus explicaciones e interpretaciones de los síntomas pueden interferir en el logro de sus metas vitales personales (p. 357)

En el Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” la atención ambulatoria a los pacientes abarca el tratamiento farmacológico y la terapia psicológica personal según el requerimiento de cada paciente. Además, se brinda servicios de larga estancia o institucionalización, donde los pacientes reciben intervenciones grupales basadas en la Terapia ocupacional, adaptando las intervenciones a las necesidades de los diferentes grupos existentes (Psiquiatría mujeres crónicas, Psiquiatría mujeres agudas, Psiquiatría mujeres geriátricas y Psiquiatría varones).

Según Polonio et al (2001) la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (1986) define la Terapia Ocupacional como el “uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida” (p. 17).

Por otra parte, se cuenta con el apoyo de los practicantes de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Chimborazo, encargados de la Terapia Psicológica grupal cuyo objetivo principal es estimular funciones cognitivas superiores a través de técnicas como:

- ***Procedimentalización de actividades.*** Según Arroyo, Poveda & Chamorro (2012) esta técnica “trata de hacer aprender una actividad de la vida diaria que presenta algún problema para el paciente, a través de la práctica. Se repite de forma estereotipada, intensiva y ritualizada la secuencia de sub-actos de la actividad.” (p. 117)

- ***Orientación a la realidad.*** Según Sardinero (2010) esta terapia “pretende reducir la desorientación espacial, temporal y personal suministrando constantemente al paciente información sobre su entorno.” (p. 20)
- ***Terapia de reminiscencia.*** En esta terapia se pretende potenciar la memoria episódica autobiográfica (los recuerdos personales) y la memoria semántica (que contiene los conocimientos sobre datos históricos relevantes). Pretende también que se rememoren los sucesos personales y hechos históricos con toda la claridad que sea posible, experimentando las emociones vinculadas a esos recuerdos. (Sardinero, 2010, p. 21)
- ***Ayudas externas.*** Pérez, Escotto, Arango & Quintanar (2014) establecen que las ayudas externas pueden ser utilizadas para la rehabilitación no solo de procesos de memoria sino también de atención y funciones ejecutivas. Consisten en el uso de herramientas electrónicas (relojes de alarma, agendas electrónicas, celulares y grabaciones) y no electrónicas (agendas, libros de anotaciones, diarios, listas y calendarios). Según Boller, Grafman & Robertson (2000) citados por Pérez et al (2014), este tipo de ayudas tienen un importante impacto sobre la vida diaria de los pacientes, ya que ayudan directamente a compensar el déficit resultante de las alteraciones de memoria y, por lo tanto, permiten un mayor acercamiento a la rehabilitación funcional.
- ***Actividades físico-recreativas.*** Se ha demostrado que la actividad física tiene un impacto beneficioso sobre el estado cognitivo del paciente, contribuyendo a una mejoría en la independencia, movilidad, el patrón del sueño y en el reforzamiento de conductas. (Guillen, 2008). Además, según Shay & Roth (1992) citado por Cox (2009), el ejercicio en los ancianos está asociado con la preservación de ciertos aspectos de la memoria y las relaciones espaciales. (p.396).

2.3 PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

El siguiente plan de intervención psicoterapéutica toma como base los preceptos de la terapia cognitivo-conductual. A partir de diversas técnicas de modificación de conducta (modelamiento, refuerzo positivo) y de técnicas de rehabilitación neuropsicológica (procedimentalización de actividades, ayudas externas) desarrolladas y aplicadas a profundidad por Arroyo, Poveda & Chamorro (2012), Sardinero (2010) y Gabbard (2010); se pretende incorporar una forma de intervención basada en actividades de la vida diaria con el objetivo de re-entrenar a los pacientes en la ejecución de dichas actividades, mejorando el desempeño de los pacientes respecto al nivel de ejecución de las AVD y con ello ralentizar el progreso del deterioro cognitivo presente en la esquizofrenia.

De acuerdo con Paúl. Bilbao & Ríos (2011), las técnicas de rehabilitación cognitiva son estrategias que tienen como objetivo reducir el deterioro cognitivo, se basan en la combinación de técnicas de intervención cognitiva y métodos de intervención conductual orientadas a reducir los problemas emocionales y favorecer la integración social y laboral, con el fin prioritario de conseguir la máxima autonomía, refieren además que “es relevante la creación de rutinas y la enseñanza a la familia en el manejo adecuado o en la generación de expectativas realistas; el trabajo deberá centrarse en actividades de la vida diaria” (p.477)

A continuación se detalla el plan de intervención psicoterapéutica:

OBJETIVO GENERAL: Estimular funciones cognitivas superiores a través de la ejecución de tareas relacionadas con las actividades de la vida diaria.			
TÉCNICAS	OBJETIVO	ÁREAS ESTIMULADAS	CONTENIDO
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentalización de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular funciones 	Funciones cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de la piel
		<ul style="list-style-type: none"> • Funciones ejecutivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia del baño.

<ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones verbales - Estímulos visuales (videos) • Modelamiento • Refuerzo positivo 	<p>ejecutivas mediante la repetición continuada y sistematizada de procesos de autocuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuperar hábitos de cuidado del aspecto físico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención • Memoria de trabajo <hr/> <p style="text-align: center;">Área ABVD</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Aseo personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de productos de aseo: shampoo y jabón. • Aplicación de cosméticos. • Cepillado y peinado del cabello. • Higiene bucal. • Cuidado de las uñas.
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentalización de actividades. - Instrucciones verbales - Estímulos visuales (videos) • Proporción de información. • Modelamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular funciones ejecutivas y capacidades prácticas mediante la repetición continuada y sistematizada de procesos de vestido y desvestido. • Rescatar capacidades de vestido. 	<p style="text-align: center;">Funciones cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funciones ejecutivas • Atención • Praxias <hr/> <p style="text-align: center;">Área ABVD</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Vestido 	<ul style="list-style-type: none"> • Selección de accesorios apropiados según el momento del día, clima y ocasión. • Vestido y desvestido de modo secuencial.
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentalización de actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular funciones ejecutivas 	<p style="text-align: center;">Funciones cognitivas</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Funciones ejecutivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos generales sobre los diferentes

<ul style="list-style-type: none"> - Instrucciones verbales - Estímulos visuales (videos) • Reconocimiento de objetos: trabajo sobre gnosias. 	<p>mediante la repetición continuada y sistematizada de procesos relacionados con la preparación de alimentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular capacidades de denominación y reconocimiento de objetos (gnosias) 	<ul style="list-style-type: none"> • Memoria procedimental • Gnosias <hr/> <p style="text-align: center;">Área AIVD</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Preparación de alimentos. 	<p>grupos de alimentos y su aporte nutricional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos de cocina y su utilización. • Selección y utilización de ingredientes y utensilios para preparar recetas específicas.
<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje de estrategias: cálculos matemáticos • Proporción de información. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular funciones ejecutivas y capacidades de cálculo que permitan el manejo adecuado de recursos económicos. 	<p>Funciones cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cálculo • Funciones ejecutivas • Memoria de trabajo <hr/> <p style="text-align: center;">Área AIVD</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Gestión del dinero. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento del dinero vigente • Preparación de listas de compras. • Realización de compras ficticias en base a presupuestos preestablecidos. • Operaciones de cálculo • Conocimiento general sobre documentos oficiales: cheques, letras de cambio; etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Ayudas externas 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular la memoria a través 	<p>Funciones cognitivas</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo positivo 	<p>de ayudas externas que promuevan independencia en la ingesta de la medicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover responsabilidad sobre la toma de medicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Memoria • Atención <p>Área AIVD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rutina medicamentosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia del seguimiento de las pautas médicas prescritas. • Construcción de ayudas externas para recordar la rutina medicamentosa.
<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades sociales: juego de roles. • Ayudas externas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación 	<p>Funciones cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje • Memoria • Atención <p>Área AIVD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje de destrezas para una conversación básica • Uso del teléfono: responder y hacer llamadas • Utilización de guías y agendas telefónicas • Construcción de ayudas externas que permitan al individuo recordar números o datos importantes de familiares cercanos.

2.4 HIPÓTESIS

- Las actividades de la vida diaria influyen en el deterioro cognitivo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito, periodo Abril – Septiembre del 2016

2.5 VARIABLES

2.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

- Actividades de la vida diaria.

2.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE

- Deterioro cognitivo.

2.6 DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

Continente: adj. Capacidad de controlar la urgencia de defecar u orinar (APA, 2010, p.106)

Dependencia: (...) estado en el que se espera intuitivamente o se busca activamente la ayuda de otros para recibir apoyo emocional o financiero, protección, seguridad o cuidado diario. (APA, 2010, p.126)

Enfermedad Mental: Trastorno que se caracteriza por síntomas psicológicos, conductas anormales, deterioro del funcionamiento o cualquier combinación de los anteriores. Dichos trastornos suelen causar malestar clínicamente significativo y daño en una variedad de dominios de funcionamiento, y pueden deberse a factores orgánicos, sociales genéticos, químicos o psicológicos. (APA, 2010, p. 547)

Funciones Ejecutivas: Procesos cognitivos de alto nivel que organizan y ordenan la conducta, como el juicio, la abstracción y la formación de los conceptos, la lógica y el razonamiento, la solución de problemas, la planeación y la secuenciación de acciones. (APA, 2010, p. 226)

Funciones Cognitivas: Conjunto de capacidades cerebrales superiores que permiten, evaluar y solucionar problemas, seleccionar, retener y evocar información relevante, prestar atención, realizar cálculos, comunicarse, coordinar movimientos, etc., entre éstas se encuentran: atención, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, funciones visuoespaciales, gnosia y praxis. (Consuegra, 2010, p.127).

Institución mental: Instalación orientada al tratamiento en que los pacientes con retraso mental o un trastorno psicológico grave reciben atención general supervisada y terapia de psicólogos y psiquiatras capacitados, así como del personal auxiliar. Los pacientes de una institución mental por lo general son aquellos que no pueden funcionar de manera independiente como pacientes externos cuando son apoyados por medicamentos psicoactivos. (APA, 2010. p.270)

Memoria de Trabajo: modelo, compuesto por múltiples componentes, de la MEMORIA DE CORTO PLAZO, que tiene un **circuito fonológico** (o **articulatorio**) para retener la información verbal, un **bloc visuoespacial** para retener la información visual y un **ejecutivo central** para desplegar la atención entre esos dos componentes. (APA, 2010. p.307)

Memoria declarativa: memoria que puede evocarse de forma consciente en respuesta a la petición a recordar. En algunas teorías la memoria declarativa incluye a la MEMORIA EPISÓDICA y MEMORIA SEMÁNTICA. (APA, 2010. p.307)

Memoria Implícita: memoria de un evento o experiencia previa que se produce de manera indirecta, sin la petición explícita de recordar el evento sin tener consciencia de la participación de la memoria. (APA, 2010. p.308)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Enfoque cuantitativo: La asociación entre las actividades de la vida diaria y el deterioro cognitivo de pacientes esquizofrénicos es una investigación cuantitativa pues es posible atribuir a estas variables valores numéricos o mediciones que verifiquen el grado de influencia de la una sobre la otra.

Diseño Transversal: Se ha planteado un periodo estimado de investigación de seis meses, es decir entre Abril y Septiembre del 2016.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

De campo: La investigación se realiza dentro de un proceso sistematizado en el que se recogen datos en un contexto específico, en este caso el Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito, tratando de forma directa con las variables, a través de los test aplicados a la muestra escogida.

Bibliográfica: La información que corrobora los datos obtenidos en la investigación ha sido extraída de medios bibliográficos como libros, revistas, publicaciones, artículos científicos, etc.

3.3 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptiva: La investigación a realizarse es descriptiva ya que se centra en recolectar datos que detallen el estado cognitivo actual de los pacientes esquizofrénicos analizando si las actividades de la vida diaria que ejecutan o abandonan repercuten en el deterioro cognitivo que sufren los pacientes.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: La población está conformada por 75 pacientes esquizofrénicos del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito.

Muestra: Para la investigación fue escogida una muestra no probabilística por cuotas pues se aplican criterios de inclusión y exclusión propuestos por las investigadoras. Participan en la investigación 20 pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

Inclusión:

- 20 pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide.
- Escolaridad media/superior.
- Rango de edad entre 35 a 60 años de edad.

Exclusión:

- Diagnóstico de otros tipos de esquizofrenia.
- Ausencia de comorbilidad con otros trastornos mentales y del comportamiento.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1 Técnicas.

3.5.1.1 Baterías psicológicas. Se ha reunido un conjunto de tres evaluaciones psicológicas que permitirán determinar el nivel de desempeño en las actividades de la vida diaria y el funcionamiento cognitivo de los pacientes evaluados, con el fin de asociar los resultados y llegar a una conclusión sobre los mismos.

3.5.2 Instrumentos.

3.5.2.1 Índice de Barthel.

El Índice de Barthel fue aplicado a 20 pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” con el objetivo de evaluar la dependencia o independencia de los pacientes respecto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Según Delgado (2014), el Índice de Barthel, también conocido como índice de discapacidad de Maryland “es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD)” (p. 257)

Barreno, García & Ojeda (2005) definen al índice de Barthel (IB) como “un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia”. (p.81)

Constituye un instrumento de gran utilidad, por su validez y fiabilidad, es fácil de aplicar y de interpretar (...) Se realiza entre 2 y 5 minutos, mientras que la autovaloración, en 10 minutos (...) Puede ser aplicado por profesionales de la rehabilitación o por otros del campo de la salud y por entrevistadores entrenados. (p.84)

La escala está dividida en 10 ítems correspondientes a ABVD, incluyendo capacidad para bañarse, asearse, subir escaleras, deambular, desplazarse de la cama al sillón, usar el retrete, vestirse, alimentarse y continencia de esfínteres. A cada uno de los ítems se les asigna un valor en función de si es dependiente para esa actividad, semiindependiente o independiente (0, 5, 10 respectivamente) (González, Lacasta & Ordoñez, 2006, p. 12)

En cuanto a la interpretación, el rango de posibles valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original. Cuanto más cerca está de 0 el paciente presenta más dependencia, por el contrario cuanto más cerca está de 100, es indicativo de independencia.

Shah et al, citado por Barreno et al (2005) sugiere la siguiente interpretación:

- 0 – 20: Dependencia total
- 21 – 60: Dependencia severa
- 61 – 90: Dependencia moderada
- 91 – 99: Dependencia leve

- 100: Independencia (p.84)

3.5.2.2 Escala de Lawton y Brody.

La escala de Lawton y Brody fue aplicada a 20 pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” con el objetivo de evaluar la dependencia o independencia de los pacientes en relación a la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria. Con respecto a la Escala de Lawton y Brody, González et al (2006) explican:

Este instrumento valora la capacidad de desarrollo de tareas que implican el manejo de utensilios habituales y actividades sociales de día a día a través de ocho ítems: cuidar la casa, lavado de ropa, preparación de la comida, ir de compras, uso del teléfono, uso del transporte, manejo del dinero y responsabilidad para la toma de los medicamentos. (p.15)

Según Daza (2007) la escala de Lawton y Brody,

Es un instrumento bastante útil para medir el grado de discapacidad, entendida como las limitaciones que experimenta el individuo para involucrarse en situaciones vitales, ya que contempla actividades funcionales necesarias para el desempeño de roles, la participación social y la autonomía. (p.315)

En cuanto a la interpretación de la escala de Lawton y Brody; Yubero, Latorre, Montanés & Larrañaga (1999) refieren:

El tiempo requerido para la cumplimentación de la escala es muy breve, aproximadamente cinco minutos. El sistema de puntuación de esta escala está basado en la información obtenida tanto a partir del propio sujeto (en el caso de que su capacidad cognitiva este intacta) como de personas allegadas o del personal técnico si se trata de una anciano institucionalizado. Por cada elemento se puntúa 0 o 1,

dependiendo de que sea o no independiente. La puntuación final oscila entre 0 y 5 para los hombres y de 0 a 8 para las mujeres. (p. 120)

La interpretación sugerida para el índice de Barthel es la siguiente:

- 0 a 1 Dependencia total
- 2-3 Dependencia severa
- 4-5 Dependencia moderada
- 6-7 Dependencia leve
- 8 Independencia

3.5.2.3 Evaluación Neuropsicológica Breve “NEUROPSI”.

La evaluación neuropsicológica breve fue aplicada a 20 pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” con el objetivo de evaluar el grado de deterioro cognitivo de los pacientes y obtener resultados de afectación en funciones mentales específicas. Según la Editorial Manual Moderno (2014), el NEUROPSI es un “instrumento de evaluación neuropsicológica breve, objetivo y confiable que permite valorar los procesos cognoscitivos en pacientes psiquiátricos, neurológicos y pacientes con diversos problemas médicos.” (p.17) Incluye protocolos y perfiles de calificación para la evaluación cognoscitiva de población de 16 a 85 años con diferentes grados de escolaridad en un tiempo aproximado de 25 a 30 minutos. El puntaje total máximo que puede obtener un individuo es de 130 puntos. Así, la interpretación de los resultados comprende las siguientes categorías: normal, alteración leve, alteración moderada, o alteración severa; según los puntos de corte establecidos en base a rangos de edad y niveles de escolaridad específicos. (Ostrosky, Ardila & Rosselli, 1999)

Al ser una prueba de evaluación neuropsicológica, el NEUROPSI evalúa diversas funciones cognitivas. Según Ardila y Ostrosky (2012),

Los dominios cognoscitivos que abarca el NEUROPSI son: orientación, atención y concentración, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, lectura, escritura y cálculo; cada una de estas áreas incluye varias subpruebas (...) De este modo, la valoración de la memoria comprende el recuerdo inmediato y demorado de información de tipo verbal y visual no verbal. La evocación se evalúa a través del recuerdo libre y por dos tipos de claves (agrupación semántica y reconocimiento). La evaluación del lenguaje abarca la valoración de varios parámetros importantes tales como la denominación, repetición, comprensión y fluidez. La evaluación de la atención abarca el nivel de alerta, capacidad de retención, eficiencia de la vigilancia, concentración y atención selectiva. Las funciones ejecutivas incluyen la solución de problemas (abstracción y categorización) y tareas de programación motora. (p.316)

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

DE RESULTADOS

4.1 Actividades de la vida diaria de pacientes diagnosticados con esquizofrenia

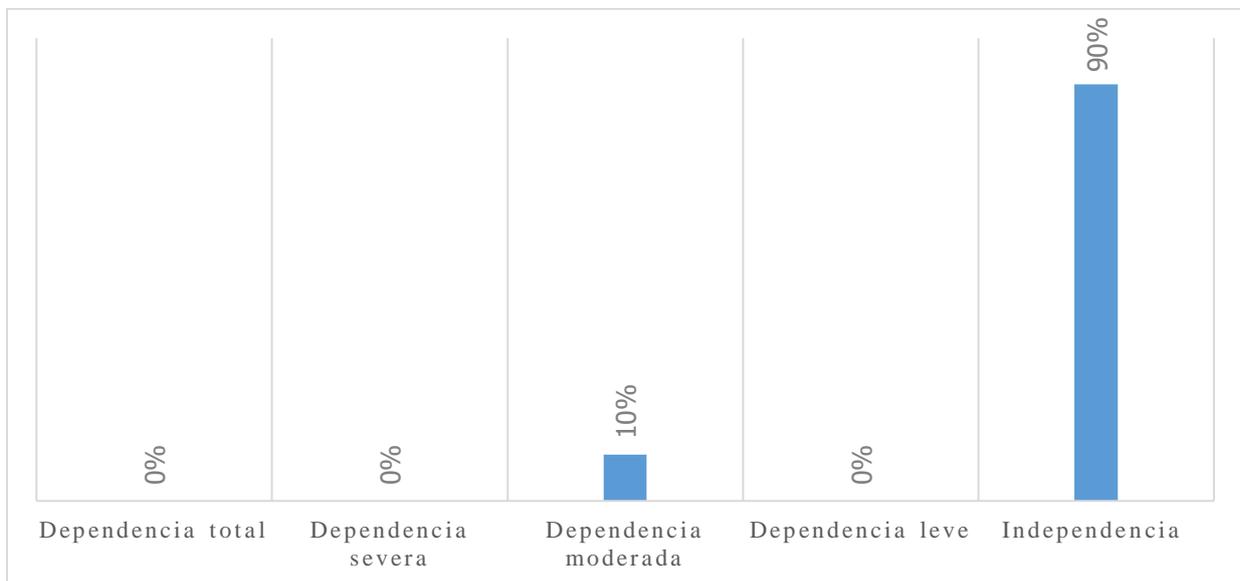
TABLA N° 1: Actividades básicas de la vida diaria de pacientes diagnosticados con esquizofrenia

Nivel de Dependencia	Dependencia Total	Dependencia Severa	Dependencia Moderada	Dependencia Leve	Independencia	Total
Número de pacientes	0	0	2	0	18	20
Equivalente porcentual	0%	0%	10%	0%	90%	100%

Fuente: Índice de Barthel aplicado a pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito.

Elaborado por: Sofía Arévalo y Lorena Veloz

GRAFICO N°1: Actividades básicas de la vida diaria de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.



Fuente: Índice de Barthel aplicado a pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito.

Elaborado por: Sofía Arévalo y Lorena Veloz

Interpretación: El 90% de los pacientes evaluados con el Índice de Barthel son independientes en lo que respecta a la realización de actividades básicas de la vida diaria, esto incluye tareas

relacionadas con el aseo personal, el desplazamiento, la alimentación, el vestido y el control de esfínteres; mientras que un 10% presentan dependencia moderada.

Análisis: Los resultados obtenidos coinciden con un estudio realizado por Ocaña y Caballo (2015), acerca de las actividades de la vida diaria en personas con enfermedad mental grave y prolongada. En esta investigación los participantes obtuvieron mejores puntuaciones en el desempeño de actividades de autocuidado en relación a las actividades vinculadas al cuidado del hogar en donde se obtuvieron puntuaciones bajas, reflejando así, independencia en tareas consideradas como actividades básicas de la vida diaria. Además, tomando en cuenta las características clínicas de la muestra cuyo diagnóstico es el de esquizofrenia paranoide, se establece que la sintomatología predominante son los síntomas positivos (alucinaciones y delirios) que no guardan relación con signos como el descuido personal, reflejo directo de la afectación en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria y cuya aparición estaría ligada a la predominancia de síntomas negativos. Por otro lado, estos resultados pueden estar vinculados a que los pacientes se encuentran estables y controlados mediante tratamiento farmacológico.

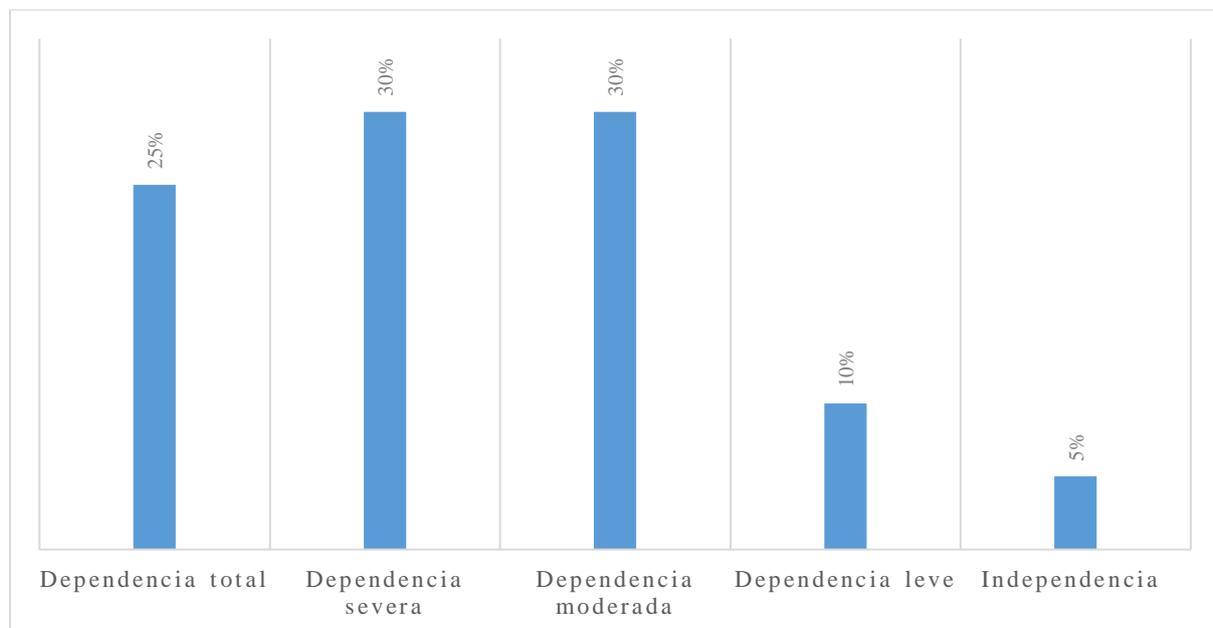
TABLA N° 2: Actividades Instrumentales de la vida diaria de pacientes diagnosticados con esquizofrenia

Nivel de Dependencia	Dependencia Total	Dependencia Severa	Dependencia Moderada	Dependencia Leve	Independencia	Total
Número de pacientes	5	6	6	2	1	20
Equivalente porcentual	25%	30%	30%	10%	5%	100%

Fuente: Escala de Lawton y Brody aplicada a pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito.

Elaborado por: Sofía Arévalo y Lorena Veloz

GRAFICO N°2: Actividades instrumentales de la vida diaria de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.



Fuente: Escala de Lawton y Brody, aplicada a pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito.

Elaborado por: Sofía Arévalo y Lorena Veloz

Interpretación: El 30% de los pacientes evaluados con la “Escala de Lawton y Brody” presenta dependencia severa; otro 30% presenta dependencia moderada; un 25% califica con dependencia total; un 10% demuestra dependencia leve y el 5% restante es independiente en

la realización de actividades instrumentales de la vida diaria. Esto incluye tareas de cuidado del hogar, el manejo de dinero, la preparación de comida, la realización de compras, el lavado de la ropa, la movilización y la administración de la medicación.

Análisis: Los resultados obtenidos pueden estar relacionados a que los pacientes que han recibido el diagnóstico de una enfermedad mental suelen ser rechazados e incapacitados por los familiares que los excluyen de las tareas del hogar, suponiéndoles entes no productivos; limitando así su capacidad para desenvolverse en el exterior. Este abandono progresivo de actividades y responsabilidades desde el diagnóstico de la enfermedad (que en la mayoría de los casos ha sido realizado al finalizar la adolescencia) ha acelerado el proceso de deterioro cognitivo, al presentar cierto grado de deterioro cognitivo en la edad adulta a los pacientes se les dificulta llevar a cabo actividades que impliquen procesos de planificación y toma de decisiones. A esto hace referencia el programa desarrollado por Villalta, Moreno, Navarro & Carrasco (2009), para el entrenamiento en actividades de la vida diaria en personas diagnosticadas con esquizofrenia cuyos resultados indicaron que dicho entrenamiento produce mejoría en el funcionamiento cognitivo de los pacientes, enfatizando la importancia de intervenir en las actividades de la vida diaria con el objetivo de reducir el impacto negativo del déficit cognitivo en las demás áreas de la vida.

4.2 Deterioro cognitivo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

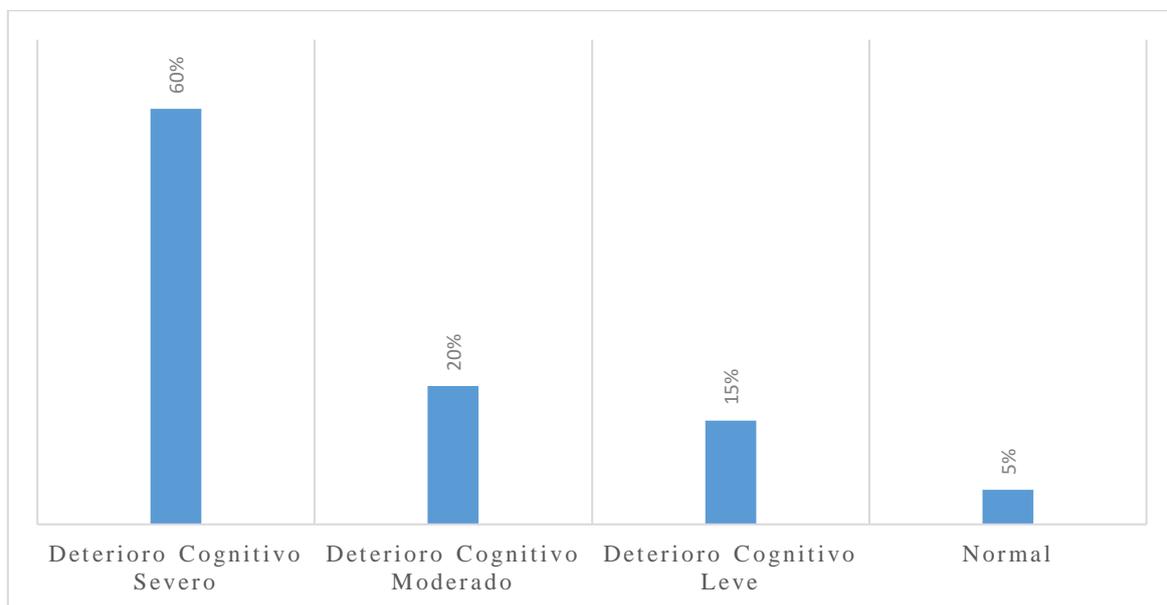
TABLA N° 3: Evaluación neuropsicológica breve NEUROPSI de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

Nivel de Deterioro Cognitivo	Deterioro Cognitivo Severo	Deterioro Cognitivo Moderado	Deterioro Cognitivo Leve	Normal	Total
Número de pacientes	12	4	3	1	20
Equivalente porcentual	60%	20%	15%	5%	100%

Fuente: Evaluación neuropsicológica breve “NEUROPSI”, aplicada a pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito.

Elaborado por: Sofía Arévalo y Lorena Veloz

GRAFICO N°3: Evaluación neuropsicológica breve NEUROPSI de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.



Fuente: Evaluación neuropsicológica breve “NEUROPSI”, aplicada a pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito.

Elaborado por: Sofía Arévalo y Lorena Veloz.

Interpretación: El 60% de los pacientes evaluados con el NEUROPSI presenta deterioro cognitivo severo; el 20% presenta deterioro cognitivo moderado, un 15% muestra deterioro cognitivo leve y el 5% restante no presenta deterioro cognitivo.

Análisis: Los resultados obtenidos pueden estar asociados directamente con el déficit derivado de la enfermedad y fuertemente influenciados por el nivel de actividad o inactividad de los pacientes en las diferentes actividades de la vida. Así, podemos inferir que los pacientes con deterioro severo no llevan a cabo actividades que contribuyen a mantener su estado mental, en contraparte a los pacientes que no presentan deterioro cognitivo o que muestran deterioro leve cuyo involucramiento en actividades del hogar, de ocio y de trabajo es mayor. A esto se añade el estigma social que recae sobre la enfermedad mental, cuya influencia provoca que los pacientes sean incapacitados y excluidos de las actividades familiares y sociales, limitando así, su capacidad para desenvolverse de forma independiente. La dependencia es mayor cuando los pacientes se encuentran institucionalizados, pues al permanecer en un ambiente controlado no pueden llevar a cabo actividades que implican procesos más complejos de planificación y toma de decisiones, por lo que la probabilidad de ser reinsertados en la comunidad y poder mantener su independencia disminuye, lo que indudablemente repercute en el estado cognitivo del paciente. Según Ballano y Esteban (2009), se considera oportuno reducir al máximo el tiempo de hospitalización de los enfermos mentales, pues consideran que la hospitalización a largo plazo puede tener un efecto yatrogénico, manifestado a través de evoluciones deficitarias, pérdida de capacidades adaptativas, de relación interpersonal y de autonomía en sus cuidados. Por otra parte, Romero y Moruno (2003), consideran al bienestar emocional como un factor influyente en la ejecución de las actividades de la vida diaria, asociando éste con una mayor ejecución en las AVD y en el mantenimiento futuro de la funcionalidad.

4.3 Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y Deterioro cognitivo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

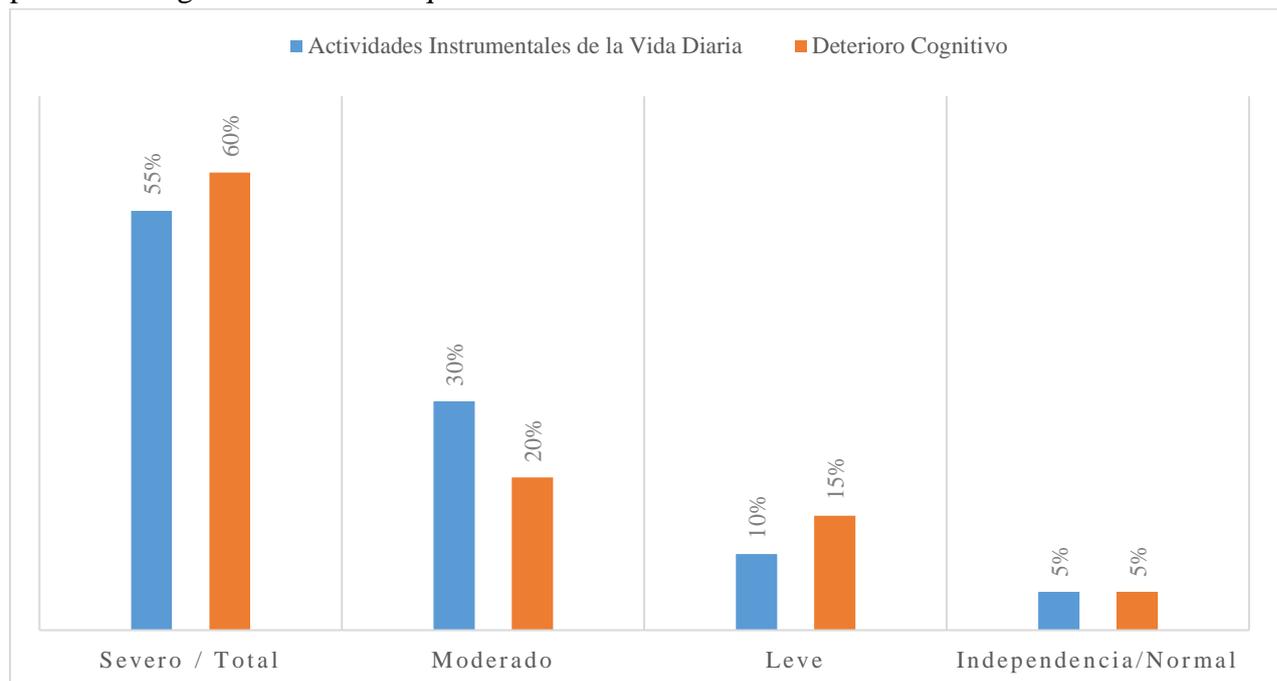
TABLA N° 4: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y Deterioro cognitivo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

Nivel de dependencia/deterioro	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria		Deterioro Cognitivo	
	Número de pacientes	Equivalente porcentual	Número de pacientes	Equivalente porcentual
Severo / Total	11	55%	12	60%
Moderado	6	30%	4	20%
Leve	2	10%	3	15%
Independencia/Normal	1	5%	1	5%

Fuente: Escala de Lawton y Brody y evaluación neuropsicológica breve “NEUROPSI”, aplicada a pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito.

Elaborado por: Sofía Arévalo y Lorena Veloz

GRAFICO N° 4: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y Deterioro cognitivo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.



Fuente: Escala de Lawton y Brody y evaluación neuropsicológica breve “NEUROPSI”, aplicada a pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” de Quito.

Elaborado por: Sofía Arévalo y Lorena Veloz.

Interpretación: El 30% de los pacientes evaluados con la “Escala de Lawton y Brody” presenta dependencia severa; otro 30% presenta dependencia moderada; un 25% califica con dependencia total; un 10% demuestra dependencia leve y el 5% restante es independiente en

la realización de actividades instrumentales de la vida diaria. Estos resultados son equivalentes a los obtenidos en la evaluación del deterioro cognitivo donde el 60% de los pacientes evaluados con el NEUROPSI presenta deterioro cognitivo severo; el 20% presenta deterioro cognitivo moderado, un 15% muestra deterioro cognitivo leve y el 5% restante no presenta deterioro cognitivo.

Análisis: Los resultados obtenidos muestran una relación entre los niveles de dependencia en las actividades de la vida diaria y el grado de deterioro cognitivo que presentan los pacientes. Esta relación puede estar vinculada a la hipótesis planteada; así, debido a factores como la falta de estimulación y la exclusión causada por familiares, los pacientes no llevan a cabo actividades que ayudarían a lentificar el deterioro cognitivo por lo que la gravedad de éste, se asociaría a la falta de actividad y participación del paciente en actividades de la vida diaria. Este supuesto puede ser corroborado por la investigación realizada en la Universidad de Granada (2007) sobre el nivel de independencia en la vida diaria y la plasticidad cognitiva en la vejez, cuyo aporte revela que un estilo de vida activo se asocia con un alto nivel de plasticidad cognitiva que a su vez, se relaciona con una menor probabilidad de deterioro y declive cognitivo. De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación y en base a las investigaciones previas se evidencia una relación entre actividades instrumentales de la vida diaria y deterioro cognitivo, ejerciendo éstas una influencia importante en el grado de deterioro cognitivo.

TABLA N°5: Actividades instrumentales de la vida diaria, deterioro cognitivo y funciones cognitivas más afectadas por paciente.

Paciente	Actividades Instrumentales De La Vida Diaria	Deterioro Cognitivo	Funciones Cognitivas Afectadas
MO	Independencia	Deterioro moderado	Memoria, funciones ejecutivas
CB	Dependencia leve	Deterioro leve	Orientación temporal, memoria de evocación, funciones ejecutivas
SA	Dependencia leve	Normal	Cálculo, fluidez verbal
CC	Dependencia moderada	Deterioro moderado	Memoria, lenguaje
PS	Dependencia moderada	Deterioro severo	Atención, memoria, funciones ejecutivas
EM	Dependencia moderada	Deterioro leve	Memoria
CA	Dependencia moderada	Deterioro moderado	Fluidez verbal y fonológica
AG	Dependencia moderada	Deterioro leve	Cálculo, escritura
WC	Dependencia moderada	Deterioro severo	Atención y concentración, lenguaje, memoria, cálculo
JP	Dependencia severa/total	Deterioro severo	Memoria, lenguaje, funciones ejecutivas
JB	Dependencia severa/total	Deterioro severo	Orientación, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas
CP	Dependencia severa/total	Deterioro severo	Memoria, lenguaje, funciones ejecutivas
XC	Dependencia severa/total	Deterioro severo	Memoria de evocación, lenguaje, cálculo
CR	Dependencia severa/total	Deterioro severo	Atención, concentración, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas
HM	Dependencia severa/total	Deterioro severo	Orientación temporal, lenguaje comprensivo, cálculo
EC	Dependencia severa/total	Deterioro severo	Memoria, concentración, lenguaje, funciones ejecutivas
CE	Dependencia severa/total	Deterioro severo	Orientación temporal, atención, concentración, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas
MB	Dependencia severa/total	Deterioro severo	Memoria, lenguaje, funciones ejecutivas
OC	Dependencia severa/total	Deterioro severo	Orientación temporal, atención y concentración, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas

AS	Dependencia severa/total	Deterioro moderado	Memoria, lenguaje comprensivo
-----------	--------------------------	--------------------	-------------------------------

Puntuaciones obtenidas por cada paciente en la escala de Lawton y Brody utilizada para medir el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria y en la Evaluación neuropsicológica breve NEUROPSI que permitió obtener las funciones cognitivas que se encuentran bajo la normal según el perfil de cada paciente.

4.4 Comprobación de la hipótesis

Tras la realización de la investigación se comprobó que las actividades de la vida diaria influyen en el deterioro cognitivo de los pacientes evaluados, siendo posible observar las implicaciones cognitivas de realizar o no actividades de la vida diaria. De acuerdo con los resultados obtenidos la implicación de las actividades instrumentales de la vida diaria es mayor; así, el 55% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia marcan dependencia total y dependencia severa en el desempeño de dichas actividades, asociado al 60% de pacientes que marcan deterioro cognitivo severo; mientras que solamente el 5% de pacientes son independientes en la realización de actividades instrumentales de la vida diaria junto a un 5% que no presentan deterioro cognitivo. Así, se determina la importancia de tomar en cuenta los datos obtenidos para implementar estrategias de intervención basadas en las actividades de la vida diaria, especialmente en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), con el objetivo de lentificar el proceso de deterioro cognitivo.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Mediante la aplicación del Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody se obtuvieron puntuaciones que indican el nivel de dependencia o independencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria respectivamente. Las puntuaciones obtenidas en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia indican independencia en un 90% y dependencia moderada en el 10% en cuanto a las actividades básicas de la vida diaria, mientras que en las actividades instrumentales el 25% de los pacientes presenta dependencia total, el 30% dependencia moderada, el 10% dependencia leve y únicamente el 5% presenta independencia en actividades relacionadas con el manejo del hogar, la administración del dinero, la movilización, el uso de dispositivos de comunicación y la autoadministración de la medicación.
- A través de la Evaluación Neuropsicológica Breve “NEUROPSI” fue posible obtener el nivel de deterioro cognitivo de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Instituto. Los resultados señalan que el 60% de los pacientes presentan un deterioro cognitivo severo, el 20% deterioro cognitivo moderado y el 15% deterioro cognitivo leve, encontrándose el 5% en un estado cognitivo normal.
- En base a las necesidades encontradas en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” se ha diseñado un plan de intervención psicoterapéutica que permita ralentizar el deterioro cognitivo a través de la realización de actividades de la vida diaria.

5.2 Recomendaciones

- Es importante orientar el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia hacia la reinserción; dando prioridad a la inclusión social, familiar y laboral; evitando de esta forma la institucionalización crónica, destacando al entorno familiar como principal soporte del paciente a nivel externo.
- En caso de no ser posible la reinserción de los pacientes a la sociedad, se sugiere la adaptación de un programa de modalidad residencial en el Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” que permita el desarrollo supervisado de la independencia de los pacientes que allí habitan; que incluya la realización de actividades instrumentales de la vida diaria que las personas que no se encuentran institucionalizadas realizan, con el fin de que los pacientes recuperen hábitos y rutinas que den lugar a su reinserción a la sociedad.
- Si bien es cierto que el Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón” lleva a cabo una serie de tratamientos para los pacientes que se encuentran institucionalizados, se sugiere implementar nuevas modalidades de atención en base a las exigencias del mundo moderno. Así, se puede destacar la estimulación de funciones a través de recursos tecnológicos como la rehabilitación asistida por ordenador (Gabbard, 2010) que, según sus impulsores, genera mayor flexibilidad cognitiva y menor desgaste neuronal. Además, es importante brindar atención psicológica personalizada basada en la Terapia Cognitiva-Conductual con el objetivo de que los pacientes institucionalizados generen procesos de insight y con ello responsabilidad en torno a su enfermedad, mejorando así su calidad de vida.

- Consideramos relevante que los familiares conozcan la importancia de proveer a su familiar de un medio estimulante que le permita el desarrollo de funciones cognitivas y con ello un mayor involucramiento en actividades instrumentales de la vida diaria, a través de la inclusión supervisada del paciente en tareas de mayor complejidad, como una forma de mantener su estado mental, emocional y físico, previniendo recaídas y la institucionalización.
- Se recomienda poner a prueba el plan de intervención psicoterapéutico diseñado en base a actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales; con el fin de lentificar el deterioro cognitivo de los pacientes esquizofrénicos, rehabilitando funciones y/o actividades que desempeñaban anteriormente y que favorecían su estado cognitivo.

BIBLIOGRAFÍA

- APA. (2010). *DICCIONARIO CONCISO DE PSICOLOGÍA*, México: Editorial El Manual Moderno.
- Ardila, A. & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el Diagnóstico Neuropsicológico*. México
- Arroyo, E., Poveda, M. & Chamorro J. (2012) Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en demencias: hacia la ciber-rehabilitación neuropsicológica. *Revista Pensamiento Psicológico*, 10(1), 107-127.
- Ballano, F. & Esteban, A. (2009). *Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente*. Recuperado de: <https://books.google.com.ec/books?id=eaMjfnvat9IC&printsec=frontcover&dq=promocion+de+la+salud+y+apoyo+psicologico+al+paciente&hl=es>
- Barreno, C., García, S. & Ojeda, A. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Revista Nuevos horizontes*. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf.
- Barrera, A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 44(3), 215-221.
- Caballo, V., Salazar, I. & Carroble, J. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*, España: Ediciones Pirámide.
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de psicología*. 2da ed. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Cox, R. (2009). *Psicología del deporte. Conceptos y sus aplicaciones*. 6ta Ed., España: Editorial Médica Panamericana.

- Daza, J. (2007). *Evaluación clínica-funcional del movimiento corporal humano*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Delgado, I. (2014). *Atención y apoyo psicosocial*. España: Ediciones Paraninfo.
- Durante, P. & Pedro, P. (2010). *Terapia ocupacional en geriatría*. Principios y práctica. 3^{era} ed. España: Editorial Masson.
- Gabbard, G. (2010). *Tratamientos de los trastornos psiquiátricos*. Tomo I. Barcelona-España: Lexus Editores.
- Gómez, C. (2013). *INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL*. España: Editorial MONSA.
- González, M., Lacasta, M. & Ordoñez, A. (2006). *Valoración Clínica en el Paciente con Cáncer*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Lieberman, J., Stroup, S. & Perkins, D. (2010). *Tratado de esquizofrenia*. Barcelona: Editorial ARS Médica.
- Manual Moderno. (2014). *Instrumentos de evaluación*. Catálogo 2014. México: Editorial Manual Moderno.
- Navarro, E., Calero, M., López, P., Gómez, C. & Torres, C. (2008). NIVEL DE INDEPENDENCIA EN LA VIDA DIARIA Y PLASTICIDAD COGNITIVA EN LA VEJEZ. *Escritos de Psicología*, 2(I), 74-84.
- Ocaña, L. & Caballo, C. (2015). Actividades de la vida diaria en personas con enfermedad mental grave y prolongada, *TOG (A Coruña)*, 12(21), 1-11.

- Organización Mundial de la Salud, (2008). *INFORME SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN EL ECUADOR*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf.
- Organización Mundial de la Salud, (2016). *Esquizofrenia*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Organización Panamericana de la Salud, (2005). *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. Organización Mundial de la Salud, Publicación científica y Técnica N° 601, 1-156.
- Ostrosky, F., Ardila, A. & Rosselli, M. (1999). *Neuropsi Evaluación neuropsicológica Breve en español. Manual e instructivo*. México.
- Pérez, M., Escotto, E., Arango, J. & Quintanar, L. (2014) *Rehabilitación neuropsicológica. Estrategias en trastornos de la infancia y del adulto*. México: UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza - Editorial El Manual Moderno.
- Polonio, B., Durante, P. & Noya, B. (2001). *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*. 1ªEd. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ramos, A. (2008). *DIARIO DE UNA ENFERMEDAD MENTAL (Esquizofrenia)*, España: Editorial Club Universitario.
- Rodríguez, E. (2015) *Conocer la enfermedad mental (Salud mental para el siglo XXI: cuidar, rehabilitar e integrar)*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Rodríguez J., Kohn R., Aguilar S. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica N° 632. Recuperado de:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?seqene>.

Romero, D. & Moruno, P. (2003). *TERAPIA OCUPACIONAL Teoría y Técnicas*. España: Editorial MASSON.

Sardinero, A. (2010). *Colección "Estimulación cognitiva para adultos"*. España: Editorial Grupo Gesfomedia S.L.

Toro, R., Yepes, L. & Palacio, C. (2010). *Fundamentos de Medicina. Psiquiatría*, Medellín-Colombia: Editorial CIB.

Vallejo, J. & Leal, C. (2012). *TRATADO DE PSIQUIATRÍA*, Madrid- España: Editorial MARBÁN.

Varela, L., Pampín, A., Blanco, C., Díaz, F., Brenlla, J., Pérez, M., Portela, M^aB. & Mozos, A. (2013). Deterioro cognitivo y funcionalidad en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría*, (12), 45-51.

Villalta, L., Moreno, J., Navarro, D. & Carrasco, O. (2009). Entrenamiento en habilidades de la vida diaria en personas con Trastorno Mental Grave. *Revista de Psicología*, 13(2).

Willard & Spackman (2005). *Terapia Ocupacional*. 10^{ma}Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Yubero, S., Latorre, J., Montanés, J. & LARRAÑAGA, E. (1999). *Envejecimiento, sociedad y salud*. España: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

ANEXOS

ANEXO N° 1

ÍNDICE DE BARTHEL

Ítem	Situación del paciente	Puntos
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	1
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
Total:		

ANEXO N°2

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Item	Aspecto a evaluar	Puntos
1	Capacidad para usar el teléfono:	
	- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
	- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
	- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
	- No es capaz de usar el teléfono	0
2	Hacer compras:	
	- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
	- Realiza independientemente pequeñas compras	0
	- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
	- Totalmente incapaz de comprar	0
3	Preparación de la comida:	
	- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
	- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
	- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
	- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
4	Cuidado de la casa:	
	- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
	- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
	- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
	- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
	- No participa en ninguna labor de la casa	0
5	Lavado de la ropa:	
	- Lava por sí solo toda su ropa	1
	- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
	- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
6	Uso de medios de transporte:	
	- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
	- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
	- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
	- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
	- No viaja	0

ANEXO N° 3

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE “NEUROPSI”

**EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE EN
ESPAÑOL
N E U R O P S I**

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
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.

I.- 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

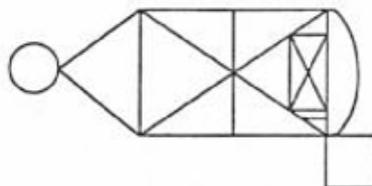
Enuncie la serie de palabras y pida que la repita una vez que usted termine.
 Proporcione los tres ensayos.

1. 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)

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)

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	_____
GUITARRA	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)

C.-COMPRENSIÓN

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
TOTAL		_____ (3)	

VI.- ESCRITURA

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

	Puntaje
DICTAR: El perro camina por la calle	0 1
COPIAR: Las naranjas crecen en los árboles (presentar lámina 12)	0 1
TOTAL _____ (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.- CAMBIO 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

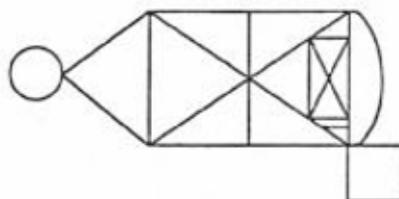
2 = Lo hizo correctamente

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)

B.- MEMORIA VERBAL

1.- MEMORIA VERBAL ESPONTÁNEA

Pida que recuerde y evoque las palabras que anteriormente aprendió.

gato	_____	pera	_____	INTRUSIONES	_____
mano	_____	vaca	_____	PERSEVERACIONES	_____
codo	_____	fresa	_____		
					TOTAL _____ (6)

2.- POR CLAVES

Pida que recuerde las palabras anteriormente memorizadas de acuerdo con las siguientes categorías:

partes del cuerpo	_____	INTRUSIONES	_____	
frutas	_____	PERSEVERACIONES	_____	
animales	_____			
				TOTAL _____ (6)

3.- RECONOCIMIENTO

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

Boca	_____	codo*	_____	zorro	_____	vaca*	_____
Gato*	_____	árbol	_____	mano*	_____	flor	_____
Cama	_____	gallo	_____	fresa*	_____		
Pera*	_____	lápiz	_____	ceja	_____		
INTRUSIONES _____				TOTAL _____ (6)			