



Universidad
Latina

UNIVERSIDAD LATINA S.C

3344-25

DETERIORO COGNITIVO: DIFERENCIAS ENTRE
HOMBRES Y MUJERES CON ESQUIZOFRENIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO EL
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

JOCELIN DAMARA CERVANTES POZOS

ASESOR: LIC. EN PSIC. ALMA LUZ GARCIA VEGA

MÉXICO, D.F. ABRIL 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MIS PADRES Y MI ABUELA. Me quedo sin palabras

Para decirles lo que ya saben...

¡MIL GRACIAS!

A ALMA LUZ GARCIA VEGA. Quien aceptó ser asesora de este trabajo
sin condición alguna, me asesoró, me apoyó y me impulsó
para poder llegar hasta el final.

A J. GABIRIELA GARZA C. Que acepto también asesorar este trabajo
y estuvo presente de forma incondicional hasta
el final.

A RAQUEL FLORES MALDONADO. Quien me impulsó y asesoró
desinteresadamente para que fuera posible este trabajo
y lamento que no se le otorgue el crédito merecido,
le estoy muy agradecida.

A SAID JIMENEZ quien aceptó ser analista
estadístico.

AL HOSPITAL PSIQUIATRICO
“FRAY BERNARDINO ALVAREZ”
Que permitió la realización de esta tesis.

A TODO EL PERSONAL DE HOSPITAL PARCIAL
(Psiquiatras, psicólogos, trabajadora social y enfermeras)
Que ayudaron y colaboraron para la realización de esta tesis.

Y A LOS PACIENTES Y FAMILIARES que hicieron
posible la investigación.

INDICE

RESUMEN.....	9
Capítulo 1	
ESQUIZOFRENIA	
1.1 Antecedentes.....	11
1.2 ¿Qué es la esquizofrenia?.....	12
1.3 Tipos de esquizofrenia.....	18
Capítulo 2	
DIFERENCIAS DE GÉNERO	
2.1 Diferencias de género.....	23
Capítulo 3	
HOSPITAL PARCIAL DE DÍA	
3.1 Antecedentes de hospital parcial.....	32
3.2 ¿Qué es hospital parcial de día? y ¿Qué objetivo tiene?.....	34
3.3 ¿Cómo funciona?.....	35
Capítulo 4	
DETERIORO COGNITIVO	
4.1 Como se relaciona con la esquizofrenia.....	38
Capítulo 5	
EVALUACION DEL DETERIORO COGNITIVO	

5.1 Evaluación del deterioro cognitivo.....	43
5.2 Antecedentes.....	48
Capítulo 6	
METODOLOGÍA	
Planteamiento del problema.....	50
Justificación.....	50
Objetivos e hipótesis.....	51
Muestra y sujetos.....	52
Criterios de inclusión, criterios de exclusión.....	52
Diseño.....	53
Instrumento.....	53
Procedimiento.....	60
Resultados.....	61
Discusión.....	76
Conclusión.....	77
Referencias bibliográficas.....	78
Anexo 1.....	82

RESUMEN

En el presente estudio se aborda el tema de deterioro cognitivo que es parte importante en las enfermedades mentales, en la esquizofrenia, es considerado un factor predictivo en la evolución de dicha enfermedad, que afecta la funcionalidad social familiar y laboral de quienes la padecen. Se entiende como deterioro cognitivo una declinación del funcionamiento cerebral y en especial del pensamiento abstracto y la memoria, relacionados con los síntomas positivos de la enfermedad que son las ideas delirantes y alucinaciones. La Organización Mundial de la Salud a través del CIE-10 describe a los trastornos esquizofrénicos como: Aquellos que se caracterizan en general por distorsiones fundamentales y características del pensamiento y de la percepción, y por los afectos embotados e inapropiados. La claridad de la conciencia y la capacidad intelectual están conservadas por lo general, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficit cognitivos.

En cuestión a diferencias de género se mencionan estudios que nos hablan acerca de habilidades donde más destacan cada uno de los géneros. Estas habilidades son parte del estudio de la neuropsicología clínica, que nos proporciona una descripción de fortalezas y debilidades en términos de presencia, ausencia y severidad de condiciones psiquiátricas y neurológicas. Existen otros materiales estandarizados traducidos al español para la evaluación de dichas habilidades que proporciona el coeficiente intelectual de los sujetos como la escala Weschler de inteligencia para adultos WAIS III, el Beta III, y Raven, también pruebas cognoscitivas, cuestionarios y escalas breves como el Mini-Mental sin embargo poco objetivos en la evaluación del deterioro cognoscitivo. De manera que para

esta evaluación se emplea la evaluación neuropsicológica breve en español (NEUROPSI) que evalúa las funciones que se ven afectadas en pacientes con esquizofrenia, y con base en los resultados obtenidos se puede brindar al paciente una atención mejor dirigida para contrarrestar su deterioro cognitivo. El planteamiento del problema es identificar si existen diferencias en cuanto a deterioro cognitivo entre hombres y mujeres con esquizofrenia, donde el objetivo general es detectar el deterioro existente en pacientes con esquizofrenia, el objetivo específico es detectar diferencias de deterioro cognitivo entre hombres y mujeres de 20-30 años, en comparación con los de 31-46 años. La hipótesis es verificar si existen diferencias estadísticamente significativas entre el deterioro cognitivo que presentan hombres y mujeres. Donde actúa como variable dependiente el deterioro cognitivo y la variable independiente son el género y padecimiento de la esquizofrenia. Para la aplicación de la prueba se tomaron a 30 pacientes, 15 hombres y 15 mujeres diagnosticados con esquizofrenia establecido de acuerdo al CIE 10, de 20 hasta 48 años de edad, con el diagnóstico de esquizofrenia desde hace un año y hasta el momento del estudio de manera no aleatoria intencional que acepten participar. La aplicación se realizó de manera individual en la cámara de Gessel # 3 de hospital parcial de día en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

El tipo de deterioro presentaron los participantes se obtuvo de acuerdo a la escala aplicada (NEUROPSI).

Para el análisis estadístico se hace una correlación de Pearson donde se cuantifico el grado de asociación que hay entre dos o más variables, en este caso la edad y el deterioro cognitivo. En este caso se correlacionó cada sub-prueba con la edad de los participantes.

Capítulo 1

ESQUIZOFRENIA

1.1 Antecedentes.

Anteriormente, el psiquiatra francés Benedict Morel citado por Sadock (2008) había utilizado el término de demencia precoz, para describir a los pacientes con deterioro cognitivo y cuyo inicio había empezado durante la adolescencia. Emil Kraepelin en Sadock (2008) tradujo el término de Morel demencia precoz en un término que hacía hincapié en el deterioro cognitivo y el inicio temprano del trastorno. Se identificó como pacientes con demencia precoz a los que presentaban una evolución a largo plazo y tenían síntomas clínicos como alucinaciones e ideas delirantes, Kraepelin diferencio estos pacientes de aquellos que sufrieron distintos episodios de enfermedad alternos con periodos de actividad normal, a los que clasificó como pacientes con psicosis maniaco-depresiva, una enfermedad diferente denominada paranoia, se caracterizó con la presencia de una idea delirante de persecución persistente.

Sadock (2008) cita a Bleuler quien acuñó el término esquizofrenia, que sustituyó la demencia precoz, escogió el término para expresar la presencia de cismas (discordancia) entre el pensamiento, las emociones y el comportamiento, en los pacientes con el trastorno, subrayó que la esquizofrenia no tenía por qué presentar una evolución de deterioro; identificó los síntomas fundamentales específicos de la esquizofrenia para desarrollar su teoría sobre los cismas mentales internos de los pacientes, entre estos se encontraban trastornos asociativos del pensamiento,

especialmente descarriamiento, trastornos afectivos, autismos y ambivalencia, así como los síntomas accesorios que eran los que Kraepelin sugirió como principales indicadores de la demencia precoz: alucinaciones e ideas delirantes.

1.2 ¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia es un síndrome clínico que presenta una psicosis (comprende una desmedida y una posterior remodelación de la realidad Gabbard (2009)) referido a un trastorno mental que ocasiona un deterioro que interfiere con la introspección y la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida o para mantener un contacto adecuado con la realidad Borra, Herrán, Herrera y Vázquez (2008), y que afecta la cognición, emociones, percepción y otros aspectos del comportamiento, este tipo de trastorno empiezan antes de los 25 años de edad, persiste durante toda la vida y afecta a personas de todas las clases. Sadock (2008)

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales que crea mayores dificultades de manejo asistencial. Ello debido a su curso variable, su tendencia a la cronicidad, el importante deterioro de la calidad de vida del paciente y de las personas de su entorno, y por los elevados costos directos e indirectos que implica. La edad de presentación se sitúa entre los 15 y 25 años, siendo infrecuente después de los 40, se presenta más frecuentemente entre individuos solteros y en grupos de bajo nivel socioeconómico. Borra, C. et al (2008)

La Organización Mundial de la Salud a través del CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición.) describe a los trastornos esquizofrénicos como:

Aquellos que se caracterizan en general por distorsiones fundamentales y características del pensamiento y de la percepción, y por los afectos embotados e inapropiados. La claridad de la conciencia y la capacidad intelectual están conservadas por lo general, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficit cognitivos. Los fenómenos psicopatológicos más importantes incluyen inserción, robo o difusión del pensamiento; percepciones delirantes de ser controlados, de influencia o de pasividad; voces alucinatorias comentando o discutiendo sobre el paciente en tercera persona; trastornos del pensamiento y síntomas negativos.

La inserción del pensamiento consiste en que el paciente carece del sentido normal de posesión de sus pensamientos es decir, que no son suyos y han sido insertados mediante algún mecanismo. Con robo del pensamiento nos referimos a que el paciente cree que alguna fuerza externa le ha sacado los pensamientos de su cabeza, de manera que no tiene pensamientos, hay un pensamiento de robo real, que puede ocasionar explicaciones delirantes. En la difusión del pensamiento el paciente experimenta que sus pensamientos se difunden fuera de su mente de manera que pueden ser escuchados por otros. Los trastornos del pensamiento reflejan las ideas del paciente, creencias e interpretaciones de estímulos, como son los delirios de referencia (donde el paciente asegura que la prensa hace referencia a su persona, la radio emite mensajes para el etc.), delirios de persecución, de

grandeza, religiosos, sexuales, hipocondriacos o somáticos, los cuales no tienen un significado diagnóstico a no ser que su contenido sea extremadamente extravagante. Borra, C et al. (2008)

Y síntomas negativos que son mejor caracterizados como una ausencia de función, afecto restringido, pobreza de pensamiento, apatía y anhedonia, retracción social, afecto embotado y empobrecimiento aparente del pensamiento; en pacientes con predominio de estos cuadros se puede observar una pobre adaptación pre mórbida. Con esto último nos referimos a un comportamiento con escasas relaciones de amistad, con ausencia de habilidades sociales, muestran preferencia por actividades solitarias y conductas excéntricas, evitan la competitividad y buscan refugio en la fantasía, entre los antecedentes infantiles son habituales la timidez excesiva y la hipersensibilidad.(Borra, C. et al 2008), y si estos síntomas predominan más allá de la fase temprana de la enfermedad son probables predictores de un pronóstico más pobre, los síntomas positivos incluyen alteraciones en el contenido del pensamiento (tales como delirios), trastornos de la percepción (como son las alucinaciones), y manifestaciones conductuales (como la catatonía y la agitación) que se desarrollan en un corto tiempo y por lo general acompañan a un episodio psicótico agudo. En este episodio los síntomas persisten menos de un mes y son secundarios a un factor de estrés psicosocial claramente identificable. Con frecuencia hay confusión y perplejidad. Al igual que los síntomas negativos, los desórdenes en las relaciones personales tienden a desarrollarse a lo largo de un periodo prolongado, las manifestaciones incluyen retraimiento, expresiones inapropiadas de agresión y sexualidad, pérdida de la percepción de

las necesidades de los otros, excesiva demanda y dificultad para establecer contactos significativos con otras personas.

Existen signos síntomas y criterios para diagnosticar la esquizofrenia, aunque no existe todavía un consenso sobre la naturaleza exacta de la enfermedad mental, según parece, hay factores del ambiente que también están implicados en el desarrollo de la esquizofrenia, entre los posibles figuran: lesión en el parto, infección viral durante la gestación, problemas de irrigación sanguínea intrauterina, factores de la dieta, fallas en el desarrollo y ciertos tipos de traumas de la infancia. Gabbard (2002).

Haciendo alusión a los posibles factores predisponentes de la enfermedad mental existen diferentes teorías una de ellas es, de acuerdo a Borra, C. et al (2008) La hipótesis genética de la enfermedad, parte de la evidencia de la contribución genética en la génesis de la esquizofrenia, en estudios con gemelos. Se ha confirmado la existencia de una mayor prevalencia de la enfermedad entre los familiares de los pacientes esquizofrénicos, siendo el riesgo directamente proporcional al número de genes que cada familiar comparte con el enfermo. Los estudios de adopción han evidenciado que hijos de madres esquizofrénicas, adoptados por familias libres de la enfermedad, muestran un riesgo de morbilidad similar al de hijos de esquizofrénicos no adoptados. El hecho de tener un progenitor esquizofrénico aumenta el riesgo de padecer no solo esquizofrenia si no también algún trastorno esquizotípico. El hecho de que la mayor parte de los gemelos di cigotos no desarrollen la enfermedad ha propiciado por parte de algunos autores la

idea de que existen dos tipos de esquizofrenia: la genéticamente condicionada y la no genética y condicionada por daño en la fase perinatal.

La hipótesis neurobiológica indica que los síntomas de la esquizofrenia están relacionados con anomalías cerebrales, la más aceptada es la hipótesis dopaminérgica, la cual nos sugiere que los síntomas de la esquizofrenia se deben principalmente a una hiperactividad del sistema dopaminérgico por una alteración funcional en los subsistemas meso-límbico y meso-cortical.

Continuando con Borra, C. et al (2008). La hipótesis basada en factores medio-ambientales nos habla de la importancia de los factores medio-ambientales en la génesis de la esquizofrenia se deduce de aspectos como la falta de concordancia al 100% en gemelos mono cigotos y la incidencia incrementada de complicaciones perinatales en estos enfermos. Las teorías infecciosas han surgido de la asociación entre la estacionalidad del nacimiento y la incidencia de esquizofrenia. Las fechas de nacimiento de los pacientes esquizofrénicos tienden a agruparse en los meses de invierno.

Y por último las teorías psicológicas y sociales mencionan que los pacientes esquizofrénicos presentan un estado anómalo relacionado con el aislamiento social, aunque también se han descrito alteraciones en las relaciones familiares. La presentación clínica de la esquizofrenia es diversa y puede variar en tiempo, mientras muchos síntomas son floridos y fácilmente detectables, otros pueden pasar inadvertidos. Es más frecuente que aparezca sobre personalidades con rasgos

concretos a lo que se le llama personalidad pre mórbida, en este sentido, destaca el aislamiento social y emocional, suelen ser sujetos con escasas relaciones de amistad y confidencialidad, ausencia de habilidades sociales, muestran preferencia por actividades solitarias y conductas excéntricas, evitan la competitividad y buscan refugio en la fantasía; entre los antecedentes infantiles son habituales la timidez excesiva, la hipersensibilidad, así como menor sociabilidad que otros niños de su edad.

Con frecuencia el inicio es agudo, es decir existe la presencia de síntomas positivos floridos que incluyen alteraciones en el contenido del pensamiento tales como delirios, alucinaciones y algunas manifestaciones conductualmente como catatonia y agitación, Gabbard (2002) habitualmente tras un estrés ambiental. Se desarrolla entonces en el curso de unos pocos días un cuadro florido consistente, unas veces delirios, alucinaciones, síntomas de agitación y en ocasiones conductas agresivas relacionadas con los síntomas psicóticos, algunos pacientes en esta fase pueden presentar un aspecto y apariencia descuidada con abandono importante de la higiene personal, su discurso puede ser disgregado (perdida de asociaciones entre una frase y la siguiente), puede tener una pobreza de pensamiento (incapacidad para realizar generalizaciones abstractas), descarrilamiento (deslizamiento de un tema a otro con lenguaje coherente pero sin cohesión), tangencialidad (falta de relación entre la pregunta y la respuesta dada) y circunstancialidad (pobreza del contenido del habla, con gran riqueza de detalles innecesarios), así mismo el humor y la afectividad pueden estar alterados, pueden estar indiferentes o apáticos lo cual se manifiesta en forma de una expresión facial inmodificable, disminución de los

movimientos espontáneos, pobreza de gestos expresivos y de contacto visual, con enlentecimiento del habla y muy comúnmente con aplanamiento o embotamiento afectivo, deprimido, ansioso, irritable o eufórico, o bien puede tener una respuesta emocional inapropiada es decir una expresión afectiva incongruente con el entorno. Borra, C et al (2008).

La esquizofrenia es una enfermedad que le ocurre a una persona con un perfil psicológico único; es probable que no más del 10% de los pacientes esquizofrénicos pueda funcionar de manera exitosa con un abordaje terapéutico que comprenda únicamente la medicación antipsicótica y la hospitalización breve, el 90% restante puede beneficiarse con abordajes terapéuticos dinámicamente informados, incluyendo farmacoterapia dinámica, terapia individual, terapia grupal, abordajes familiares y entrenamiento de habilidades, para el manejo exitoso de su esquizofrenia, ya que no existe el tratamiento único de la esquizofrenia, todas las intervenciones terapéuticas deben ser confeccionadas en función de las necesidades únicas del paciente individual. De acuerdo con Gabbard (2002).

1.3 Tipos de esquizofrenia.

Aunque no se han identificado síntomas patognomónicos, el CIE-10 considera que ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico, los síntomas deberán estar presentes durante al menos un mes. Según El CIE-10 distinguiremos los siguientes tipos de esquizofrenia.

- Esquizofrenia Paranoide.

Es el tipo más frecuente en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables a menudo paranoides, alucinaciones más frecuentemente auditivas, el curso de este tipo de esquizofrenia puede ser episódico, con remisiones parciales o completas.

- Esquizofrenia hebefrenica o desorganizada.

En ésta hay un afecto iluso, con risas inmotivadas y vacías, ausencia de resonancia afectiva, las ideas delirantes y alucinaciones son transitorias y fragmentarias, y es frecuente el comportamiento irresponsable e impredecible. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente, el comportamiento carece de propósito.

- Esquizofrenia catatónica

Este tipo es poco frecuente en países industrializados. Su primordial característica es la presencia de trastornos psicomotores graves, varían desde la hipercinesia al estupor; los pacientes pueden mantenerse por largos periodos de tiempo y aparentemente sin cansancio o signos de agotamiento o sufrimiento, posturas corporales anti gravitatorias, rígidas o atípicas.

- Esquizofrenia indiferenciada.

Se trata de un conjunto de trastornos que satisfacen las pautas para el diagnóstico, pero no se ajusta a ninguno de los otros tipos.

- Esquizofrenia simple.

Es poco frecuente, de temprana aparición, y caracterizado por presentar un desarrollo insidioso aunque progresivo, con un comportamiento extravagante, incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y una disminución del rendimiento en general, no hay evidencia de alucinaciones ni ideas delirantes, el afecto está embotado, con escasa respuesta emocional y pobreza afectiva.

- Esquizofrenia residual.

Se trata de lo que podríamos denominar como el punto final del curso crónico de la enfermedad, y en el que se ha producido un deterioro progresivo desde los estados iniciales hasta los finales, caracterizado por la presencia de síntomas negativos y de deterioro persistente.

El DSM-IV-TR clasifica los subtipos de esquizofrenia, basándose fundamentalmente en la presentación clínica, a continuación se mencionan los criterios para diagnóstico.

Tipo paranoide	<p>Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.</p> <p>No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad plana o inapropiada.</p>
Tipo desorganizado	<p>Predomina: el lenguaje desorganizado</p> <p>Comportamiento desorganizado.</p> <p>Afectividad plana o inapropiada.</p> <p>No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.</p>
Tipo catatónico	<p>Deben de cumplirse al menos dos de los siguientes síntomas.</p> <p>Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cética) o estupor.</p> <p>Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).</p>

	<p>Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las ordenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido o mutismo).</p> <p>Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.</p> <p>Ecolalia o ecopraxia.</p>
<p>Tipo indiferenciado</p>	<p>Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.</p> <p>Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p ej: creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).</p>

Capítulo 2

DIFERENCIAS DE GÉNERO

La diferenciación sexual es evidente desde el nacimiento Aguilar y Mayen (1998), cuando los padres empiezan a vestir y a tratar a los lactantes de forma diferente debido a las expectativas que provoca la tipificación o tipología sexual. Mediante la imitación, la recompensa y la coerción, los niños adoptan las conductas que sus culturas definen como apropiadas para sus roles sexuales. La identidad sexual, una convicción inquebrantable de ser hombre o mujer, empieza a manifestarse a los 18 meses de edad y se fija a los 24-30 meses, antiguamente se pensaba que la identidad sexual era principalmente una función del aprendizaje social.

El rol sexual describe la conducta que la sociedad considera apropiada para uno y otro sexo, hay expectativas diferentes para los niños y las niñas en su forma de jugar, y con quien lo hacen, el tono de voz, la expresión de las emociones y la forma en que visten, implica también la identificación con las formas masculinas o femeninas de comportamiento culturalmente aceptables. Sadock (2008)

Las diferencias de género que existen entre los hombres y mujeres en cuanto a ideas, valores y modos de actuar; de acuerdo a Aguilar y Mayen (1998) no tienen un origen biológico, son construidas socialmente y determinan lo que en cada sociedad significan ser hombre o mujer. Tanto hombres como mujeres se definen como personas que tienen un proceso de desarrollo propio que surge de la experiencia personal y del aprendizaje socio-cultural.

A partir de la interacción que tienen desde los primeros gestos en la vida con los padres, según Aguilar y Mayen (1998) el niño o niña aprenden las actitudes que los provocan, y saben cuándo reaccionar de tal o cual manera hacia los otros, porque también han aprendido a identificar sus actitudes.

Este proceso social puede ser una línea de análisis para comprender las diferentes influencias que los niños y las niñas reciben de los demás, incluso desde antes de nacer, el preparar ropa de color rosa o azul, las muñecas o carritos, muestran las expectativas de los padres en cuanto a lo que deber ser un niño o una niña, generalmente, lo que un niño o una niña perciban de la actitud de sus padres será lo que ellos percibirán de sí mismos.

Muchos padres piensan que las mujeres tienen menos oportunidades en la vida, que sufren más, que no pueden trabajar igual que los hombres, que tienen más peligros al salir a la calle, se les trata con delicadeza, aunque en algunas ocasiones esta delicadeza se confunde con incapacidad y se les encamina únicamente a las labores del hogar limitando sus oportunidades. Por otra parte los hombres son más fuertes, pueden hacer lo que quieran, trabajar, salir por la noche, ganar dinero, son menos expresivos y dependientes de las mujeres etc.

Durante la juventud los papeles en la sociedad se van haciendo más evidentes debido a las diferencias corporales y a los significados corporales del cuerpo ya que los medios de comunicación han influido creando modelos estándares de hombres y mujeres a través de revistas, ropa y artículos de belleza, es por esto que en el seno familiar es importante se eduque a hombres y mujeres de igual manera y enseñar a respetar las diferencias socioculturales.

El sexo se refiere a una distinción biológica mientras que el género es utilizado para describir categorías socialmente construidas según el sexo. La mayoría de las sociedades operan en términos de dos géneros masculino y femenino, hace relativamente poco tiempo, los hombres eran considerados el corazón de la sociedad y las mujeres eran periféricas, no obstante estudios hechos después de la segunda guerra mundial, vemos que todas las posiciones destacadas de la sociedad estaban ocupadas por varones, prácticamente todos los ministros del parlamento eran hombres, en cuanto a lo que podría describirse como lingüística fonológica posiblemente se diga que las mujeres chismorrear, utilizan muletillas, contornos de entonación exagerados y son más corteses y los hombres utilizan más palabrotas, por otra parte hay investigaciones que coinciden en que las mujeres recurren más al uso de respuestas mínimas que los hombres y que lo hacen en el momento adecuado, en comparación con los hombres quienes suelen utilizar estas frases cortas demasiado tarde. Coates (2009)

No obstante hay cierto consenso Echevarri et al. (2007) que sostiene que el coeficiente de inteligencia de varones adultos es cuatro puntos más alto que el de las mujeres adultas; sin embargo se encuentran diferencias en función al género considerando ciertas habilidades como son las espaciales, razonamiento verbal, cálculo y razonamiento abstracto por ejemplo en las que los hombres llevan ventaja, las mujeres por otro lado tienen mayor facilidad en comparación con los hombres para habilidades verbales, especialmente en la fluidez del lenguaje y la ortografía.

Las diferencias en las capacidades lingüísticas son más intensas durante los primeros años de vida, las niñas hablan antes, su fluidez y su articulación verbal son mejores y aprenden a leer y a escribir más fácilmente; a partir de la adolescencia estas diferencias entre sexos tienden a disminuir. Junto a una mayor capacidad lingüística, las mujeres sobresalen en la velocidad perceptual y en la memoria visual. Las diferencias de las capacidades espaciales son más manifiestas hacia los diez años, para luego mantenerse estables a lo largo de toda la vida. Los hombres y los niños sobresalen en la capacidad de hacer girar mentalmente los objetos, en el reconocimiento de formas, en la distinción izquierda-derecha así como en la representación en dos dimensiones de objetos que tienen tres; además, los hombres son mejores en el cierre perceptual y en el desdoblamiento de formas visuales en conjuntos completos. Gil-Verona y Cols. (2003)

Los daños a la salud mental representan en la actualidad uno de los problemas de salud colectiva más importantes. El incremento de enfermedades mentales en las últimas décadas, así como los cambios en la estructura hacen suponer que los trastornos mentales serán una de las primeras causas de morbilidad en México. El estudio de la relación entre las condiciones sociales y el proceso salud-enfermedad se ha consolidado como un amplio campo científico capaz de aportar elementos para la prevención y el tratamiento. Diversos estudios han dado cuenta de que existe una relación entre los procesos de industrialización y urbanización con la aparición y el incremento de los padecimientos mentales. Al mismo tiempo se ha documentado que los trastornos mentales se distribuyen de manera diferencial en

la población y que esto se asocia a condiciones específicas como la clase social, la ocupación o el género.

Con el objetivo de describir las diferencias de género que se presentan en el ambiente psiquiátrico, Granados y Ortiz (2003) realizaron un estudio que tuvo como objetivo describir las diferencias que se presentaban por género en uno de los hospitales psiquiátricos de la ciudad de México, donde se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes atendidos por primera vez en la unidad de urgencias entre 1993 y 1995. En total se revisaron 1083 ingresos de personas residentes en el Distrito Federal, de los cuales 52% fueron mujeres y 48 % varones, los límites de edad fueron 19 y 93 años. Los grupos de edad más numerosos fueron de los 26 a 40 años (38.4%) y de 41 a 60 años (31.1%). El promedio de edad en los varones fue de 40.3 años y el de las mujeres fue de 42.2 años; se registraron también datos socioeconómicos y el diagnóstico realizado, así como su respectivo código según la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena versión (CIE-9). Con estos datos se realizó un análisis de frecuencias y se calcularon pruebas de significancia estadística, donde se consideraron el sexo y la edad como variables independientes, y el código de la CIE-9 como variable dependiente. Se definieron intervalos de edad y se identificó el número de casos calculándose el porcentaje de padecimientos iguales por grupo etario y por sexo para cada uno de los códigos.

Los diagnósticos que contribuyeron con más casos fueron: otras psicosis orgánicas, psicosis esquizofrénica, psicosis orgánicas transitorias y trastornos neuróticos. En todos estos padecimientos se encontraron diferencias por sexo aunque su magnitud

podía variar con respecto a los grupos de edad; tales diferencias se traducen en la conformación de perfiles de enfermedad mental específicos para varones y para mujeres. Lo anterior impuso la necesidad de realizar un análisis desde la perspectiva de género para profundizar en la explicación de la especificidad por género de ciertos padecimientos mentales. Para tal fin se propuso la descripción de los patrones de socialización ya que resultan ampliamente explicativos de las modalidades con que varones y mujeres manifiestan el malestar psíquico. Como resultado de este análisis se encontró que los rasgos más generales de la socialización de género se relacionan estrechamente con los signos y síntomas que conforman la psicopatología de los perfiles patológicos por género.

Los resultados hallados en este estudio confirman que las relaciones sociales tienen su correlato en los perfiles poblacionales de enfermedad mental. No obstante, para corroborar la asociación entre procesos de índole social y el tipo de trastorno mental que manifiestan los individuos en función del género es necesaria la realización de estudios de corte en el que se calculen medidas de riesgo relativo.

Continuando con los autores Granados y Ortiz. En las dos últimas décadas se ha ido observando un creciente interés en los temas relacionados con el Género dentro de la Salud Mental. En el caso específico de la esquizofrenia, la heterogeneidad de la enfermedad ha constituido uno de los principales motivos para investigar las diferencias de género, a fin de lograr descripciones, tratamientos y claves más precisas acerca de la enfermedad, este creciente interés en el tema ha dado lugar

a un sustancial cuerpo de literatura sobre Género y Esquizofrenia, que abarca aspectos muy diversos, tanto clínicos como psicosociales.

Entre los aspectos clínicos investigados cabe señalar los estudios realizaron Granados y Ortiz (2003) sobre: diferencias en edad de inicio del trastorno, curso, hospitalizaciones y respuesta al tratamiento farmacológico, en general, los hallazgos empíricos sugieren que las mujeres experimentan un curso más benigno de la enfermedad, caracterizado por una más tardía edad de inicio, mayor respuesta a los neurolépticos, mejores resultados clínicos globales, menor número de hospitalizaciones y un menor riesgo de suicidio, en cuanto a los aspectos psicosociales destacan las investigaciones sobre: ambiente familiar competencia o habilidad social y funcionamiento social, la importancia del funcionamiento social en la esquizofrenia ha sido ampliamente reconocida, hasta el punto de considerar el deterioro del funcionamiento social un elemento característico del trastorno. El funcionamiento social es un constructo complejo y multidimensional, que hace referencia a las habilidades de una persona para lograr metas y roles sociales definidos, así como para cuidar de sí misma y disfrutar de su tiempo libre. Su estudio puede realizarse a tres diferentes niveles: a) logros sociales, con medidas globales como estado marital o empleo, b) roles sociales, con referencia al desempeño en determinados roles, y c) conductas instrumentales, que supone un nivel de análisis más detallado sobre el funcionamiento en diversas áreas o roles, el funcionamiento social es un factor clave para el mantenimiento de los pacientes en la comunidad, constituye un potente predictor de la evolución de la enfermedad y resulta el principal objetivo de muchos de los programas de rehabilitación para la

esquizofrenia por lo que su estudio resulta de especial interés. Entre otras variables, el Género se ha identificado como claramente influyente en la variabilidad que presentan los pacientes esquizofrénicos en cuanto al funcionamiento social pre-mórbido. Con esto último nos referimos a un comportamiento con escasas relaciones de amistad, con ausencia de habilidades sociales, muestran preferencia por actividades solitarias y conductas excéntricas, evitan la competitividad y buscan refugio en la fantasía, entre los antecedentes infantiles son habituales la timidez excesiva y la hipersensibilidad. Borra, C et al (2008), la mayor parte de los hallazgos sugieren unos mejores resultados en funcionamiento social en la población femenina, tanto en el ajuste pre-mórbido como el curso posterior de la enfermedad. Las diferencias de género a corto plazo sugieren que las mujeres presentan, en general, un menor deterioro global social, con mejor ajuste familiar y ocupacional, mayor red social y más frecuentes contactos sociales a largo plazo, las diferencias entre los géneros parecen mantenerse, presentando las mujeres un funcionamiento social superior, a pesar de que las ventajas clínicas disminuyan.

Como se mencionará en el siguiente capítulo, este tipo de enfermedad mental y algunas otras, de esta misma índole, son tratadas en México, en los diferentes hospitales psiquiátricos, en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” se ofrece la modalidad de Hospital Parcial de Día, donde se procura la rehabilitación psicosocial del paciente, y una psicoeducación para el paciente y el familiar, buscando con ésta psicoeducación una red de apoyo más amplia para disminuir las recaídas, éste es un servicio a puertas abiertas, que recibe de 80-100 pacientes al año, en los cuales se pretende fomentar la conciencia de enfermedad,

contrarrestando su deterioro cognitivo, mejorando funcionalidad familiar, social y laboral mejorando así su calidad de vida.

Capítulo 3

HOSPITAL PARCIAL DE DIA

3.1 Antecedentes de hospital parcial

La modalidad de Hospital Parcial de Día ha sido probada en diferentes partes del mundo desde su origen en Moscú, su desarrollo ha dependido de la experiencia clínica que las instituciones han generado y de la demanda de atención que requiere la población, dependiendo de la transición epidemiológica de cada región del país. Posteriormente a su apertura se desarrollaron actividades similares en Chichester Inglaterra y en Boston en Estados Unidos. Sin embargo fue hasta después de terminada la segunda guerra mundial en mayo de 1944 cuando en Montreal el Dr. E. Cameron, autor de múltiples artículos de rehabilitación psicosocial, presento el proyecto para la Asociación Psiquiátrica Americana en New York, “el hospital diurno tiene la ventaja adicional de que el ir a casa de noche y regresar cada mañana, actúa como la reafirmación del hecho de que el paciente está ahí de manera voluntaria”, Cameron y Biereren 1946 en Londres inician de forma más estructurada y sistemática, posteriormente en Inglaterra tuvo un lugar de manera preponderante, al igual que en Topeka, Kansas donde se requirió que los programas de Hospital Parcial de Día fueran parte de los centros comunitarios y hospitales de salud mental.

En México, esta modalidad ha sido utilizada en las instituciones psiquiátricas. Es en el hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” donde se atienden a pacientes con enfermedades mentales, más comúnmente pacientes con

esquizofrenia, no obstante, también se ha utilizado para la atención de otro tipo de patologías, como depresión y trastornos de la personalidad, siendo menor la experiencia con estos pacientes. Las estrategias de abordaje incluyen maniobras clínicas de: diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con un enfoque interdisciplinario y acciones terapéuticas de tipo grupal básicamente, en donde la participación de los familiares de los pacientes es una característica común y de vital importancia a fin de favorecer la mejor reinserción posible en los ámbitos familiar, social y laboral.

Desde la creación misma del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez a finales de la década de los 60's, se había concebido la creación de un servicio de rehabilitación. Sin embargo es hasta 1979 que se inaugura el servicio de Hospital Parcial de Día, que buscaba abreviar la hospitalización continua y construir un puente que permitiera al paciente reintegrarse a la comunidad; otros aspectos importantes, fue la psicoeducación de la familia del enfermo, evitar el deterioro y proporcionar una rehabilitación en la más amplia medida.

Desde 1990 como parte de una profunda reestructuración en los ciudadanos de salud mental, se estableció una forma de trabajo en hospital de día y este nace en 1991 fusionándose con terapia ocupacional que ya existía desde la creación del hospital siendo la única alternativa de rehabilitación para los pacientes. Pero es hasta 1994 cuando se consolida Hospital Parcial de Día con un propósito de lograr un manejo integral y una cobertura más amplia.

3.2 ¿Qué es hospital parcial? Y ¿Qué objetivo tiene?

Se ha definido Hospital Parcial de Día de acuerdo a Garza y Padilla (2011) como una alternativa de tratamiento a la hospitalización continua para pacientes con enfermedades mentales y que cuenten con una red social de apoyo, con capacidad de actuar como interface entre el abordaje clínico y el psicosocial, considerando el abordaje integral de la persona (incluyendo al usuario directo y al familiar) que mejore su funcionamiento psicosocial y favorezca actividades preventivas que limiten cuadros agudos y deterioro cognitivo. Dentro de los objetivos de Hospitalización Parcial de Día, se encuentran el tratamiento y la rehabilitación de personas con enfermedades psiquiátricas crónicas que requieren manejo en el periodo de transición desde una hospitalización breve hacia una atención ambulatoria, que favorezca un mejor funcionamiento psicosocial.

Los Hospitales de Día fueron originalmente desarrollados como una alternativa frente a la hospitalización continua, pero también pueden emplearse como alternativa frente a la atención ambulatoria, en tres grupos de pacientes. El primero constituido por pacientes cuyos síntomas psiquiátricos no han respondido a un tratamiento ambulatorio, el segundo compuesto por pacientes con trastornos crónicos graves y el tercero compuesto por sujetos que acaban de tener un alta hospitalaria. Teniendo como objetivos generales.

1. mantener el control sintomático de los pacientes

2. lograr que los pacientes y sus familiares alcancen una mejor conciencia de enfermedad.
3. prevenir la discapacidad mental, en un modelo de asistencia ambulatorio.
4. percibir con mayor nitidez las necesidades de nuestros usuarios, y facilitar en sus familias el apoyo y la educación indispensables para ejercer con éxito su rol de soporte social primario.
5. Favorecer una dinámica familiar que facilite la aceptación y participación en los procesos de tratamiento y rehabilitación, y genere un ambiente de mayor estabilidad para nuestros usuarios.
6. Inducir mejores resultados clínicos (en el estado mental, el funcionamiento social o la calidad de vida) sin que ello represente un aumento en los costos de la atención.
7. Favorecer en la familia una red de apoyo efectivo para el paciente (agente terapéutico).

3.3 ¿Cómo funciona?

Dado que los centros de atención de día pretenden mejorar los resultados a largo plazo en pacientes con enfermedades mentales, en el modelo de hospitalización de día en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” se espera la generación de modificaciones amplias en la evolución de los usuarios, con alcances máximos de participación, mejoras en la conciencia de enfermedad, establecimiento de marco de realidad, mejor funcionamiento social, laboral y familiar, en niveles

individualizados para cada usuario y familia en un promedio de 12 meses de estancia acudiendo a este servicio 3 veces por semana.

Para el ingreso del paciente a hospital parcial de día se hace una valoración con el fin de explorar los criterios de inclusión y exclusión del mismo servicio los cuales se mencionan a continuación:

- Paciente con antecedente de haber tenido síntomas psicóticos o ser portador de los mismos.
- Con sintomatología controlada y/o parcialmente controlada.
- Aceptar voluntariamente su ingreso al servicio.
- Contar con un familiar y/o persona responsable.
- Poder asistir a las actividades en horario matutino dos o tres veces por semana.
- No presentar consumo activo de cualquier sustancia de abuso.
- No presentar retraso mental de moderado a severo, ni deterioro cognoscitivo grave.
- No presentar trastorno de personalidad.
- No presentar agresividad u otro factor que dificulte su integración a grupos.
- Pacientes que su lugar de residencia sea el Distrito Federal y zona conurbada.
- Son criterios de exclusión, cualquiera que no cumpla con los antes mencionados.

Una vez ingresado el usuario acudirá al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” a terapia ocupacional 4.5 horas a la semana, 3 horas a la semana al grupo psicoeducativo, 4.5 horas a la semana a grupos psicoterapéuticos, 3 horas a la semana a talleres rehabilitatorios, 1 hora a la semana a asamblea de pacientes, 2

horas a la semana a lectura de periódico, 3 horas a la semana a comedor, 1 hora a la semana a asistencia terapéutica individual.

El familiar responsable acudirá 3 horas a la semana al grupo psicoeducativo de primer nivel, con una duración de cuatro meses, una vez terminado este pasara a segundo nivel con el mismo número de horas a la semana a la par con la terapia cognitivo conductual 1.5 horas a la semana.

Este programa, hospital parcial de día, se pone en práctica pensando en la importancia y el valor que tiene la prevención y prevalencia de las funciones cognitivas en pacientes con este tipo de enfermedad crónico degenerativa en este caso la esquizofrenia, se pide el apoyo de un familiar responsable pensando en la creación de una red de apoyo para una crear conciencia de la enfermedad tanto del paciente como del entorno familiar, con la finalidad de que el paciente y entorno familiar tengan una mejor calidad de vida, poniendo en práctica las funciones cognitivas para su reinserción social.

De manera que para hacer esto posible, se hace una entrevista al familiar y paciente interesados, donde se valoran dichas funciones cognitivas para integrarlo a los grupos correspondientes.

Capítulo 4

DETERIORO COGNITIVO

El deterioro cognitivo en la esquizofrenia de acuerdo con (Barrera 2009) no es producto de los síntomas de la enfermedad. Los trastornos de la atención y de la memoria de trabajo anteceden el comienzo de la psicosis y permanecen estables después que la psicosis se ha resuelto.

Las alteraciones cognitivas no parecen ser causadas por los síntomas negativos de la enfermedad, se asocian más con la pobreza de lenguaje y una peor función social y ocupacional.

Desde este punto de vista, las habilidades perceptivas básicas, la memoria de reconocimiento y la capacidad para nombrar figuras están levemente afectadas. La capacidad para concentrarse, la memoria de recuperación, las habilidades visomotoras, y la memoria de trabajo están moderadamente afectadas. Finalmente, la memoria declarativa verbal, las funciones ejecutivas, la función de vigilancia, la velocidad motora, y la fluidez verbal están añadidas.

4.1 Como se relaciona con la esquizofrenia.

El Deterioro cognitivo de acuerdo a Gabbard (2002) es parte importante en las enfermedades mentales. En la esquizofrenia, es considerado un factor predictivo en

la evolución de dicha enfermedad, además afecta la funcionalidad familiar, social y laboral de aquellos que la padecen.

El deterioro cognitivo ha sido relacionado con la severidad de los síntomas positivos definidos según como delirios o alteraciones en el contenido del pensamiento, trastornos de la percepción tales como las alucinaciones, manifestaciones conductuales como la catatonía y la agitación. La duración de estos síntomas sugiere que cuando persisten más allá de la fase temprana de la enfermedad son probablemente predictores de un resultado más pobre. Como consecuencia de estos síntomas se ven afectadas las relaciones interpersonales presentando retraimiento, expresiones inapropiadas de agresión y sexualidad, pérdida de la percepción de las necesidades de los otros, excesiva demanda y dificultad para establecer contactos significativos con otras personas.

Durante los últimos años ha habido un creciente interés sobre el problema de la cognición en la esquizofrenia. De acuerdo a Napal O, Ojeda N, Elizagarte E, Peña J, Ezcurra J, Gutiérrez M. (2012). El mayor foco de interés de los investigadores ha descansado sobre la relación del deterioro cognitivo con los síntomas positivos y negativos de la enfermedad así como con la funcionalidad. Sin embargo muy pocos estudios se han centrado, específicamente, en determinar el curso del deterioro cognitivo a lo largo de la evolución de la enfermedad. Tras una exhaustiva revisión de la literatura sobre este asunto, los autores aprecian que hay dos tendencias principales: 1) El deterioro cognitivo evoluciona progresivamente a lo largo de la

enfermedad (tesis predominante en los estudios de metodología transversal) y 2) El deterioro cognitivo permanece estable una vez que hace aparición.

Cabe mencionar que es importante el inicio del padecimiento ya que probablemente sea directamente proporcional al deterioro. Recientes estudios Lewine (2004) sugieren que los hombres, con respecto a las mujeres, tienen un inicio más temprano de la enfermedad, manifestación más grave y una evolución más tórpida a largo plazo, asimismo los hombres reflejan ser más afectados neuropsicológicamente.

En los pacientes con predominio de un cuadro de síntomas negativos se pueden observar características que sugieren anomalías de la estructura cerebral, incluyendo pobre adaptación premórbida, bajo rendimiento escolar, grandes dificultades para mantener los empleos, pobre desempeño en las pruebas cognitivas, pobre respuesta al tratamiento e inicio de la enfermedad en edad temprana. Gabbard (2002)

En los años 70's la neuropsicología clínica comenzó a emerger como una disciplina, la neuropsicología moderna incluye el estudio de problemas clásicos de psicología como la atención, aprendizaje, percepción, cognición, personalidad y psicopatología, por ende se hace uso de pruebas psicológicas estandarizadas las cuales por lo general son diseñadas para evaluar, diversos aspectos de la cognición, la capacidad o la habilidad humana, para proporcionar información a una diversidad de cuestiones clínicas, que arrojan una descripción de fortalezas y debilidades e

identificación de cambios y trastornos en el funcionamiento psicológico, cognición, conducta, emoción entre otras, en términos de presencia, ausencia y severidad de condiciones psiquiátricas y neurológicas, Hebben (2011)

Actualmente se cuenta con material estandarizado traducido al español para la evaluación de dichas habilidades que proporciona lo que llamamos coeficiente intelectual con más frecuencia utilizando la escala Weschler de inteligencia para adultos WAIS III que tiene como objetivo evaluar el potencial cognitivo de los sujetos, la obtención de información clínica, y/o la toma de decisiones referentes a la clasificación educativa o vocacional Kaufman (2002), sin embargo nos encontramos con una limitación respecto al tiempo de aplicación, que va de 4 a 6 horas dividido en varias sesiones, las cuales la población utilizada para este trabajo con el padecimiento de esquizofrenia no tolera su aplicación; otros test como son el Beta III, y Raven solo evalúan la parte de ejecución ya que no cuentan con ítems para la evaluación verbal, así mismo se han desarrollado diversas pruebas cognoscitivas, cuestionarios y escalas breves como el Mini-Mental que a pesar de ser sumamente eficientes en relación al tiempo de evaluación, arrojan un alto número de falsos negativos ya que usualmente no son eficaces cuando se emplean de manera aislada, teniendo como limitante la influencia de factores socioculturales, siendo este un componente esencial tanto para el diagnóstico como para el manejo de pacientes, resultando poco objetiva en la evaluación del deterioro cognoscitivo. Ostrosky, Ardila y Rossell (2012)

Otro medio para medir el deterioro cognitivo es el MEC (mini examen cognitivo) versión española del MMSE (mini mental state examination). Donde en un estudio la población de pacientes esquizofrénicos presenta un deterioro cognitivo en un 47,1% del total, un 10,8% presenta un deterioro grave o moderado. Este deterioro es significativamente mayor en la mujer que en el hombre. También es significativo el incremento del deterioro con la edad de los pacientes. Este deterioro no tiene relación con las distintas formas diagnósticas de esquizofrenia. Gonzales E. (2005)

De manera que para esta evaluación se emplea la evaluación neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).

Las áreas cognoscitivas que el NEUROPSI evalúa son: Orientación, atención y concentración, memoria, lenguaje, habilidades viso-espaciales, funciones ejecutivas, lectura escritura y calculo, que como se mencionó son estas parte de lo que conlleva el deterioro cognitivo y estas son las funciones las que se ven afectadas en pacientes con esquizofrenia, con base en los resultados obtenidos se puede brindar al paciente una atención mejor dirigida para contrarrestar su deterioro cognitivo.

Capítulo 5

EVALUACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO

Entendiendo como deterioro cognitivo de acuerdo a González, Vidales y Camacho (1999) como:

- Una declinación del funcionamiento cerebral y en especial de las capacidades para procesar (pensamiento abstracto),
- Aprender y recordar (memoria).

Algunos investigadores como Gómez (2003) lo definen como un síndrome: conjunto que consiste en la disminución de diferentes actitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas patogénicas que incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otras de tipo social. La mente comienza a deteriorarse (deterioro cognitivo leve) y el proceso culmina en los estados convencionalmente definidos como demencia. Este deterioro se puede detectar observando los siguientes síntomas tomando como referencia a González C. et al (1999).

Deterioro de la memoria a corto plazo, la persona no puede aprender nueva información.

- Memoria a largo plazo, la persona no recuerda información personal; fecha de nacimiento, se extravía en lugares familiares.

- Deterioro del pensamiento abstracto, la persona tiene dificultad para entender las preguntas que alguien le hace, Gómez (2003). El lenguaje figurativo consiste en el uso deliberado de una palabra para significar a otra, bien mediante metáfora o por similitud, el lenguaje figurativo presenta un problema de comprensión, tiene relación con la interpretación de la entonación de la frase y las variaciones del acento ya que esto hará que la frase se entienda como afirmación, sarcasmo, broma o ironía, el lenguaje figurativo es especialmente frecuente en las descripciones de emociones y de conceptos abstractos. Smith y Kosslyn (2008)
- Pérdida de las funciones intelectuales que determinan la desadaptación social o laboral como dificultad para mantener una conversación, dificultad para planear y organizar lo que se va a hacer con una secuencia lógica.
- Alteración del juicio como olvidar con frecuencia apagar los aparatos electrónicos, dificultad para realizar y concluir tareas o actividades como lavar ropa, cocinar.

En la gran mayoría de las personas que presenta algún tipo de deterioro llámese leve, moderado o grave, los dominios que se ven involucrados son: la memoria verbal, atención, memoria de trabajo, resolución de problemas, capacidad de abstracción, velocidad de procesamiento, velocidad psicomotriz y fluencia verbal, que afectan la calidad de vida de estas personas, debido a que son importantes para una buena adaptación y funcionalidad laboral social y familiar. Gómez (2003)

Dicho deterioro va en aumento en función de la pasividad habida para el tratamiento de la esquizofrenia.

La evaluación de las funciones cognoscitivas, en condiciones normales y patológicas, ha despertado la necesidad de contar con instrumentos breves, confiables y objetivos para la valoración del funcionamiento mental. En enfermedades neurológicas, psiquiátricas y aun en condiciones médicas generales asociadas a enfermedades sistémicas como: hipertensión, diabetes o trastornos renales e independientemente de la edad de los sujetos, frecuentemente las alteraciones y fluctuaciones en el funcionamiento mental son los primeros síntomas observables. Si estas alteraciones se detectan oportunamente pueden alterar al médico general y/o a los profesionistas asociados (enfermeras, psicólogos o trabajadoras sociales) sobre la presencia de condiciones neuropatológicas subyacentes y, de esta manera, promover el cuidado y la atención de los pacientes. La evaluación del funcionamiento cognoscitivo es esencial no solo para el diagnóstico de condiciones patológicas, sino también para el manejo médico y conductual de los pacientes. Sin embargo, debido a que la conducta humana es compleja y multifacética, frecuentemente estas alteraciones o cambios no son detectados oportunamente por los profesionistas involucrados en el diagnóstico y manejo de los enfermos. Así por ejemplo, sin instrumentos objetivos se ha reportado hasta un 87% de fracaso en la detección de trastornos cognoscitivos. En el campo de la neuropsicología clínica, se cuenta con diversas pruebas para evaluar funciones cognoscitivas. Existen baterías completas como la batería de Halstead-Reitan, la batería de Luria-Nebraska, el esquema de diagnóstico neuropsicológico Ardila-Ostrosky etc. Con los mismos fines se han desarrollado cuestionarios como el Dementia Rating Scale, el Mental Status CheckList o el Mini-mental State y escalas basadas en observaciones comportamentales del paciente

durante la realización de actividades de la vida diaria como el Geriatric Rating Scale, DementiaScale o el BlessedOrientation-Memory-Concentration test. Sin embargo, a la fecha ninguno de estos instrumentos es completamente satisfactorio.

De acuerdo con Ostrosky, Ardila y Rossell (1994) una de las limitaciones de las baterías neuropsicológicas completas radica no solo en la inminente especialización del profesional que la administra, sino también el tiempo que se requiere para su administración, originando que poblaciones con demencia, cuadros psiquiátricos o sujetos ancianos no sean capaces de tolerar su aplicación. Por su parte las escalas breves como el Mini Mental State o el Blessed son demasiado sencillas a pesar de ser sumamente eficientes en relación al tiempo de evaluación, arrojan un alto número de falsos negativos, son insensibles a alteraciones leves, los niveles educativos afectan la ejecución, y no aportan datos confiables acerca de diferencias culturales.

La evaluación objetiva del funcionamiento cognoscitivo es un componente esencial tanto para el diagnóstico como para el manejo de los pacientes. Se ha reportado Ostrosky Solis que las quejas subjetivas de un decremento o deterioro de la memoria y la dificultad para evocar palabras están asociadas frecuentemente a un estado depresivo y no a un deterioro real del funcionamiento cognoscitivo. Por lo tanto las escalas que se basan en un auto-reporte del funcionamiento tienen importantes limitaciones.

Diversos estudios neuropsicológicos como (Finlayson, Johnson y Reitan 1977; Ostrosky-Solis, 1985; 1986; Lecours y cols, 1987) citado por Ostroski en Ostroski; Ardila y Rosselli (1994) han mostrado que los factores socio-culturales son variables importantes cuando se ejecutan pruebas neuropsicológicas. Sin embargo, en los

países latinoamericanos es frecuente el hecho de que únicamente se traducen las pruebas desarrolladas en otros países y se emplean las normas de otras poblaciones, lo cual sin duda, invalida los datos. No solo es importante poder contar con datos normativos de población hispano-hablante sino que, debido a la importante influencia del nivel socio-cultural en las funciones cognitivas sobre todo en Latinoamérica, en donde la población con analfabetismo total y funcional es muy alta, las pruebas deben incluir perfiles de ejecución de esta población.

5.2 ANTECEDENTES.

Las habilidades cognitivas relacionadas con el deterioro se ven frecuentemente afectadas en pacientes que padecen esquizofrenia, por esta razón, en el hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” se crea en el año de 1979 el servicio de hospitalización parcial de día, que es un servicio de rehabilitación y una alternativa de tratamiento para enfermos mentales, además ofrece una red social de apoyo, con capacidad de actuar como interface entre el abordaje clínico y psicosocial, considerando de manera integral a la persona, con el objetivo de mejorar su funcionamiento psicosocial y favorecer actividades preventivas que limiten cuadros agudos y “deterioro cognitivo”.

El deterioro cognitivo ha cobrado importancia en la práctica clínica debido al impacto que ocasiona en la evolución de dicha enfermedad. Por lo que la Dra. Magallanes E. (2010) se dio a la tarea de hacer un comparativo de la escala breve de cognición en esquizofrenia (BACS) con NEUROPSI donde describe los principales componentes de la capacidad cognitiva que evalúa la BACS como son la memoria secundaria e inmediata, funciones ejecutivas, fluidez verbal y habilidades psicomotrices, dicha prueba está disponible en nueve idiomas, incluyendo el español, requiere de aproximadamente 30 minutos para su aplicación, ha sido adaptada en Francia, normalizada en Italia y adaptada al español en España; el objetivo principal de esta tesis fue comparar la utilidad de la escala BACS en población mexicana con diagnóstico de esquizofrenia que asiste al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y presenta posible deterioro cognitivo, obteniendo como resultados que la escala BACS es recomendable para evaluar el

deterioro cognitivo de pacientes con esquizofrenia, aunque su correlación con el NEUROPSI no sea significativa debido a que miden distintos dominios.

Por otro lado el Dr. Vázquez J (2011) realizó un estudio con el objeto de describir la correlación existente entre pruebas de tamizaje (T@M y MMSE) y el NEUROPSI cuya funcionalidad fue buscar alteraciones en la memoria que discriminaran entre el diagnóstico de deterioro cognitivo leve y trastorno depresivo mayor en pacientes geriátricos de la clínica de la memoria del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, se utilizó la correlación de Pearson para conocer el grado de asociación entre las variables encontrando una correlación significativa negativa entre la evocación libre y facilitada del T@M. Se obtuvo una correlación positiva significativa entre las puntuaciones totales del T@M, MMSE y NEUROPSI en el deterioro cognitivo leve, mientras que en el trastorno depresivo mayor se encontró correlación únicamente entre NEUROPSI y MMSE.

Capítulo 6

METODOLOGIA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Identificar si existen diferencias en cuanto a deterioro cognitivo entre hombres y mujeres en pacientes esquizofrénicos.

JUSTIFICACION.

La importancia de la búsqueda de las diferencias en deterioro cognitivo entre hombres y mujeres con esquizofrenia recae en los siguientes aspectos:

- 1) Determinar el tipo de tratamiento que puede beneficiar al paciente, tomando en cuenta el hecho de que en ciertas habilidades como son las espaciales, razonamiento verbal, cálculo y razonamiento abstracto los hombres tienen una mayor facilidad, y las mujeres por otra parte tienen mayor habilidad verbal, especialmente en la fluidez del lenguaje y la ortografía, en condiciones normales.
- 2) El presente estudio servirá para identificar si estas diferencias de género no se modifican en condiciones patológicas de manera que se puede intervenir terapéuticamente en los pacientes fomentando la práctica de aquellas habilidades que en hombres como en mujeres se encuentran alteradas con el fin de evitar un deterioro cognitivo acelerado, y procurando una mejor reinserción social y calidad de vida.

OBJETIVO GENERAL.

El objetivo del presente trabajo es detectar el tipo de deterioro cognitivo que existe en pacientes esquizofrénicos hombres y mujeres pertenecientes al servicio de hospitalización parcial de día, en el hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, a través de la prueba neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).

OBJETIVO ESPECIFICO.

Detectar las diferencias de deterioro cognitivo entre hombre y mujeres de 20 a 30 años, en comparación con los pacientes de 31 a 46 años de edad.

HIPÓTESIS.

Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el deterioro cognitivo que presentan hombres y mujeres.

Ho. No existen estadísticas significativas entre hombres y mujeres en su deterioro cognitivo.

Ha. Existen diferencias significativas solo en algunas funciones.

VARIABLE DEPENDIENTE

Deterioro cognitivo. Es una declinación del funcionamiento cerebral y en especial de las capacidades para procesar, aprender y recordar, se ve afectada la memoria a corto plazo y largo plazo, hay una pérdida de las funciones intelectuales que determinan la desadaptación social o laboral y hay una alteración del juicio.

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Sexo pacientes hombres y mujeres.
- Esquizofrenia. Se caracterizan en general por distorsiones fundamentales y características del pensamiento y de la percepción, y por los afectos embotados e inapropiados.

MUESTRA

Se conformó un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de manera no aleatoria intencional, pertenecientes a hospitalización parcial de día del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

SUJETOS

De acuerdo con los rangos de edad del instrumento a utilizar (NEUROPSI), la muestra será de 30 Pacientes, 15 hombres y 15 mujeres diagnosticados con esquizofrenia de 20 hasta 46 años de edad, que tengan el diagnóstico de esquizofrenia desde hace un año y hasta el momento del estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con esquizofrenia que acepten participar.
- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia previamente establecidos de acuerdo al CIE 10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades Versión 10)
- Hombres y mujeres de 20 a 46 años de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que presenten agitación y síntomas psicóticos agudos que impida la aplicación del instrumento.

TIPO DE ESTUDIO

- Transversal, descriptivo, comparativo y correlacional.

INSTRUMENTO

La evaluación neuropsicológica breve en español es un instrumento como su nombre lo indica breve, confiable y objetivo que permite evaluar un amplio espectro de funciones cognitivas en pacientes psiquiátricos, geriátricos, neurológicos y pacientes con diversos problemas médicos. Incluye protocolos y perfiles de calificación para la evaluación cognoscitiva de población con nula escolaridad y para individuos con baja y alta escolaridad.

La evaluación neuropsicológica breve en español (neuropsi) fue elaborada y estandarizada por la Dra. Feggy Ostrosky-Solís y colaboradores. Para su estandarización se administró a un total de 800 sujetos normales entre 16 y 85 años, la muestra se dividió en cuatro grupos: 16-30, 31-50, 51-65 y 66-85; cada grupo integrado por 200 sujetos y se estratificó la muestra de acuerdo a cuatro niveles educativos: 0 años de estudio, bajo (1-4 años de estudio), medio (5-9 años de estudio) y alto (10-24 años de escolaridad). Los criterios de inclusión fueron: no presentar demencia de acuerdo a los criterios del DSM IV, no tener antecedentes

de enfermedades neurológicas, psiquiátricas o de farmacodependencia de acuerdo a una historia clínica y a un examen neurológico. Todos los sujetos se encontraban activos y eran funcionalmente independientes. Se estandarizó en una población hispano-hablante monolingüe.

Con el propósito de desarrollar estandarizar y probar la confiabilidad y validez de un instrumento de evaluación neuropsicológica breve en español para la evaluación de funciones cognitivas.

El sistema de calificación permite obtener un puntaje total y un perfil individual de funciones cognitivas. Este perfil señala las habilidades e inhabilidades del sujeto en cada una de las áreas cognitivas evaluadas.

Tomando en cuenta la escolaridad y edad del sujeto se puede clasificar la ejecución en: normales; alteraciones leves o limítrofes; alteraciones moderadas y alteraciones severas.

Para determinar la confiabilidad test-retest, se administró el neuropsi a un grupo de 40 sujetos cognitivamente intactos, dentro de un intervalo de 3 meses. Aplicado y calificado por los diferentes examinadores, la confiabilidad global test-retest fue de 0.87. Estos datos indican que las respuestas y errores son muy estables y que no existen efectos de práctica o de deterioro en una población normal. La confiabilidad entre examinadores fue de 0.89 a 0.95.

Se examinó la sensibilidad del neuropsi a las alteraciones cognitivas que presentan varios grupos clínicos incluyendo: depresión, demencia, lupus, esquizofrenia, alcoholismo. La exactitud de la clasificación depende del tipo de desorden.

El propósito para esta prueba fue desarrollar, estandarizar y probar la confiabilidad y validez de un instrumento de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español (NEUROPSI), para la valoración de funciones cognoscitivas. El objetivo fue poder contar con índices confiables que permitan hacer un diagnóstico temprano y/o predictivo de alteraciones cognoscitivas.

5.2 Datos normativos.

Para su estandarización se administró a un total de 800 sujetos normales entre 16 y 85 años. De acuerdo a la edad, se dividió a la muestra en cuatro grupos: 16-30, 31-50, 51-65 y 66-85; cada grupo estuvo integrado por 200 sujetos. Debido a la importancia que tiene la evaluación de población analfabeta, se estratifico la muestra de acuerdo a 4 niveles educativos: 0 años de estudio, bajo (1-4 años de estudio), medio (5-9 años de estudio), y alto (10-24 años de estudio). Los criterios de inclusión fueron: No presentar demencia de acuerdo a los criterios del DSM IV y no tener antecedentes de enfermedades neurológicas, psiquiátricas o de farmacodependencia de acuerdo a una historia clínica y a un examen neurológico (accidentes cerebro-vasculares, traumatismo cráneo-encefálico, epilepsia, enfermedad de Parkinson, etc.). Todos los sujetos se encontraban activos y eran funcionalmente independientes. Se estandarizo en una población hispanohablante monolingüe.

Tiene altos índices de confiabilidad Test-Retest, que indican que las respuestas y errores son estables y que no existen efectos de práctica o de deterioro en una

población normal, por lo tanto puede ser utilizado para el seguimiento de los efectos farmacológicos.

Puede ser utilizada en la evaluación cognoscitiva de individuos en los que se conoce o se sospechan alteraciones cerebrales. Útil como instrumento de tamizaje para especialistas relacionados con el campo de la salud tanto mental como física incluyendo neurólogos, médicos generales, geriatras, psiquiatras, farmacólogos, psicólogos clínicos, neuropsicólogos.

5.3 Áreas cognoscitivas y procesos que evalúa.

A continuación se revisan algunos conceptos teóricos básicos relacionados con las áreas cognoscitivas que se evalúan:

I. Orientación.

Permite establecer el nivel de conciencia y estado general de activación.

II. Atención y concentración.

En la evaluación de la integridad de las funciones cognoscitivas es necesario primero establecer la habilidad del paciente para enfocar y sostener la atención, antes de valorar funciones más complejas como la memoria, el lenguaje o la capacidad de abstracción.

Atención es la habilidad para “orientarse hacia” y “enfocarse sobre” un estímulo específico y la concentración es la habilidad para sostener o mantener la atención.

En la evaluación de los procesos atencionales es necesario identificar:

- a) Deficiencias en el nivel de conciencia o estados de activación.
- b) Alteraciones en la atención sostenida.
- c) Hemi-inatención espacial.

III. Memoria.

La memoria es un mecanismo o proceso que permite conservar la información transmitida por una señal después de que se ha suspendido la acción de dicha señal. La memoria nos permite almacenar experiencias y percepciones para evocarlas posteriormente. El tiempo que retenemos la información puede variar desde unos segundos hasta semanas o años. Existen diferentes etapas en la memoria: una fase de retención o de registro, una fase de almacenamiento o de conservación de la información y una fase de evocación o de recuperación de la huella de memoria. Sin embargo hay una distinción clásica en el estudio de la memoria es la de la memoria a corto y largo plazo. La memoria a corto plazo se relaciona con la evocación de la información inmediatamente después de su presentación, mientras que la memoria a largo plazo se refiere a la evocación de la información después de un intervalo durante el cual el paciente se ha enfocado en otras tareas. Además, la memoria puede estar relacionada con experiencias personales y relaciones temporales (memoria episódica) o puede involucrar información acerca de los objetos, sus propiedades y sus relaciones (memoria semántica).

Existen también diferencias en las estrategias para codificar la información, la cual puede evocarse en recuerdo libre o a través de claves.

IV. Lenguaje.

El lenguaje es una herramienta básica de comunicación humana. Las alteraciones de lenguaje se pueden presentar a consecuencia de lesiones focales causando diversos tipos de afasias o por lesiones difusas. La afasia es una alteración o pérdida del lenguaje debida a una lesión cerebral, y está caracterizada por errores

en la producción, alteraciones en la comprensión y dificultad para encontrar las palabras. En el NEUROPSI se incluyen parámetros que se han asociado con el procesamiento lingüístico, como son fluidez, comprensión, repetición y denominación. A pesar de que no es un instrumento para el diagnóstico de las afasias, la interpretación cualitativa del tipo de errores, así como el análisis de la ejecución en estas cuatro áreas de funcionamiento lingüístico, puede aportar al examinador datos sobre el tipo de afasia.

V. Habilidades viso-espaciales.

En la práctica neuropsicológica las habilidades viso-espaciales y constructivas se evalúan a través de la copia de dibujos sencillos o complejos o mediante la construcción de figuras tridimensionales. Estas tareas combinan y requieren de actividad perceptual con respuestas motoras y tienen un componente espacial. Dado que la ejecución de estas tareas involucra la interacción de funciones occipitales, frontales y parietales, es frecuente que aun en daños leves o durante procesos degenerativos tempranos se encuentren alteraciones. Uno de los estímulos que más se ha utilizado y validado en la práctica neuropsicológica es la figura compleja del Rey-Osterreith. Esta figura ha sido utilizada para la evaluación de habilidades constructivas (copia) y para la memoria no verbal (inmediata y diferida). Su valoración se puede hacer en forma cualitativa y cuantitativa.

VI. Funciones ejecutivas.

La capacidad para resolver problemas (abstracción y generalización) y las funciones ejecutivas (que incluyen capacidad para planear, secuenciar y organizar información) son términos que se han utilizado para describir las habilidades cognitivas más complejas. Las funciones ejecutivas incluyen procesos como

anticipación, selección de una meta y la capacidad de secuenciar, planear y organizar la conducta. Estas habilidades son necesarias para poder llevar a cabo conductas socialmente apropiadas y ser un sujeto independiente.

VII. Lectura, escritura y cálculo.

En general, los desórdenes en el lenguaje oral (afasias) se acompañan de defectos en la habilidad para leer (alexias), escribir (agrafias) y realizar cálculos numéricos (acalculia). Sin embargo, las alexias y agrafias pueden ser afásicas o no.

PROCEDIMIENTO

Se aplicó el instrumento previamente seleccionado “evaluación neuropsicológica breve en español” (NEUROPSI) de manera individual a pacientes que aceptaron participar, se les dio a firmar previamente un consentimiento informado por escrito (anexo).

La aplicación de dicho instrumento se llevó a cabo en la cámara de gessel #3 en el área de hospitalización parcial de día del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, cada aplicación fue realizada en una sesión, la cual tuvo una duración en promedio de 40 min, los cuales no interfirieron con las actividades asignadas de los pacientes.

CRITERIOS ÉTICOS.

No se revelaran identidades de los participantes.

Los pacientes tendrán derecho a elegir si desean participar por medio de un consentimiento informado.

Así mismo podrán abandonar dicha evaluación en el momento que ellos deseen.

PROCESAMIENTO DE DATOS.

Los datos obtenidos de los grupos (hombres y mujeres) a los que se les aplicó la escala neuropsicológica breve en español NEUROPSI, se analizaron con la prueba estadística SPSS correlación de Pearson la cual se escogió debido a que es la prueba más adecuada para datos en escala ordinal y muestras pequeñas.

RESULTADOS.

En la tabla 1 podemos observar la recolección de los datos de la muestra que nos indica las edades cada uno de los pacientes y el promedio de las edades de ambos grupos.

Tabla 1

EDAD HOMBRES	PACIENTES HOMBRES	EDAD MUJERES	PACIENTES MUJERES
27	2	20	1
28	3	27	1
31	3	28	1
32	2	29	2
37	1	30	1
38	1	31	1
41	1	33	2

44	1	34	1
45	1	37	1
		38	1
		40	1
		46	1
		48	1
PROMEDIO DE EDAD: 33.3	TOTAL: 15 HOMBRES	PROMEDIO DE EDAD: 33.5	TOTAL:15 MUJERES

Posteriormente se analizó el tipo de deterioro que estos presentaron, de acuerdo a la escala aplicada (NEUROPSI) los cuales se describen en la tabla 2 para pacientes hombres

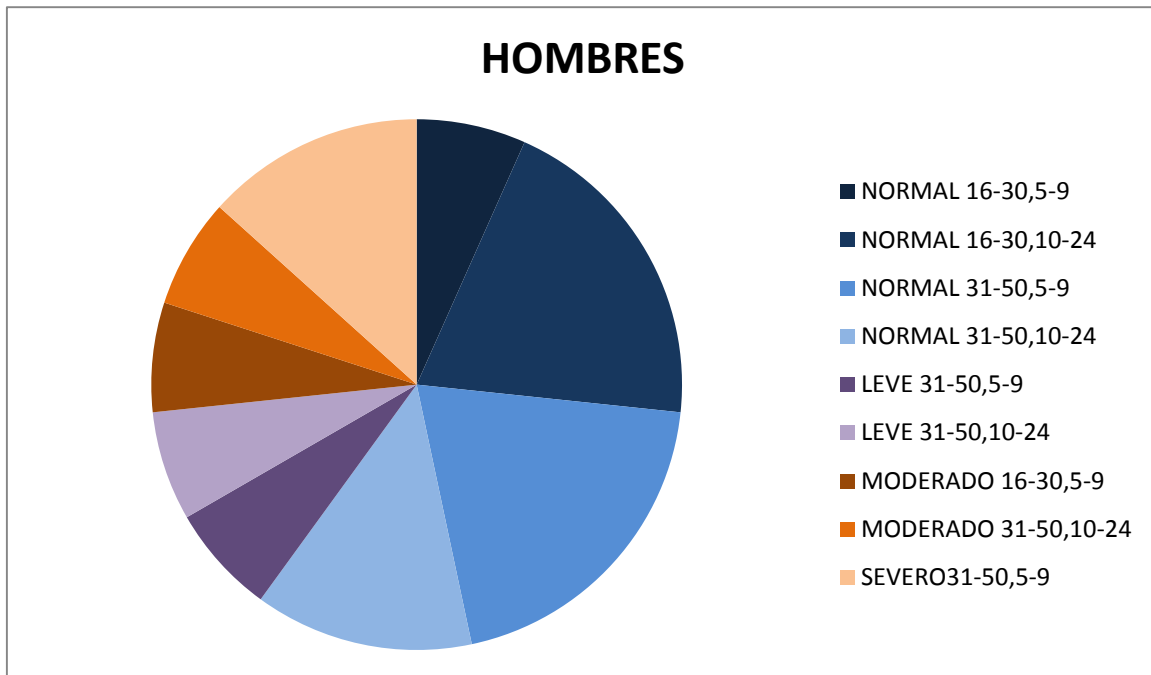
Tabla 2

PACIENTES HOMBRES	EDAD	AÑOS DE ESTUDIO	DE DETERIORO
1	16-30	5-9	NORMAL
1	16-30	5-9	MODERADO
3	16-30	10-24	NORMAL
3	31-50	5-9	NORMAL
1	31-50	5-9	LEVE
2	31-50	5-9	SEVERO
2	31-50	10-24	NORMAL
1	31-50	10-24	LEVE
1	31-50	10-24	MODERADO

En el siguiente grafico se puede observar que en pacientes hombres se encontró que el 60% de la muestra evaluada presento un deterioro normal, el 13.3% presentó

un deterioro leve, al igual que el deterioro moderado y severo con 13.3 % respectivamente

Grafico1

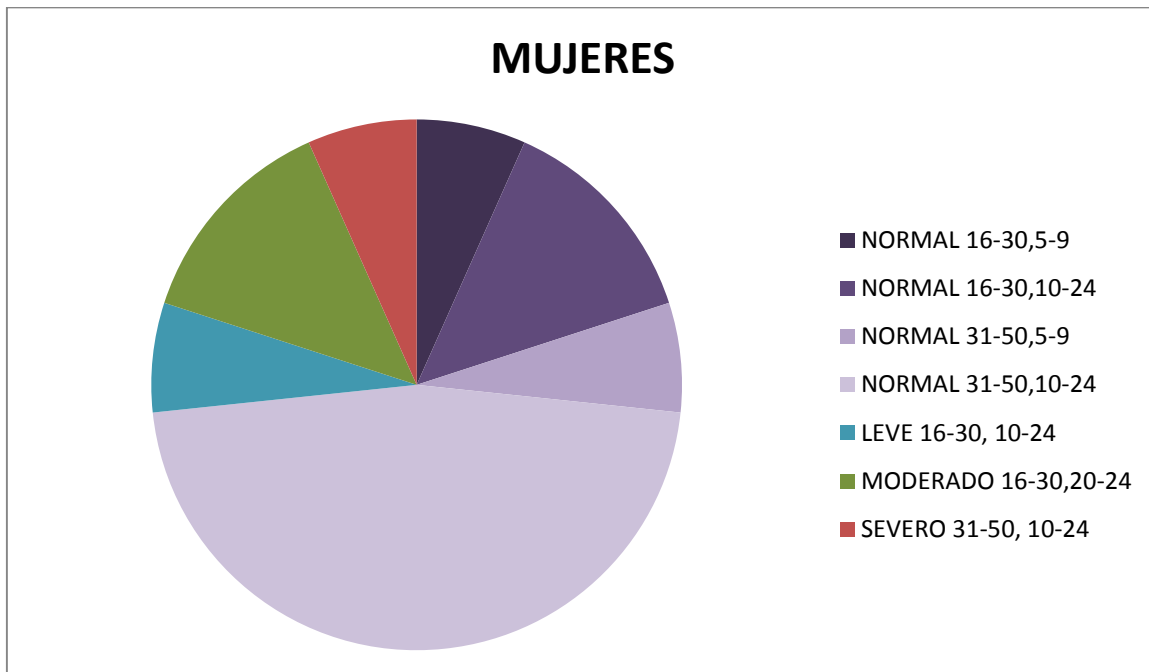


En la siguiente tabla 3 para pacientes mujeres, se describe el tipo de deterioro que presenta cada una de las participantes de acuerdo a su edad, utilizando los parámetros establecidos por la prueba utilizada.

Tabla 3

PACIENTES MUJERES	EDAD	AÑOS DE ESTUDIO	DE DETERIORO
1	16-30	5-9	NORMAL
2	16-30	10-24	NORMAL
1	16-30	10-24	LEVE
2	16-30	20-24	MODERADO
1	31-50	5-9	NORMAL
7	31-50	20-24	NORMAL
1	31-50	10-24	SEVERO

Grafico 2



En el gráfico 2, podemos observar lo descrito en la tabla 2, aquí podemos ver que en la muestra tomada, el 73.3 % del total de las evaluadas presentó un deterioro normal, el 6.6% presentó un deterioro leve, el 13.3% presentó un deterioro moderado y el 6.6% presentó un deterioro severo.

Tabla 4

HOMBRES

ORIENT	ATE Y CON	MEM COD	MEM EVO	LENG	LEC ESC	F EJE C Y	EDAD
6	22	15	25	21	5	15	28
6	25	15	28	21	5	17	28
6	24	17	25	21	5	17	27
6	23	16	24	24	4	18	27
6	24	14	22	22	5	15	37
6	22	16	24	23	3	16	44
6	22	15	25	21	5	14	43
5	23	17	26	22	4	18	31
6	20	14	24	23	3	14	31
6	21	16	18	20	5	18	41

5	22	16	18	21	5	14	31
6	21	13	16	19	3	13	28
3	21	14	18	21	4	8	32
4	14	13	14	22	4	16	32
6	8	13	11	20	3	10	38
5.5	20.8	14.9	21.2	21.4	4.2	14.8	

En la tabla 4 encontramos los puntajes obtenidos en cada una de las sub-pruebas por cada uno de los participantes hombres.

En la siguiente tabla 5 encontramos los puntajes de cada una de las sub-pruebas obtenidos por participantes mujeres.

Tabla 5

MUJERES

ORIENTACION	AT Y CON	M COD	M EVO	LENG	LEC ESC	F EJ CON	EDAD
6	23	15	17	21	5	15	29
6	23	15	26	23	5	16	27
6	27	16	25	23	4	17	28
6	22	15	18	22	4	18	30
5	17	8	24	19	2	14	29
5	15	17	18	21	4	16	20
6	24	12	27	21	5	16	34
6	23	16	26	22	4	17	37

6	18	16	20	22	5	17	48
5	24	17	26	25	5	16	33
6	23	15	24	21	5	16	38
6	25	15	22	21	3	16	33
6	24	15	23	25	5	18	40
6	24	16	25	23	4	16	31
6	15	13	11	20	5	14	46
5.8	21.8	14.7	22.1	21.9	4.3	16.1	

En la tabla 6, podemos observar la comparación de los resultados obtenidos en promedio de hombres y mujeres en cada una de las sub-pruebas del NEUROPSI, en esta tabla podemos observar que las diferencias entre hombres y mujeres son mínimas, donde en 6 de las 7 sub-pruebas del instrumento aplicado las mujeres puntúan más alto sin embargo varía de décimas hasta 2 puntos de diferencia, en la sub-pruebas restante, es el grupo de hombres quien puntúa mejor por 2 décimas.

Tabla 6

	ORIENTACION	AT Y CON	M COD	M EVO	LENG	LEC ESC	F EJ CON
HOMBRES	5.5	20.8	14.9	21.2	21.4	4.2	14.8
MUJERES	5.8	21.8	14.7	22.1	21.9	4.3	16.1

En la siguiente tabla 7 podemos observar el tipo de deterioro que presentan hombres y mujeres de la muestra tomada de los 16 a los 30 años de edad.

Tabla 7

16-30	NORMAL	LEVE	MODERADO
HOMBRES	4		1
MUJERES	3	1	2

En la siguiente tabla 8 podemos observar el tipo de deterioro que presentan los participantes de 31 a 50 años de edad.

Tabla 8

31-50	NORMAL	LEVE	MODERADO	SEVERO
HOMBRES	5	2	1	2
MUJERES	8			1

La tabla anterior nos muestra los resultados de cada una de las sub-pruebas evaluadas en la prueba aplicada NEUROPSI, en la primera columna nos da a conocer los conceptos evaluados, la segunda columna “N” nos indica el número de participantes para cada una de las sub-pruebas, la segunda columna nos indica la media obtenida de cada una de las sub-pruebas, la desviación estándar nos habla de que tanto se alejaron los participantes de la media obtenida, la siguiente columna el error estándar nos indica que tanto puede variar el error estándar, las siguientes 2 columnas nos indican el nivel de confianza utilizado para la obtención de los daos anteriores, y por ultimo las columnas 8 y 9 nos indican los puntajes mínimos y máximos obtenidos por los participantes en cada una de las sub-pruebas.

	n	Media	Desviación estándar	Error estándar	Intervalo de confianza		Mínimo	Máximo
					Puntuación baja	Puntuación alta		
Orientación	30	5.6667	.71116	.12984	5.4011	5.9322	3.00	6.00
Atención y concentración	30	21.3000	4.00129	.73053	19.8059	22.7941	8.00	27.00
Memoria de codificación	30	14.8333	1.85850	.33931	14.1394	15.5273	8.00	17.00
Memoria de evocación	30	21.6667	4.69287	.85680	19.9143	23.4190	11.00	28.00
Lenguaje	30	21.6667	1.49328	.27263	21.1091	22.2243	19.00	25.00
Lectoescritura	30	4.2667	.86834	.15854	3.9424	4.5909	2.00	5.00
Funciones ejecutivas	30	15.5000	2.27050	.41453	14.6522	16.3478	8.00	18.00
Total	210	14.9857	7.38191	.50940	13.9815	15.9899	2.00	28.00

Sub-prueba	Coeficiente de correlación	P
	Edad	
Orientación	-.274	.142
Atención y concentración	-.457	.011
Memoria de codificación	-.183	.332
Memoria de evocación	-.507	.004
Lenguaje	-.075	.693
Lectoescritura	-.176	.353
Funciones ejecutivas	-.389	.034

En esta última tabla se hace una correlación donde se cuantificó el grado de asociación que hay entre dos o más variables, en este caso la edad y el deterioro cognitivo, donde el coeficiente de correlación indica que tanto están relacionadas estas variables. En este caso se correlacionó cada sub-prueba con la edad de los

participantes. El análisis arrojó tres correlaciones negativas y significativas: atención y concentración, memoria de evocación y funciones ejecutivas, relaciones negativas de coeficientes cercanos a .50 para atención concentración y memoria de evocación, lo que muestra que a mayor edad es más probable menores puntajes en estas escalas, lo que tiene sentido porque hay deterioro con la edad, sin embargo es una asociación moderada. Para el caso de funciones ejecutivas, también es una correlación negativa significativa, lo que sugiere que a medida que incrementa la edad las funciones ejecutivas tienden a disminuir, sin embargo su coeficiente es de -.389, tal puntaje es más cercano a cero que a 1 lo que sugiere que la asociación es de débil a moderada,

DISCUSIÓN.

El objetivo del presente trabajo fue investigar acerca de las diferencias existentes en el deterioro cognitivo que hay entre hombres y mujeres con esquizofrenia. Siguiendo los fundamentos de otros investigadores como (Granados y Ortiz 2003) estudiosos de las diferencias de género enfocadas a un ambiente psiquiátrico.

El presente trabajo deja una línea de investigación para los profesionales interesados en el tema. Se deben tomar en cuenta aspectos limitantes, como es el tamaño de la muestra que en la presente investigación no resultó estadísticamente significativa.

Sin embargo los resultados obtenidos permiten pensar que si se estudiara una muestra mayor, las diferencias obtenidas en este estudio, con una correlación moderada podrían resultar significativas.

Con relación a la detección del deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia existe la necesidad de dar respuesta a la demanda que se ejerce en el ámbito de la enfermedad mental. Por esta razón es importante la evaluación de la detección del deterioro cognitivo y de esta manera identificar las áreas mayormente deterioradas y poder crear programas de rehabilitación específicos para cada género, ofreciendo al paciente una mejor reinserción social y calidad de vida.

CONCLUSIÓN

Entre las conclusiones que se derivan de este análisis destaca la importancia del trabajo que se han iniciado interesándose por el tratamiento del deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. Es interesante que se haya buscado nuevamente encontrar diferencias de género en este tipo de patologías, Se trata de un paso que debe conducir a estudios más controlados, con un mayor tamaño de muestra, ampliando el tipo de poblaciones.

Con el presente estudio se concluye que de las siete áreas evaluadas con la Evaluación Neuropsicológica Breve en Español (NEUROPSI), el análisis arrojó correlaciones significativas entre las áreas de atención y concentración, memoria de evocación y funciones ejecutivas (autorregulación de las tareas y la habilidad de llevarlas a cabo eficientemente), lo que sugiere que a medida que incrementa la edad las funciones ejecutivas tienden a disminuir.

Las correlaciones para atención, concentración y memoria de evocación, indican que a mayor edad, mayor deterioro.

Sin embargo a pesar de los datos obtenidos no se puede hacer una generalización ya que como se menciona anteriormente el tamaño de la muestra no es estadísticamente significativo.

REFERENCIAS

Aguilar, J. Mayen, B. (1998). Hablemos de género ¿Esto es de hombres o de mujeres? (1ª ed). México: Mexfam

American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. (4ª ed.) Barcelona

Barrera A, (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. Revista chilena de neuro-Psiquiatría, v. 44 (No 6)

Borra C, Herrán A, Herrera C. S, Vázquez J, (2008) Psiquiatría en atención primaria. (2ª ed) Madrid España: Aula médica

Coates, J. (2009). Mujeres, hombres y lenguaje un acercamiento sociolingüístico a las diferencias de género. (3ª ed.) México: Fondo de cultura económica

Echevarri M, Godoy JA, Olaz F. (2007). Diferencias de género en habilidades cognitivas y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Univ. Psychol. vol.6 (no.2): Bogotá

Gabbard, GO. (2002). Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. (3ª ed.). Buenos Aires-Argentina: Panamericana.

Garza, G. y Padilla, A. (2011) Secretaria de salud Comisión coordinadora de institutos nacionales y hospitales de alta especialidad Servicios de atención psiquiátrica Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" Subdirección de Hospitalización Programa manual Hospital parcial de día y parcial de fin de semana Garza 2011

Gil-Verona, J., Masias, J., Pastor, J., de Paz, F., Barbosa, M., Maniega, M., et al. (2003). Diferencias sexuales en el sistema nervioso humano. Una revisión desde el punto de vista psiconeurobiológico. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, Vol. 3 Nº 2, 153-154.

Gómez, N. (2003). Deterioro cognitivo. Avances y controversias. Rev cubana med, v.42 (n.5), 1-2.

González CA, Vidales JA, Camacho J, Alexánderson REG, Alcántara VA. (1999). Síndrome de deterioro intelectual: Nuevos conceptos para el diagnóstico y tratamiento. Revista Médica del Hospital General de México, v.2 (No 1)

González E. (2005). Un estudio utilizando el MMSE para medir el deterioro cognitivo en esquizofrenia Anales de psiquiatría, v.21 (No 3)

Granados CJ, Ortiz HL. (2003). Patrones de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género. Revista salud mental, v.26, (No 1)

Hebben, N. y Miberg, W. (2011). Fundamentos para la evaluación neuropsicológica: Manual moderno. México

Hernández, R. (2006). Metodología de la investigación. (4ª ed.). Mexico: McGraw Hill

Jiménez R, Vázquez A, Waisman L. (2000). Género y funcionamiento social en esquizofrenia. Revista del colegio oficial de psicólogos, (No. 75)

Kaufman, A. y Lichtenberger, E. (2002). Claves para la evaluación con el WAIS III. (2ª ed.). España: TEA.

Lewine, R. (2004). At Issue: Sex and Gender in Schizophrenia. schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/ at UNAM Dirección General de Bibliotecas

Magallanes, E. (2010). Comparación de la escala breve de cognición en esquizofrenia (BACS) con NEUROPSI en pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez": México

Napal O, Ojeda N, Elizagarte E, Peña J, Ezcurra J, Gutiérrez M. (2012). Curso evolutivo de la esquizofrenia y su impacto en la cognición: una revisión de la literatura. Actas españolas de psiquiatría, v. 40, (No 4)

Organización Mundial de la Salud. (2000). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10. (10ª ed.). Buenos Aires-Argentina:Panamericana.

Ostroski-Solis, F. Ardilla, A. Rosselli, M. (1994). Evaluación neuropsicológica breve en español NEUROPSI. Manual Moderno: México.

Sadock, B. y Sadock, V. (2008). Sinopsis de psiquiatría. (10ª ed.). Barcelona-España

Smith, E. Kosslyn, S. (2008). Procesos cognitivos y bases neuronales. (1ª ed.).Pearson. Madrid-España

Velázquez, J. (2011). Alteraciones en la memoria en pacientes geriátricos con deterioro cognitivo leve y trastorno depresivo mayor correlación del test de alteración de la memoria (T@M) con el NEUROPSI y el test MINIMENTAL (MMSE):México.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D, F. a ____ de _____ del 20__.

Por medio de la presente hago constar que acepto participar voluntariamente en el proyecto titulado “¿El deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia del hospital Fray Bernardino Álvarez en hospitalización de día afecta en igual magnitud a la población masculina que femenina?”, que será realizado por la P. Psic. J. Damara Cervantes Pozos, para la obtención de título de la licenciatura en psicología, teniendo previo conocimiento del objetivo de esta investigación.

Se me ha explicado que mi participación constara en: contestar de manera clara, honesta y sin presión alguna, la evaluación neuropsicología breve en español (NEUROPSI). Sin dar a conocer mis datos personales.

Los investigadores que tengan acceso a los datos podrían tener un beneficio científico y académico. No se dará compensación alguna a los pacientes participantes en dicha investigación.

El investigador se ha comprometido en darme información de forma global, para que yo pueda solicitar atención oportuna.

Los datos de esta evaluación neuropsicológica podrán ser analizados estadísticamente para los fines de esta investigación.

Así también podré retirarme o negarme a participar en esta investigación, sin que esto afecte mi atención médica en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.
SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO FORMAR PARTE DE ESTA INVESTIGACION Y QUE HA LEÍDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACION ANTERIOR Y QUE SE LE HA EXPLICADO.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del familiar responsable

Nombre y firma del investigador