



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

EVALUACIÓN DE LA COGNICIÓN SOCIAL CON  
LA ESCALA “OSCAR” EN PACIENTES  
AMBULATORIOS CON ESQUIZOFRENIA DE UN  
INSTITUTO DE SALUD MENTAL

SOCIAL COGNITION EVALUATION WITH THE  
“OSCAR” SCALE IN OUTPATIENTS WITH  
SCHIZOPHRENIA OF A MENTAL HEALTH  
INSTITUTE

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL  
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
PSIQUIATRÍA

AUTOR

ALISON THAIS SOLANO ALCARRAZ

ASESOR

JOSHEP ANDERSSON REVILLA ZUÑIGA

LIMA – PERÚ

2024

## EVALUACIÓN DE LA COGNICIÓN SOCIAL CON LA ESCALA "OSCAR" EN PACIENTES AMBULATORIOS CON ESQUIZOFRENIA DE UN INSTITUTO DE SALUD MENTAL

### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>20%</b> INDICE DE SIMILITUD	<b>19%</b> FUENTES DE INTERNET	<b>10%</b> PUBLICACIONES	<b>5%</b> TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.upch.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>5%</b>
<b>2</b>	<b>Submitted to Universidad de San Martín de Porres</b> Trabajo del estudiante	<b>2%</b>
<b>3</b>	<b>dx.doi.org</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>repositorio.unican.es</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>www.scielo.cl</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>José-Vicente Hernández, Jorge-Javier Ricarte, Laura Ros, José-Miguel Latorre. "Memoria de trabajo y cambio en la atribución de hostilidad en situaciones sociales accidentales en pacientes con esquizofrenia paranoide", Revista de Psicología Social, 2014</b> Publicación	<b>1%</b>

7	<a href="https://www.studylib.es">studylib.es</a> Fuente de Internet	1 %
8	<a href="https://www.encolombia.com">encolombia.com</a> Fuente de Internet	1 %
9	<a href="https://www.coursehero.com">www.coursehero.com</a> Fuente de Internet	1 %
10	<a href="https://alicia.concytec.gob.pe">alicia.concytec.gob.pe</a> Fuente de Internet	1 %
11	"Evaluación de un modelo de interacción gen-ambiente en pacientes con trastorno bipolar tipo I en eutimia : asociación entre maltrato infantil y cognición social, y moderación de polimorfismos genéticos", Pontificia Universidad Católica de Chile, 2020 Publicación	1 %
12	<a href="https://revistas.unc.edu.ar">revistas.unc.edu.ar</a> Fuente de Internet	1 %
13	<a href="https://www.clinicaltrialsregister.eu">www.clinicaltrialsregister.eu</a> Fuente de Internet	1 %
14	<a href="https://repositorio.urp.edu.pe">repositorio.urp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
15	<a href="https://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de Internet	<1 %
16	<a href="https://repositorio.unp.edu.pe">repositorio.unp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %

17	<a href="https://repositorio.usmp.edu.pe">repositorio.usmp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
18	<a href="http://www.behavioralpsycho.com">www.behavioralpsycho.com</a> Fuente de Internet	<1 %
19	Claudia Iveth Jaen-Cortés, Sofía Rivera-Aragón, Lucy María Reidl-Martínez, Mirna García-Méndez. "Violencia de pareja a través de medios electrónicos en adolescentes mexicanos", Acta de Investigación Psicológica, 2017 Publicación	<1 %
20	Raquel Suriá Martínez. "Conducta prosocial en los grupos de apoyo virtuales dirigidos a usuarios adultos con diferentes tipos de discapacidad", Anuario de Psicología, 2017 Publicación	<1 %
21	<a href="https://doaj.org">doaj.org</a> Fuente de Internet	<1 %
22	"Resting state network disorganization as neural correlate of cognitive dysfunction in multiple sclerosis", Pontificia Universidad Católica de Chile, 2019 Publicación	<1 %
23	<a href="http://www.mem.com.co">www.mem.com.co</a> Fuente de Internet	<1 %
24	<a href="http://elmirador.pe">elmirador.pe</a> Fuente de Internet	<1 %

		<1 %
25	<a href="http://hotelcapri.es">hotelcapri.es</a> Fuente de Internet	<1 %
26	Plácido Guardia-Mancilla, Rafael Montoya-Juárez, Manuela Expósito-Ruiz, César Hueso-Montoro et al. "Variability in professional practice among departments explains the type of end-of-life care but not the difficulty of professionals with decision-making / La variabilidad de la práctica profesional entre los departamentos explica el tipo de cuidados sanitarios al final de la vida, pero no las dificultades que afrontan los profesionales respecto de la toma de decisiones", Estudios de Psicología, 2017 Publicación	<1 %
27	<a href="http://repository.udca.edu.co">repository.udca.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
28	<a href="http://socgastro.org.pe">socgastro.org.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
29	<a href="http://www.diabetesvoice.org">www.diabetesvoice.org</a> Fuente de Internet	<1 %
30	<a href="http://moam.info">moam.info</a> Fuente de Internet	<1 %

31

Salvador Ruiz-Murugarren, Paloma García-Ramos, Guillermo Lahera. "Déficit de cognición social en el trastorno bipolar: relevancia y estrategias de rehabilitación", *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2011

Publicación

<1%

---

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

## 2. RESUMEN

*Introducción:* La cognición social permite que las personas detecten, procesen y utilicen la información del entorno para que se lleve a cabo la interacción social. La esquizofrenia es un trastorno mental grave que se asocia a un déficit de la cognición social, por lo que tendrán una interpretación errónea de sus interacciones sociales; como consecuencia habrá una alteración en su funcionalidad y calidad de vida. Es por ello que se requiere de una evaluación oportuna de la cognición social en este grupo de personas. Dentro de las herramientas estudiadas para este fin se encuentra la escala OSCARS que representa una medida confiable y accesible para la evaluación de la cognición social en pacientes con esquizofrenia. *Objetivo:* Identificar el nivel de cognición social en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia tratados en consultorio externo en un instituto especializado. *Metodología:* Estudio descriptivo transversal en el que participarán todos los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia en tratamiento y que tengan un cuidador principal, que se atienden en consultorio externo del Departamento de Psicosis del Instituto Nacional de Salud Mental y cumplen los criterios de inclusión. Se les aplicará un cuestionario en el que estarán plasmados datos sociodemográficos y la escala OSCARS para determinar el nivel de cognición social actual. La información será codificada para la confidencialidad del participante. Los datos serán analizados mediante STATA versión 17 y para comparar el resultado del puntaje de la escala OSCARS con variables categóricas, se realizará la prueba T de student para dos grupos independientes.

**Palabras Clave: Trastornos Esquizofrénicos, Evaluación de la Cognición por un Especialista, escala OSCARS**

### 3. INTRODUCCIÓN

La cognición social se describe como la integración de procesos neuronales que permiten que las personas detecten, procesen y utilicen la información social para comprender el mundo y se permita la interacción con los demás. La estructura básica de la cognición social sigue siendo desconocida, sin embargo, se ha observado alteraciones en diferentes regiones cerebrales como la corteza prefrontal medial, surco temporal superior, la amígdala, etc. (1)

Se ha identificado que la cognición social tendría un papel importante para comprender y guiar el comportamiento social en la población general, pues mediante ello, las personas logran identificar sus emociones, interpretar las emociones de los demás y entender las interacciones sociales (2). La cognición social comprende cuatro dominios, los cuales son (1,3,4):

- a) Procesamiento de las emociones: consiste en identificar, controlar y utilizar las emociones para el desarrollo de la interacción social.
- b) Percepción social: es la capacidad para comprender y evaluar el contexto y las normas sociales mediante el uso del lenguaje.
- c) Teoría de la mente: es la habilidad de identificar las intenciones de los demás, así como predecir las emociones y la conducta de otras personas. Además, es la capacidad de comprender las creencias diferentes a las propias, permitiendo una adecuada interpretación de los mensajes dentro de la interacción social.
- d) Estilos de atribución: es la forma que se interpreta los diferentes hechos sociales y se intenta dar sentido a la conducta social para luego poder manejarlo y llegar a predecirlo.



De esta manera algunos autores plantean que la alteración en la cognición social impacta de manera negativa en la funcionalidad de cada individuo. Esto podría ser explicado debido a una pobre identificación de las emociones, intenciones y conductas sociales que llevaría a una incapacidad de tener una adecuada interacción social. Es así que el déficit en la cognición social se reflejaría en una disminución del funcionamiento no solo social sino en el ámbito educativo, ocupacional y en consecuencia en el logro de relaciones interpersonales significativas. Además, esta disfunción sería incluso más grave que la alteración de la neurocognición (5).

La esquizofrenia es un trastorno mental grave en el que se presenta disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales. Las personas con este trastorno pueden manifestar diversa sintomatología que tienen como consecuencia limitaciones físicas, psicológicas y sociales, produciendo un debilitamiento en su funcionamiento. Dentro de las disfunciones cognitivas se encuentra una deficiencia de la cognición social que puede llevar a una interpretación errónea de las intenciones de los demás, produciendo el aislamiento social y la alteración en el funcionamiento social. Lo anterior puede contribuir a la exclusión social, lo que lleva a una baja autoestima, así como una reducción de la calidad de vida (6,7,4).

Las personas con esquizofrenia que presentan un deterioro de las funciones cognitivas suelen tener un pronóstico desfavorable. Esto en relación a que existe a su vez un déficit de la cognición social sobre todo en los dominios de procesamiento de las emociones (con mayor frecuencia en relación a la percepción del afecto facial) y la percepción social (8). Ello se ve reflejado en la dificultad para hacer inferencias en las interacciones sociales o para emitir juicios ante situaciones que puedan resultar ambiguas. Por otro lado, esto conlleva a que el individuo sea

propenso a que forme interpretaciones propias e incluso autorreferenciales, lo que estaría en relación en la agravación de los síntomas psicóticos (9).

A pesar que el déficit cognitivo social no se encuentra como criterio diagnóstico de esquizofrenia, es un aspecto importante a tener en cuenta debido a que su presencia afectaría su funcionamiento global. Además, se ha descrito que, a más temprana edad de presentación, más comprometido sería el funcionamiento del individuo, ya que no habría un desarrollo de habilidades para poder identificar e interpretar las emociones de otros, dificultando su desarrollo personal, su aprendizaje y la capacidad de ser autosuficientes. De esta manera, se verá una alteración funcional cuando requiera terminar sus estudios, buscar trabajo y ser independiente (4).

Anteriormente, la mayoría de estudios realizados con enfoque en la cognición en personas con esquizofrenia se dedicaban a la evaluación de los aspectos básicos como la atención, aprendizaje, memoria y resolución de problemas, que es parte de la neurocognición. Actualmente los investigadores le están prestando mayor atención a la cognición social, y se está convirtiendo en un objetivo importante de tratamiento, por su influencia en la vida del paciente (10). Durante los estudios, se encontró que ejercía una mayor influencia en el funcionamiento diario a comparación de las cogniciones básicas, ya que comprometía la integración social del individuo y su futura independencia. Por otro lado, se ha identificado que la cognición social determinaría la gravedad del trastorno y el riesgo de recaídas (11).

Los estudios orientados al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia, no han evidenciado una mejora clínica significativa en la cognición social (12). Sin embargo, se ha visto que las intervenciones psicosociales pueden producir mejoras

en diferentes aspectos de la misma (13). En ese sentido, se ha considerado la relevancia de identificar la cognición social a través de herramientas de medición válidas en pacientes con esquizofrenia, con la consecuente intervención terapéutica (14). En la búsqueda de estas herramientas, se han evidenciado limitaciones como las propiedades psicométricas poco establecidas, falta de claridad en el concepto, contenido de las pruebas y un tiempo prolongado en la aplicación de la prueba (15).

Se plantearon diferentes estrategias para la evaluación de la cognición social en pacientes con esquizofrenia. Una de ellas fue realizar pruebas para cada uno de los dominios de la cognición social, sin embargo, implicaba un alto costo económico y tiempo (16). Otra estrategia fue una medida general de la cognición social con la escala del Grupo Español para la Optimización y el Tratamiento de la Esquizofrenia (GEOPTE) la cual es autoinformada y no requiere de un tiempo prolongado (17). Por otro lado, una investigación publicada por Heleay et al. en el 2015, desarrolló la Escala de Valoración de la Cognición Social Observable (Observable Social Cognition: A Rating Scale (OSCARS)). Esta escala permite, a través de una entrevista semiestructurada, evaluar la cognición social del paciente mediante un autoinforme, así como la perspectiva de los cuidadores de la persona (18).

La escala resulta accesible ya que puede ser resuelta en un corto tiempo. Este instrumento de medición consta de 8 parámetros que evalúan: reconocimiento de emociones, sesgo atributivo hostil, saltar a conclusiones, flexibilidad cognitiva social, juicios, comprensión de sutileza en conversaciones, perspectiva y conocimiento social. Cada parámetro consta de una escala de gravedad determinada por un puntaje: 1–ninguno, 2–muy leve, 3–leve, 4–moderado, 5–moderadamente grave, 6–grave y 7–muy grave, estando cada puntaje acompañado de una

descripción que ejemplificaría un deterioro en ese nivel. La puntuación resultante indicaría el nivel de gravedad, significando un mayor puntaje, un mayor grado de deterioro de la cognición social del paciente (18, 19).

Healey et al., encontraron que la escala OSCARS representaba una medida confiable y accesible para la evaluación de la cognición social en los pacientes con esquizofrenia. Asimismo, se encontró que la escala se asociaba más con las habilidades funcionales críticas en situaciones como la capacidad de realizar los cuidados personales básicos, de trabajar y mantener el empleo, que las habilidades que se manifiestan durante las interacciones sociales en sí. De igual manera, se encontró que la escala proporcionaba mayor información sobre el nivel de funcionamiento del paciente que otras medidas específicas realizadas a cada dominio de la cognición social en el que no participaban los cuidadores (18).

El trabajo realizado por Halverson et al. demostró las propiedades psicométricas de OSCARS cuando era aplicado como autoinforme, así como cuando se utilizó para el recojo de información de cuidadores en un tamaño de muestra mayor que el estudio original de Healey et al. Señalaron, por lo tanto, que OSCARS era una medida confiable, de fácil reproducción y que requería un tiempo corto para su realización. Además, sugirieron que esta herramienta podría utilizarse como medida eficiente en la detección inicial de individuos con un deterioro en su funcionamiento y sean beneficiados para recibir tratamientos psicosociales oportunos (5).

Por su parte, Ángela López Martín et al., realizaron un estudio con la escala OSCARS demostrando su validez y fiabilidad en la versión adaptada al español. En relación a la validez de constructo, se realizó un análisis factorial exploratorio de

componentes principales. Para ello se empleó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin que resultó en un valor de 0.816 y el test de Esfericidad de Barlett [ $X^2(28) = 258,78; p < 0,001$ ]. En cuanto a la fiabilidad, para la consistencia interna se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach con un valor resultante de 0.82; asimismo, para el análisis test-retest de las puntuaciones totales, se aplicó el Coeficiente de Correlación Interclase con un valor de 0.84. Con ello encontraron que resultaba ser una herramienta de medida accesible y global para la evaluación de la cognición social. Además, hallaron que existe mayor correlación entre la cognición social y la funcionalidad del individuo cuando en la evaluación se incluye la perspectiva de un informante, ya que disminuiría la influencia del insight en el resultado final (2).

En el Perú se han realizado estudios que evalúan el componente neurocognitivo de la cognición, pero existen pocos estudios que se centran en la cognición social. Se halló un estudio realizado por Zegarra-Valdivia et al., en el que se describía diferentes casos de pacientes con esquizofrenia a quienes se les evaluó la cognición social con diferentes medidas que no incluyeron la escala OSCARS (20). Considerando la importancia de una adecuada evaluación de la cognición social en pacientes con esquizofrenia y existiendo estudios previos con resultados favorables del uso de la escala OSCARS como herramienta para su medida, surge la necesidad de poder evaluar la cognición social en nuestro medio, ya que no hay estudios previos que describan la condición actual de la realidad peruana, mediante el uso de esta herramienta. Teniendo en cuenta lo anterior, se formula la pregunta ¿cuál es el nivel de cognición social en pacientes con esquizofrenia tratados ambulatoriamente en un instituto de salud mental? Para resolver ello, se plantea realizar un estudio en el que se identifique el nivel de cognición social en adultos

con diagnóstico de esquizofrenia tratados en consultorio externo del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, esto permitirá que los resultados encontrados puedan beneficiar a esta población de un tratamiento oportuno y puedan como consecuencia tener una mejor calidad de vida.

#### 4. OBJETIVOS

##### Objetivo principal

- Identificar el nivel de cognición social en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia tratados en consultorio externo del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” desde el 1 de marzo de 2024 hasta el 1 de junio de 2024

##### Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes con esquizofrenia tratados en consultorio externo del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”
- Identificar el nivel de gravedad en las diferentes áreas de la cognición social en los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia de Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”
- Correlacionar el nivel de cognición social con las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de estudio, convivencia y situación laboral.

## 5. MATERIAL Y MÉTODO

### a) Diseño de estudio

Estudio descriptivo transversal sobre el nivel de cognición social en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia.

### b) Población:

Todos los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia en tratamiento y que tengan un cuidador principal, de Lima Metropolitana que se atienden en consultorio externo del Departamento de Psicosis del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”) del 1 de marzo del 2024 al 01 de junio del 2024.

#### Criterios de inclusión:

- Mayores de 18 años de edad hasta los 65 años
- Que se atienden en consultorio externo del INSM “HD-HN”,
- Que se encuentren en tratamiento farmacológico y tengan un cuidador principal.
- Que cuenten con un diagnóstico de esquizofrenia según criterios –DSM-5.
- Que estén de acuerdo en participar en el estudio, con la firma del consentimiento informado

#### Criterios de exclusión

- Presencia de trastorno mental comórbido que altere el rendimiento cognitivo
- Personas en situación de descompensación psicótica

- Incapacidad para responder por dificultad para comprender el idioma español

c) Muestra:

Se realizará muestreo por conveniencia. Se incluirá a todos los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que se atenderán en el consultorio externo del departamento de psicosis en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” y que además cumplan los criterios de inclusión.

d) Definición operacional de variable:

Variable	Tipo de variable	Definición operacional	Escala de medición	Registro
Edad	Cuantitativa	Tiempo de vida de la persona expresada en años	Razón	Años
Sexo	Cualitativa	Sexo biológico del paciente	Dicotómica	0 - Femenino 1 - Masculino
Estado civil	Cualitativa	Condición jurídica de una persona en relación al matrimonio	Nominal	0 – Soltero 1 – Conviviente 2 – Casado 3 – Viudo 4 – Separado 5 – Divorciado
Nivel de estudio	Cualitativa	Grado más alto de estudios alcanzado por el encuestado	Ordinal	0 – Sin instrucción 1 – Primaria 2 – Secundaria 3 - Superior técnico 4 - Superior Universitario
Convivencia	Cualitativa	Cohabitar en compañía de otras personas	Nominal	0 – Solo 1 - Con familia propia 2 - Con familia de origen 3 - Con familia propia y de origen 4 - Otros familiares y/o amigos



Situación laboral	Cualitativa	Tipo de remuneración laboral	Nominal	0 - Trabajo remunerado 1 - Trabajo remunerado sin cobertura legal 2 - Trabajo no remunerado 3 - Jubilado/pensionista 4 - Sin trabajo
OSCARS	Cuantitativa	Instrumento que mide cognición social a través de 8 parámetros codificados en una escala del 1-7 de puntaje	Razón	Puntaje

e) Procedimientos y técnicas:

Se coordinará con los médicos psiquiatras del departamento de psicosis de consultorio externo del INSM “HD-HN” para que se recolecte la información de los usuarios que cumplan los criterios de inclusión del estudio. Se procederá a tomar el consentimiento informado a los usuarios y sus cuidadores. Luego de ello, los usuarios seleccionados serán derivados, junto con sus cuidadores, al personal dedicado a aplicar la encuesta OSCARS. Los encuestadores serán médicos residentes de psiquiatría que se encuentren previamente capacitados para la realización de la escala. Se utilizará como instrumento una ficha que recolectará los datos sociodemográficos (Anexo 1). En una segunda parte se presentará la escala OSCARS para determinar el nivel de cognición social, en esta parte se requerirá además de la participación del cuidador principal del paciente. La escala se aplicará por el lapso de 15-20 minutos. Se recolectará la información de los pacientes atendidos en consulta externa durante un periodo

de 3 meses. Con los resultados recabados se llenará una base de datos en Excel para su posterior análisis estadístico, con el uso de STATA versión 17.

f) Aspectos éticos del estudio:

Se presentará el proyecto al comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” para su aprobación. Asimismo, la participación de las personas que ingresen al estudio será de manera voluntaria y anónima. Se les hará firmar un consentimiento informado (Anexo 2) a los pacientes y sus cuidadores y solo mediante su aprobación se procederá a que realicen las encuestas. Se mantendrá la confidencialidad de la información recibida a través de codificación del registro de las escalas realizadas a los pacientes.

g) Plan de análisis:

Los datos recogidos a través del instrumento que se utilizó en la investigación, serán analizados mediante el programa STATA versión 17.0. Con respecto a las variables cualitativas se determinará sus frecuencias absolutas y relativas. En cuanto a las variables cuantitativas se indicará la media, moda y distribución estándar. Para un análisis de datos bivariados se optará por la prueba de Chi cuadrado para identificar posibles asociaciones entre las variables. Por otro lado, para comparar el resultado del puntaje de la escala OSCARS con variables categóricas, se realizará la prueba T de student para dos grupos independientes. La significancia estadística se considerará con un valor de  $p < 0.05$ .

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Kimoto S, Makinoda M, Kishimoto T. Neurobiology and treatment of social cognition in schizophrenia: Bridging the bed-bench gap. *Neurobiol Dis.* 2019;131:104315
- (2) López Martín A, Pérez-Revuelta J, García-Spinola E, et al. Evidencias de validez y fiabilidad de la versión española de la “Observable Social Cognition: A Rating Scale” (OSCARS) en pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2021;49(6):253-68
- (3) Pinkham AE, Harvey PD, Penn DL. Social Cognition Psychometric Evaluation: Results of the Final Validation Study. *Schizophr Bull.* 2018;44(4):737-748.
- (4) Harvey PD, Isner EC. Cognition, Social Cognition, and Functional Capacity in Early-Onset Schizophrenia. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2020;29(1):171-182
- (5) Halverson TF, Hadjuk M, Pinkham AE, et al. Psychometric properties of the Observable Social Cognition Rating Scale (OSCARS): Self-report and informant-rated social cognitive abilities in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2020 :286:112891
- (6) Haddad C, Salameh P, Hallit S, Clement JP, Calvet B. Self-assessment of social cognition in a sample of Lebanese in-patients with schizophrenia. *Schizophr Res Cogn* 2021;26:100207.
- (7) Hajduk M, Penn DL, Harvey PD, Pinkham AE. Social cognition, neurocognition, symptomatology, functional competences and outcomes in people with schizophrenia – A network analysis perspective. *J Psychiatr Res* 2021;144:8-13.
- (8) Horan WP, Green MF. Treatment of social cognition in schizophrenia: Current status and future directions. *Schizophr Res* 2019;203:3-11.
- (9) Cavieres A, Acuña V, Aranacibia M, Lopetegui N. Differences in social perception in people with schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res Cogn* 2023;33:100286
- (10) Silberstein JM, Pinkham AE, Penn DL, Harvey PD. Self-assessment of social cognitive ability in schizophrenia: Association with social cognitive test performance, informant assessments of social cognitive ability, and everyday outcomes. *Schizophr Res* 2018;199:75-82
- (11) Silberstein J, Harvey PD. Cognition, social cognition, and Self-assessment in schizophrenia: prediction of different elements of everyday functional outcomes. *CNS Spectr* 2019;24(1):88-93
- (12) Kucharska-Pietura K, Mortimer A. Can Antipsychotics Improve Social Cognition in Patients with Schizophrenia?. *CNS Drugs* 2013;27(5):335-43
- (13) Grant N, Lawrence M, Preti A, Wykes T, Cella M. Social cognition interventions for people with schizophrenia: a systematic review focussing on methodological quality and intervention modality. *Clin Psychol Rev* 2017;56:55-64.

- (14) Pinkham AE, Penn DL, Green MF, et al. The Social Cognition Psychometric Evaluation Study: Results of the Expert Survey and RAND Panel. *Schizophr Bull* 2014;40(4):813-23.
- (15) Özaslan Z, Yildiz M. The Turkish Validity and Reliability Study of the Observable Social Cognition–A Rating Scale for Patients with Schizophrenia. *Turk Psikiyatri Derg.* 2021;32(3):192-200
- (16) Vaskinn A, Horan WP. Social Cognition and Schizophrenia: Unresolved Issues and New Challenges in a Maturing Field of Research. *Schizophr Bull.* 2020;46(3):464-470.
- (17) Caqueo-Urizar A, Mena-Chamorro P, Urzúa A, Fond G, Boyer L. Validación de la Escala Geopte de Cognición Social para Psicosis en Pacientes con Esquizofrenia en Latinoamérica. *Behav Psych Vol.* 30, N° 2, 2022, pp. 483-501
- (18) Healey KM, Combs DR, Gibson CM, Keefe RS, Roberts DL, Penn DL. Observable Social Cognition – A Rating Scale: an interview-based assessment for schizophrenia. *Cogn Neuropsychiatry.* 2015;20(3):198-221.
- (19) Loubat M, Astudillo-Zúñiga. Revisión sistemática (2010-2017) de los instrumentos de evaluación y programas de rehabilitación de la cognición social utilizados con personas con esquizofrenia. *Soc Chil Psicología clínica.* 2019, Vol. 37, N° 3, 295–316
- (20) Zegarra-Valdivia J, Soto-Añari. Cognición social en pacientes con esquizofrenia paranoide: casos clínicos. *Rev psicol.* 2014, Año 4 (4):

## 7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Descripción	Cantidad	Precio por unidad	Precio total
Personal para recolección de datos	2	1000	2000
Paquete de hojas	2	20	40
Paquete de lapiceros	2	20	40
Total			2080

Fuente: Autofinanciado

Actividad	Setiembre 2023 febrero 2024	Febrero 2024	Marzo – junio 2024	Julio 2024	Agosto 2024
Elaboración del protocolo	X				
Aprobación del protocolo		X			
Recolección de datos			X		
Procesamiento y análisis de datos				X	
Redacción de resultados					X
Presentación de los resultados					X

## 8. ANEXOS

### Anexo 1

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CÓDIGO:

#### PRIMERA PARTE

- 1.- Edad:
- 2.- Sexo: ( ) Masculino ( ) Femenino
- 3.- Estado civil
- 4.- Nivel de estudios
- 5.- Convivencia
- 6.- Situación laboral

#### SEGUNDA PARTE

Proceda a completar la siguiente escala:

#### **Escala de Valoración de la Cognición Social Observable (Observable Social Cognition: A Rating Scale (OSCARS))**

*Fuente de la escala: David L. Penn, Ph.D.; Dennis Combs, Ph.D.; David Roberts, M.A.; Steven Silverstein, Ph.D.; and Richard Keefe, Ph.D. Adaptación al español: López Martin A, Pérez-Revuelta J, García-Spinola E, et al. Evidencias de validez y fiabilidad de la versión española de la "Observable Social Cognition: A Rating Scale" (OSCARS) en pacientes con esquizofrenia 2021*

Relación con la persona que puntúa (paciente):

---

Fecha de la entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_/

Por favor, evalúe la dificultad del paciente en cada una de las 8 áreas usando la escala proporcionada a continuación. Por favor puntúe la gravedad de sus problemas desde 1 (ninguno) hasta 7 (muy grave). Los números más altos sugieren mayor gravedad. Evalúe el comportamiento de la persona a lo largo de los últimos 7 días. Considere cualquier interacción que haya tenido con él/ella y la que haya observado que él/ella haya tenido con otras personas. Para cada pregunta, proporcionamos un ejemplo general sobre el comportamiento en cuestión, la escala de calificación (del 1 al 7), el nivel de gravedad (desde ninguno a muy grave) y las

descripciones de los comportamientos que corresponden a cada puntuación. Por favor puntúe todas las preguntas. Indique sus puntuaciones rodeando los números de la escala para cada pregunta. Puede usar cualquier número de la escala.

Nivel de gravedad en la escala de puntuación

1	2	3	4	5	6	7
Ninguno	Muy leve	Leve	Moderado	Moderadamente grave	Grave	Muy grave

- 1. ¿Reconoce las emociones de otras personas, particularmente las emociones negativas (tristeza, miedo y enfado) a partir de las expresiones faciales, el lenguaje corporal y/0 el tono y el ritmo de la voz?**  
*Ejemplos: Cuando había con alguien, el sujeto no puede decir si la otra persona está molesta o enfadada. Parece no percibir cómo se sienten otras personas.*

1	Ninguno	Puede reconocer expresiones emocionales marcadas, moderadas o sutiles. Se reconoce como “socialmente perceptiva” (reconoce las claves sociales).	Informante 1 2 3 4 5 6 7
2	Muy leve		
3	Leve	Reconoce fácilmente la expresión de las emociones marcadas y explícitas, tales como llorar, gritos de enfado o la risa eufórica. Puede no reconocer las emociones expresadas de forma moderada. Sin embargo, él/ella no reconoce las expresiones sutiles, tales como una decepción expresada solo mediante una mueca o un leve movimiento bucal.	Entrevistador 1 2 3 4 5 6 7
4	Moderado		
5	Moderadamente grave	Reconoce la mayoría de las emociones marcadas y explícitas. No reconoce las expresiones moderadas o sutiles.	
6	Grave		
7	Muy grave	No reconoce o nunca reconoce la expresión de emociones marcadas, moderadas ni sutiles. La otra persona debe indicarle qué emoción está expresando (“Estoy muy enfadado”).	

**2. ¿Interpreta las interacciones sociales de forma malévola u hostil?**

*Ejemplo: el sujeto ve a los demás como si intentaran hacerle daño especialmente en situaciones ambiguas (poco claras). Por ejemplo, él/ella camina entre un grupo de personas que se están riendo y piensa que se ríen de él/ella. O, cuando el sujeto no encuentra un objeto personal piensa que alguien se lo ha quitado. (Si es así, pregunte la frecuencia).*

1	Ninguno	El sujeto no culpa inmediatamente a los demás ni piensa que tengan malas intenciones. Él/ella considerará la posibilidad de que otros factores, como los relacionados con el contexto, podrían haber causado el resultado (por ejemplo, que los demás se estén riendo de una broma y no de él/ella).	<p>Informante 1 2 3 4 5 6 7</p> <p>Entrevistador 1 2 3 4 5 6 7</p>
2	Muy leve		
3	Leve	A veces siente que otros intentan hacerle daño de forma fugaz o efímera.	
4	Moderado		
5	Moderadamente grave	Frecuentemente interpreta el comportamiento de los demás de forma malintencionada. Puede que a veces acuse a sus amistades/personas más cercanas de actuar de forma malintencionada.	
6	Grave		
7	Muy grave	De forma generalizada, piensa que los demás actúan con mala intención, lo cual incluye tanto a sus amistades/personas más cercanas como a los extraños. La mayoría de las veces estas creencias son infundadas.	

**3. ¿Toma decisiones rápidamente (p.e. se precipita al llegar a una conclusión) sin haber analizado otras pruebas?**

*Ejemplo: El sujeto intenta llamarle y usted no contesta. Inmediatamente, él/ella cree que no contesta porque está enfadado con él/ella. (Si es así, pregunte por la frecuencia).*

1	Ninguno	No toma decisiones a la ligera, es reflexivo y prudente. La persona contrasta la información y se toma su tiempo para sopesar cuidadosamente los pros y contras antes de tomar una decisión.	<p>Informante 1 2 3 4 5 6 7</p> <p>Entrevistador 1 2 3 4 5 6 7</p>
2	Muy leve		
3	Leve	A veces toma decisiones usando únicamente la información más inmediata. Algunas veces, si el sujeto está motivado, puede decidir utilizando información adicional sopesando los pros y los contras.	
4	Moderado		
5	Moderadamente grave	A menudo toma decisiones usando únicamente la información más inmediata. Es necesario sugerirle al sujeto que tenga en cuenta otras fuentes de información y se tome su tiempo para decidir.	
6	Grave		
7	Muy grave	Con frecuencia solamente usa la información más inmediata para tomar decisiones. El sujeto no contrasta información adicional y parece que juzga casi sin pensarlo. Se muestra irracional.	



**4. ¿Es flexible al interpretar las situaciones sociales?**

*Ejemplo: El sujeto está esperando a alguien en un restaurante y este llega 20 minutos tarde. El sujeto concluye que la persona no quiere quedar con él cuando en realidad podría estar en un atasco o haber tenido un pinchazo de un neumático. Él/ella no considera otras alternativas que hayan causado que la persona llegue tarde y se aferra a una única opinión.*

1	Ninguno	Cuando considera el comportamiento de otros, él/ella puede plantear múltiples razones por las cuales ellos han actuado del modo en que lo hicieron.	<p>Informante 1 2 3 4 5 6 7</p> <p>Entrevistador 1 2 3 4 5 6 7</p>
2	Muy leve		
3	Leve	Tiene problemas a la hora de hacer conjeturas/suposiciones, pero puede hacerlas si le dan otro punto de vista.	
4	Moderado		
5	Moderadamente grave	Tiene problemas para pensar en múltiples explicaciones posibles para entender el comportamiento social de los demás. Tiene que ser incitado para que considere diferentes conjeturas/suposiciones sobre el comportamiento de otras personas.	
6	Grave		
7	Muy grave	No comprende que sea posible más de una interpretación sobre una situación y es incapaz de considerar otras conjeturas/suposiciones.	

**5. ¿Puede cambiar o corregir su interpretación de interacciones sociales cuando se equivoca?**

*Ejemplo: El sujeto ve a dos personas susurrando y piensa que están hablando sobre él/ella. Esta creencia se mantiene incluso cuando le dicen que una de estas personas está hablando sobre situaciones personales que no tienen que ver con el sujeto.*

1	Ninguno	Es capaz de buscar y sopesar pruebas y en contra de una creencia dada sobre otra persona.	Informante 1 2 3 4 5 6 7
2	Muy leve		
3	Leve	El sujeto considerará pruebas que contradigan las posibles malinterpretaciones que él o ella haya hecho, aunque, en cualquier caso puede mantener la creencia errónea.	Entrevistador 1 2 3 4 5 6 7
4	Moderado		
5	Moderadamente grave	A menudo, el sujeto evita considerar hechos que contradigan su punto de vista, o puede argumentar fuertemente en contra de ellos, en general manteniendo la creencia equivocada.	
6	Grave		
7	Muy grave	El sujeto rechaza considerar pruebas contradictorias. Es imposible hacerle cambiar de idea, incluso cuando esta es claramente errónea.	

**6. En una conversación, ¿entiende las bromas sutiles, el sarcasmo o los insultos?**

*Ejemplo: Alguien dice durante una comida, en tono sarcástico, que es la mejor que ha probado nunca pero el sujeto no se da cuenta de que se trata de un insulto y/o sarcasmo.*

1	Ninguno	El sujeto capta las bromas sutiles, los insultos o los sarcasmos.	<p>Informante 1 2 3 4 5 6 7</p> <p>Entrevistador 1 2 3 4 5 6 7</p>
2	Muy leve	A veces el sujeto no capta las bromas sutiles o los insultos hechos por otros (por ejemplo, “¡Oh sí, me encanta trabajar 15 horas al día!”). Parece que le cuesta captar el significado de las bromas y el sarcasmo.	
3	Leve		
4	Moderado	A menudo el sujeto no entiende las bromas sutiles, sarcasmo o los insultos y se los tienen que explicar.	
5	Moderadamente grave		
6	Grave		
7	Muy grave	El sujeto no capta las sutilezas en absoluto. Las conversaciones deben ser concretas y directas para que pueda comprenderlas (por ejemplo, payasadas).	

**7. ¿Ve las cosas desde el punto de vista de los demás? (p.e. ponerse en la piel del otro)**

*Ejemplo: el sujeto no puede por qué alguien se siente molesto o enfadado en una situación concreta. O, cuando está viendo una película triste, no se siente conmovido.*

1	Ninguno	Al sujeto se le puede describir como empático. Cuando está viendo una película triste o alegre (o leyendo un libro triste o alegre) puede conmovirse.	<p>Informante 1 2 3 4 5 6 7</p> <p>Entrevistador 1 2 3 4 5 6 7</p>
2	Muy leve		
3	Leve	Rara vez indaga o se pregunta sobre los sentimientos o el estado mental de los demás (por ejemplo, “¿Te gusta eso?” o “¿Estás confundido?”), pero entiende cuando la gente lo expresa claramente.	
4	Moderado		
5	Moderadamente grave	Solamente reacciones empáticamente con los demás cuando expresan fuertes emociones. No pregunta ni responde a las opiniones o experiencias ajenas. Cuando pregunta, puede tener dificultades al imaginar lo que los demás podrían estar pensando	
6	Grave		
7	Muy grave	Es incapaz de juzgar adecuadamente lo que los demás podrían estar pensando o sintiendo excepto en las circunstancias más extremas (sentir tristeza tras la muerte de un ser querido).	

**8. Comprende las señales sociales sutiles, insinuaciones y peticiones indirectas (un ejemplo de una petición indirecta sería cuando su hijo/hija quiere un juguete, pero en vez de decirlo directamente, comenta lo bonito que es)**

*Ejemplo: estás intentando leer un libro o ver la televisión y el sujeto sigue hablándote, incluso cuando tú das señales sutiles e insinuaciones de que la conversación no te interesa en esos momentos (por ejemplo, utilizas respuestas cortas; no mantienes el contacto ocular).*

1	Ninguno	El sujeto capta fácilmente las señales sociales y/o las peticiones indirectas. Por ejemplo, si estás ocupado y él empieza a hablarte, percibe fácilmente que tú no puedes hablarle en ese momento.	Informante 1 2 3 4 5 6 7  Entrevistador 1 2 3 4 5 6 7
2	Muy leve		
3	Leve	El sujeto no capta las señales sociales al principio, pero lo hace tras uno o dos minutos. Le lleva más tiempo captar los consejos y las señales sutiles.	
4	Moderado		
5	Moderadamente grave	El sujeto no capta las señales sociales y necesita un número de pistas explícitas (que uno se gire cuando le habla) para que entienda el mensaje.	
6	Grave		
7	Muy grave		

Nota sobre la evaluación:

Las áreas exploradas (8 ítems presentados en preguntas) se pueden dividir en dos factores:

Factor 1 o “sesgo cognitivo social” denominado así pues evalúan los indicadores conductuales de impulsividad, hostilidad y rigidez de la cognición social. En este factor se incluyen preguntas que investigan el estilo atribucional (ítem 2), la obtención de conclusiones precipitadas (ítem 3) y la rigidez cognitiva (ítem 4 y 5).

Factor 2 o “habilidad cognitiva social”, denominado así ya que los elementos a evaluar involucran habilidades de percepción y razonamiento. En este factor se incluyen las preguntas que investigan la teoría de la mente (ítem 6, 7 y 8) y la percepción de las emociones (ítem 1).

La suma de los ítems de la escala determina un puntaje total que presenta una correlación directa con la gravedad del nivel de cognición social, mas este puntaje total no está clasificado en rangos específicos en relación al nivel de gravedad.

## **Anexo 2**

### **Consentimiento informado**

Propósito del estudio:

Les invitamos a participar en un estudio para poder identificar el nivel de cognición social mediante la aplicación de la llamada Observable Social Cognition: A Rating Scale (OSCARS) en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que se atienden en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Se ha observado que la esquizofrenia se acompaña de un deterioro en la cognición social lo que conllevaría a una alteración en su funcionamiento global. Por lo que el presente estudio permitirá que los individuos de nuestra población se beneficien de un tratamiento oportuno y puedan como consecuencia tener una mejor calidad de vida.

Procedimientos

Si deciden participar en el estudio, se les indicará que completen la encuesta que se les proporcionará. La información que se obtenga a partir del mismo, será de carácter anónimo. La encuesta se divide en dos partes; en la primera se recoge datos generales del paciente y en la segunda se encontrarán preguntas que estarán dirigidas a evaluar la cognición social del paciente.

Riesgos: No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación. Sin embargo, algunas preguntas le podrían causar incomodidad. Usted es libre de responderlas o no.

Beneficios:

Los resultados que se obtengan a partir de las encuestas realizadas podrán dar información sobre el nivel de cognición social que presenta la población con esquizofrenia del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Esto permitirá que los pacientes puedan beneficiarse de un mejor enfoque terapéutico.

Confidencialidad:

Le podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente confidencial. Ninguna persona, excepto la investigadora, tendrá acceso a la

información obtenida. Todas las respuestas serán ingresadas a una base de datos codificada para que asegure que sean completamente anónimas.

Derechos del participante:

Usted puede elegir libremente si desea participar en el estudio. Si tiene alguna duda puede identificarse y enviar su duda a la dirección de correo electrónico que le envió esta encuesta. Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio puede contactar al Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico [duict.cieh@oficinasupch.pe](mailto:duict.cieh@oficinasupch.pe).

Cordialmente, investigadora:

Alison Thais Solano Alcarraz

████████████████████

████████████████████

---

Fecha:

Yo, \_\_\_\_\_, Sí (  ) No(  ) acepto participar del presente estudio de manera voluntaria, teniendo en cuenta todas las indicaciones dadas de manera previa.

---

Firma