



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

Asociación entre deterioro cognitivo y funcionalidad psicosocial
en pacientes con esquizofrenia atendidos en un servicio de
rehabilitación psiquiátrica durante el año 2026

Association between cognitive impairment and psychosocial
functioning in patients with schizophrenia treated in a psychiatric
rehabilitation service during the year 2026

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

AUTOR

CANDY SONIA PEREZ OSORIO

ASESOR

RUBEN HUMBERTO ARCE LOAYZA

LIMA – PERÚ

2026



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

La egresada:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	PEREZ OSORIO CANDY SONIA

Perteneciente al programa de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSIQUIATRÍA**, autor del proyecto de investigación titulado: **Asociación entre deterioro cognitivo y funcionalidad psicosocial en pacientes con esquizofrenia atendidos en un servicio de rehabilitación psiquiátrica durante el año 2026**, el cual ha sido elaborado y aprobado, para optar por el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSIQUIATRÍA**, bajo la modalidad de **Proyecto de investigación**.

En calidad de docente (s) asesor (es) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	ARCE LOAYZA RUBEN HUMBERTO	MEDICINA	Asesor

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **24%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **3612119469**; fecha de entrega: **15/07/2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 17 de Julio de 2026**

Firma del asesor

Nº DNI: 41335824

ORCID: 0000-0003-4810-5744

1. RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico asociado con alteraciones cognitivas y limitaciones en la funcionalidad psicosocial, las cuales afectan la autonomía, la participación social y la calidad de vida. Identificar la relación entre ambas dimensiones puede contribuir a mejorar la evaluación integral y la planificación de las intervenciones de rehabilitación psiquiátrica.

El objetivo del estudio será determinar la asociación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad psicosocial en pacientes con esquizofrenia atendidos en un servicio de rehabilitación psiquiátrica durante el año 2026.

Se realizará un estudio cuantitativo, observacional, analítico y transversal. La población estará conformada por pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en el Servicio de Rehabilitación del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” durante el año 2026. Se incluirá una muestra mínima de 85 participantes mediante muestreo no probabilístico consecutivo. La información sociodemográfica y clínica se recolectará mediante una ficha estructurada y la revisión de la historia clínica; el deterioro cognitivo se evaluará con la Montreal Cognitive Assessment y la funcionalidad psicosocial con la Functioning Assessment Short Test, ambos instrumentos validados. Los datos serán procesados en IBM SPSS Statistics versión 27. Se realizará análisis descriptivo e inferencial, utilizando la prueba de Shapiro-Wilk, los coeficientes de correlación de Pearson o Spearman, según la distribución de las variables, y un modelo de regresión lineal múltiple. Se considerará un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Palabras clave: Esquizofrenia; Deterioro cognitivo; Rehabilitación psiquiátrica.

2. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico, grave y discapacitante que altera la percepción de la realidad, el pensamiento, la conducta y el funcionamiento global de la persona (1). Se estima que afecta aproximadamente a 23 millones de personas en el mundo, con mayor frecuencia en la adolescencia tardía y la adultez temprana (2). Este trastorno genera un impacto profundo en la calidad de vida y los derechos humanos, debido al estigma, la discriminación y las limitaciones en el acceso a atención especializada; motivo por el cual más de dos tercios de las personas con psicosis a nivel mundial no reciben tratamiento adecuado (3). En el Perú durante el 2023, los establecimientos de salud atendieron 85.497 casos de esquizofrenia, evidenciando la magnitud asistencial y la necesidad de fortalecer los servicios de rehabilitación psiquiátrica en todo el país (4).

Tradicionalmente, la esquizofrenia se ha caracterizado por síntomas positivos, negativos y desorganizados; sin embargo, el deterioro cognitivo ha emergido como una dimensión central de la enfermedad, abarcando dominios como la atención, memoria, aprendizaje verbal y visual, velocidad de procesamiento, razonamiento y funciones ejecutivas (5). Estos déficits son persistentes, incluso antes de la aparición de los síntomas psicóticos, y presentan escasa respuesta a los tratamientos antipsicóticos convencionales (6,7).

La evaluación sistemática de la cognición es crucial, dado que estos déficits afectan directamente la funcionalidad, entendida como la capacidad para desenvolverse de manera autónoma en las actividades de la vida diaria, el autocuidado, las relaciones interpersonales, la participación social y el desempeño ocupacional (8). En este

marco, los modelos contemporáneos de rehabilitación psiquiátrica sostienen que la mejoría clínica no debe valorarse únicamente por la reducción de los síntomas psicóticos, sino también por la recuperación funcional, la inclusión social y el desempeño independiente del paciente (9,10).

La relación entre deterioro cognitivo y funcionalidad tiene implicancias clínicas importantes. Un menor desempeño cognitivo se asocia con mayores dificultades en adherencia al tratamiento, más hospitalizaciones, limitaciones en la vida independiente y menor aprovechamiento de intervenciones de rehabilitación (11,12). Por ello, la evaluación conjunta de cognición y funcionalidad permite orientar de manera más precisa las estrategias de rehabilitación psiquiátrica (13,14). A pesar de su relevancia, la evaluación cognitiva aún no es sistemática en muchos servicios de salud mental, lo que limita la caracterización integral del paciente y la planificación de intervenciones individualizadas (8,15). En el ámbito nacional, ante el fortalecimiento del modelo comunitario de salud mental, que promueve una atención integral, persiste la necesidad de desarrollar investigaciones que evalúen variables pronósticas relevantes (4,16).

La evidencia disponible respalda una asociación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad psicosocial en pacientes con esquizofrenia. Yang et al. (17) reportaron una “correlación moderada entre el desempeño cognitivo y la funcionalidad ($r = 0,51$; $p < 0,001$)”. De manera consistente, Huarcaya et al. (14) encontraron que los pacientes con esquizofrenia deficitaria presentaban “un deterioro significativamente mayor en memoria de trabajo ($p = 0,003$), fluidez verbal ($p = 0,002$), velocidad de procesamiento ($p = 0,004$) y aprendizaje verbal retardado ($p = 0,039$), acompañado de peor funcionamiento en autonomía ($p =$

0,002), desempeño laboral ($p = 0,001$), relaciones interpersonales ($p < 0,001$) y actividades de ocio ($p < 0,001$)". Asimismo, Osorio-Martínez (18) evidenció "diferencias significativas en el funcionamiento según el tiempo de enfermedad ($p < 0,005$), observándose un deterioro funcional progresivo después del primer año del diagnóstico".

En este contexto, investigar la asociación entre deterioro cognitivo y funcionalidad psicosocial permitirá comprender mejor los factores que condicionan la evolución funcional de los pacientes y contribuir al desarrollo de estrategias de atención integral basadas en evidencia. Por lo tanto, la pregunta de investigación es: ¿Cuál es la asociación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad psicosocial en pacientes con esquizofrenia atendidos en un servicio de rehabilitación psiquiátrica durante el año 2026?

3. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la asociación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad psicosocial en pacientes con esquizofrenia atendidos en un servicio de rehabilitación psiquiátrica durante el año 2026.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con esquizofrenia incluidos en el estudio.
- Evaluar el deterioro cognitivo mediante la Montreal Cognitive Assessment (MoCA) en los pacientes con esquizofrenia incluidos en el estudio.

- Evaluar la funcionalidad psicosocial mediante la Functioning Assessment Short Test (FAST) en los pacientes con esquizofrenia incluidos en el estudio.
- Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad psicosocial utilizando el puntaje corregido de la MoCA y el puntaje total de la FAST.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

a) Diseño del estudio

Estudio cuantitativo, observacional, analítico y de corte transversal.

b) Población

La población de estudio estará conformada por todos los pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en el Servicio de Rehabilitación del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado–Hideyo Noguchi durante el año 2026. De acuerdo con los registros institucionales, se estima que aproximadamente 100 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia son atendidos anualmente en dicho servicio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos (≥ 18 años) atendidos en el Servicio de Rehabilitación del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado–Hideyo Noguchi durante el año 2026.
- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia confirmado por un médico psiquiatra, registrado en la historia clínica de acuerdo con los criterios diagnósticos de la CIE-10, según la clasificación vigente en la institución.

- Pacientes que acepten participar voluntariamente en el estudio, mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que se encuentren clínicamente descompensados al momento de la evaluación, entendida como la presencia de una exacerbación psicótica que impida la aplicación adecuada de las pruebas cognitivas y de funcionalidad, condición que será determinada por el médico psiquiatra tratante.
- Pacientes con diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor u otras patologías neurológicas que afecten la función cognitiva (demencia, antecedente de traumatismo encéfalo craneano grave, accidente cerebrovascular).
- Pacientes con discapacidad intelectual congénita o trastornos del neurodesarrollo primarios.
- Pacientes con alteraciones sensoriales graves, compromiso del estado de conciencia o falta de colaboración que imposibiliten la aplicación de los instrumentos de evaluación.

c) Muestra

Cada paciente con diagnóstico de esquizofrenia atendido en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado–Hideyo Noguchi constituirá la unidad de análisis, sobre la cual se evaluarán las variables deterioro cognitivo y funcionalidad psicosocial. La unidad de muestreo estará constituida por cada paciente con diagnóstico de esquizofrenia atendido en el Servicio de Rehabilitación durante el período de recolección de datos y que cumpla los criterios de selección establecidos. Cada participante será evaluado una sola vez, aun cuando acuda en más de una ocasión al servicio durante el período de estudio.

El tamaño de muestra se calculó para un estudio de correlación mediante la transformación z de Fisher, empleando la fórmula $n = [(Z\alpha/2 + Z\beta) / C]^2 + 3$, donde $C = 0,5 \times \ln[(1+r)/(1-r)]$. Se asumió una correlación esperada de 0,30, por representar una estimación conservadora de la asociación entre las variables de estudio, un nivel de confianza del 95%, una potencia estadística del 80% y una prueba bilateral. El cálculo determinó un tamaño mínimo de 85 participantes.

La selección de los participantes se realizará mediante muestreo no probabilístico consecutivo, incluyendo a todos los pacientes que cumplan los criterios de selección hasta alcanzar o superar el tamaño muestral mínimo requerido.

d) Definición operacional de variables

Las variables del estudio incluyen el deterioro cognitivo (independiente), evaluado mediante la MoCA; la funcionalidad psicosocial (dependiente), evaluada con la FAST; y covariables sociodemográficas y clínicas. El detalle de la operacionalización de las variables se presenta en el Anexo 1.

e) Procedimientos y técnicas

El estudio se llevará a cabo en el Servicio de Rehabilitación del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" durante el año 2026. Periódicamente se revisarán los registros de atención, asistencia o programación del servicio para identificar a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. Los participantes serán captados de manera consecutiva entre los pacientes atendidos en el servicio durante el período de recolección de datos, hasta alcanzar o superar el tamaño muestral mínimo requerido. Para evitar duplicidad, cada participante será identificado mediante un

código único del estudio y será evaluado una sola vez. La elegibilidad clínica será verificada por el médico psiquiatra tratante mediante la revisión de la historia clínica, confirmando el diagnóstico de esquizofrenia registrado de acuerdo con la clasificación vigente en la institución y que el paciente se encuentre clínicamente estable para la evaluación. Posteriormente, los pacientes elegibles recibirán información sobre los objetivos y procedimientos del estudio y, previa aceptación voluntaria, firmarán el consentimiento informado.

La recolección de datos se realizará durante el período aprobado para el estudio, aprovechando las asistencias programadas de los pacientes al servicio, una vez confirmada la estabilidad clínica del participante. La información sociodemográfica y clínica será obtenida mediante una ficha de recolección de datos elaborada para el estudio, utilizando la historia clínica y una entrevista directa con el paciente.

El deterioro cognitivo será evaluado mediante la MoCA, instrumento de tamizaje cognitivo que explora los dominios de atención, concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales, abstracción, cálculo y orientación. La MoCA presenta adecuada validez y confiabilidad para la evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia; además, ha demostrado consistencia interna adecuada ($\alpha=0,71-0,89$), validez de constructo ($r=0,72$) y de criterio ($R^2=41\%$), así como validez concurrente con el Mini-Mental State Examination (MMSE), lo que respalda su utilidad como instrumento de tamizaje cognitivo (19-22). El puntaje bruto de la MoCA será calculado según las instrucciones del instrumento, con un rango de 0 a 30 puntos. Para el análisis principal se utilizará el puntaje corregido por escolaridad. Se agregará 1 punto al puntaje bruto en los participantes con 12 años o menos de educación formal

aprobada, siempre que el puntaje bruto sea menor de 30, sin exceder el puntaje máximo de 30 puntos (19,23). Los años de educación formal serán registrados de manera numérica en la ficha de recolección de datos, excluyendo educación inicial. Se consignarán tanto el puntaje bruto como el puntaje corregido de la MoCA.

La funcionalidad psicosocial será evaluada mediante la FAST, instrumento integrado por 24 ítems distribuidos en seis dominios: autonomía, funcionamiento ocupacional, funcionamiento cognitivo, finanzas, relaciones interpersonales y ocio. Cada ítem se califica en una escala de 0 a 3, obteniéndose un puntaje total entre 0 y 72, donde los valores más altos indican mayor deterioro funcional. La FAST presenta adecuada validez y confiabilidad para la evaluación del funcionamiento en pacientes con trastornos mentales graves; además, ha demostrado adecuada consistencia interna ($\alpha=0,87$) y buena confiabilidad interobservador ($ICC=0,86$), así como validez concurrente con las escalas GAF ($r=-0,32$) y ERA ($r=0,50$), lo que respalda su utilidad clínica y en investigación (24).

La aplicación de ambos instrumentos será individual y presencial, en un ambiente tranquilo, con adecuada iluminación y libre de distractores. La evaluadora aplicará ambos instrumentos de manera estandarizada, siguiendo los manuales de administración, puntuación e interpretación correspondientes. Previamente al inicio de la recolección de datos, realizará aplicaciones supervisadas con el fin de uniformizar los criterios de evaluación.

El procedimiento de evaluación seguirá el mismo orden para todos los participantes. En primer lugar, se completará la ficha de datos sociodemográficos y clínicos;

posteriormente se administrará la MoCA y, finalmente, la FAST. La duración total de la evaluación será de aproximadamente 30 a 40 minutos.

Los pacientes con síntomas residuales podrán ser incluidos siempre que el médico psiquiatra tratante confirme que estos no interfieren con la comprensión de las instrucciones ni con la aplicación de las pruebas. En caso de observarse durante la evaluación un incremento de síntomas psicóticos, agitación o cualquier condición que comprometa la validez de los resultados, la evaluación será suspendida y reprogramada cuando el paciente recupere estabilidad clínica.

Antes del estudio definitivo se realizará una prueba piloto con 10% de la muestra calculada en pacientes que no formarán parte de la muestra final, con el propósito de verificar la comprensión de la ficha de recolección, estandarizar la secuencia de aplicación de los instrumentos y estimar el tiempo requerido para la evaluación.

La información será digitalizada mediante doble ingreso independiente y posteriormente se compararán los registros para identificar inconsistencias. Se efectuará un control de calidad mediante revisión aleatoria de los registros originales. En caso de identificarse datos faltantes, se verificará inicialmente la historia clínica y la ficha de recolección; cuando la información no pueda recuperarse, el registro será excluido únicamente del análisis correspondiente, reportándose la cantidad de datos perdidos y el procedimiento empleado para su manejo.

f) Aspectos éticos

El presente proyecto será sometido a evaluación por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia antes del inicio del

estudio. Solo después de contar con la aprobación respectiva se iniciará la captación de participantes y la recolección de datos, garantizando el cumplimiento de las normas éticas nacionales e internacionales aplicables a la investigación.

Dado que el estudio involucra participantes humanos, se regirá conforme a los principios de la Declaración de Helsinki (25), garantizando el respeto por la autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y confidencialidad. Los pacientes elegibles serán informados sobre los objetivos, procedimientos, riesgos mínimos, beneficios y su derecho a retirarse en cualquier momento sin afectar su atención; quienes acepten participar firmarán el consentimiento informado, el cual será incluido como anexo del proyecto.

Previamente, el médico psiquiatra tratante verificará que el paciente se encuentre clínicamente estable y con capacidad para otorgar un consentimiento válido; en caso contrario, no será incluido en el estudio por tratarse de una investigación sin beneficio terapéutico directo y que requiere la participación voluntaria del sujeto.

La confidencialidad se garantizará mediante la codificación de los datos, el acceso restringido a la base de datos y el cumplimiento de la Ley N.º 29733, Ley de Protección de Datos Personales (26). Al tratarse de un estudio observacional, no se realizarán intervenciones terapéuticas, procedimientos invasivos ni modificaciones del tratamiento habitual.

g) Plan de análisis

La información recolectada mediante la ficha de datos, la MoCA y la FAST será registrada en Microsoft Excel y analizada en IBM SPSS Statistics versión 27, previa depuración de la base de datos y verificación de su consistencia. Los datos faltantes

serán revisados en la historia clínica y, de no ser recuperables, se realizará un análisis por casos completos.

En el análisis descriptivo, las variables cualitativas se resumirán mediante frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas mediante media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según su distribución. La normalidad se evaluará con la prueba de Shapiro-Wilk. La asociación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad psicosocial se analizará mediante el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, según corresponda, utilizando el puntaje corregido de la MoCA y el puntaje total de la FAST y se representará mediante un gráfico de dispersión con línea de tendencia. Dado que un mayor puntaje en la MoCA indica mejor rendimiento cognitivo y un mayor puntaje en la FAST indica mayor deterioro funcional, una correlación negativa será interpretada como una asociación clínicamente esperada entre mayor deterioro cognitivo y peor funcionalidad psicosocial.

Como análisis exploratorio, se evaluará la asociación entre la funcionalidad psicosocial y las variables sociodemográficas y clínicas mediante pruebas de comparación de grupos o análisis de correlación, según el tipo y la distribución de las variables. Posteriormente, se construirá un modelo de regresión lineal múltiple, considerando como variable dependiente el puntaje total de la FAST y como variable independiente principal el puntaje corregido de la MoCA, ajustando por las covariables con $p < 0,20$ en el análisis bivariado o aquellas clínicamente relevantes. Con el fin de evitar sobreajuste, se construirá un modelo parsimonioso, priorizando las covariables con mayor sustento clínico y metodológico. Se

verificarán los supuestos del modelo y se reportarán los coeficientes β ajustados, sus intervalos de confianza al 95 % y los valores de p.

Se considerará un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. Los resultados se presentarán mediante tablas, gráficos de dispersión y el modelo final de regresión.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Institute of Mental Health. Esquizofrenia [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Mental Health; 2024 [citado 23 mar 2026]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia>
2. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [citado 29 may 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
3. World Health Organization. Mental disorders [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [citado 29 may 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
4. Ministerio de Salud. Establecimientos de salud del Minsa atendieron más de 85 000 casos de esquizofrenia [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2024 [citado 29 may 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/968553-establecimientos-de-salud-del-minsa-atendieron-mas-de-85-000-casos-de-esquizofrenia>
5. Spaulding WD, Fleming SK, Reed D, Sullivan M, Storzbach D, Lam M. Cognitive functioning in schizophrenia: implications for psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull.* 1999;25(2):275-89. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033378
6. Bedoya Cardona EY. Funcionamiento social y cognitivo en pacientes con esquizofrenia. *Rev Chil Neuropsicol.* 2019;14(2):18-24.
7. Sánchez-Ceballos LA, Ramírez-Euse JA, Ochoa-Jiménez DE. Seis factores que afectan el funcionamiento cognitivo en la esquizofrenia: una revisión sistemática 2016-2021. *Interdisciplinaria.* 2023;40(3). doi:10.16888/interd.2023.40.3.1
8. Yildiz M. Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. *Noro Psikiyatrs Ars.* 2021;58(Suppl 1):S77-S82. doi:10.29399/npa.27430
9. Paredes Arturo YV, Pinzón E, Aguirre-Acevedo DC. Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Rev Cienc Salud.* 2018;16(1):114-28. doi:10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494
10. Jacob KS. Recovery model of mental illness: a complementary approach to psychiatric care. *Indian J Psychol Med.* 2015;37(2):117-9. doi:10.4103/0253-7176.155605
11. Green MF. Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(Suppl 9):3-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16965182/>

12. Bowie CR, Harvey PD. Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2006;2(4):531-536. doi:10.2147/ndt.2006.2.4.531.
13. Kaloğlu HA, Nazlı ŞB. Evaluation of the relationship between disability and disease severity, cognitive functions, and insight in patients with schizophrenia. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2024;22(2):333-44. doi:10.9758/cpn.23.1126.
14. Huarcaya Victoria JD. Deterioro funcional y neurocognitivo en pacientes con esquizofrenia deficitaria en Perú y confiabilidad de la estructura bidimensional de la sintomatología negativa. *Rev Neuropsiquiatr.* 2024 [citado 1 de junio de 2026];87(1):43-5. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/4959>
15. Sanchis Sanz M. Esquizofrenia y deterioro cognitivo [Trabajo de fin de grado]. Valencia: Universitat de València, Facultat de Medicina i Odontologia; 2026. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/400796520_ESQUIZOFRENIA_Y_DETERIORO_COGNITIVO_MAR_SANCHIS_SANZ
16. Iliquin Zababuru T. Frecuencia de la esquizofrenia en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017-2019 [tesis de licenciatura]. Chachapoyas: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2022. Disponible en: <https://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14077/2631/Iliquin%20Zababuru%20Tania.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Yang Z, Abdul Rashid NA, Quek YF, Lam M, See YM, Maniam Y, et al. Montreal Cognitive Assessment as a screening instrument for cognitive impairments in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2018;199:58-63. doi:10.1016/j.schres.2018.03.008.
18. Osorio-Martínez ML. Esquizofrenia y funcionamiento: medición con la escala breve de evaluación del funcionamiento y correlación con los años de enfermedad. *An Fac Med.* 2017;78(1):17-22. doi: [10.15381/anales.v78i1.13016](https://doi.org/10.15381/anales.v78i1.13016)
19. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(4):695-9. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.
20. Pereira-Manrique F, Reyes MF. Confiabilidad y validez del Test Montreal Cognitive Assessment (MoCA) en población mayor de Bogotá, Colombia. *Rev Neuropsicol Neuropsiquiatr Neurocienc* [Internet]. 2013;13(2). Disponible en: <https://revistaneurociencias.com/index.php/RNNN/article/view/335>
21. Tinney N, Tafur Auqui RY, Jorge Marino GF, Meneses G. Validez de la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) en adultos mayores atendidos en un consultorio externo de un hospital de Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr.* 2025;88(4):335-41. doi: [10.20453/rnp.v88i4.6358](https://doi.org/10.20453/rnp.v88i4.6358).
22. Rodríguez-Bores Ramírez L, Saracco-Álvarez R, Escamilla-Orozco R, Fresán Orellana A. Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para determinar deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. *Salud Ment.* 2014;37(6):517-22. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000600010&lng=es

23. MoCA Cognition. Frequently Asked Questions [Internet]. Montreal: MoCA Cognition; [citado 9 jul 2026]. Disponible en: <https://mocacognition.com/faq/>
24. Luján-Luján EM, García-León MÁ, Rodríguez-Cano E, Huertas-Martínez S, Roldan-Merino J, Puig-Llobet M, et al. Validity of the Functioning Assessment Short Tests (FAST), in patients with schizophrenia. Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed). 2022;15(3):157-66. doi:10.1016/j.rpsmen.2022.09.003.
25. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Ferney-Voltaire: Asociación Médica Mundial; 2024 [citado 23 mar 2026]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
26. Congreso de la República del Perú. Ley N.º 29733, Ley de Protección de Datos Personales [Internet]. Lima: Congreso de la República del Perú; 2011 [citado 23 mar 2026]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/272360/Ley%20N%C2%BA%2029733.pdf>

6. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Presupuesto

Autofinanciado.

Descripción	Cantidad	Detalle	Total
Movilidad			
Movilidad Local	48	S/ 7,00	S/ 336,00
Material y Equipos			
Fotocopias	1000	S/ 0,50	S/ 500,00
Reproducción de informe	3	S/ 45,00	S/ 135,00
TOTAL			S/ 971,00

Cronograma

Gestión	2026-2027								
Ítems/Mes	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Presentación del proyecto	X								
Aceptación del proyecto	X	X							
Aprobación del comité de Ética		X	X						
Recolección de la muestra				X	X	X			
Procesamiento de datos						X	X		
Análisis de datos							X	X	
Informe final								X	X

ANEXOS

Anexo 01: Operacionalización de variables

Variable	Tipo de variable	Definición operacional	Escala de medición	Forma de registro
Deterioro cognitivo	Independiente; cuantitativa continua.	Alteración del rendimiento cognitivo global en pacientes con esquizofrenia, expresada en déficits de atención, memoria, funciones ejecutivas, lenguaje, abstracción y orientación. Será evaluada mediante el puntaje corregido obtenido en la MoCA.	Intervalo	Puntaje bruto de la MoCA: 0–30 puntos. Corrección por escolaridad: se agregará 1 punto si el participante tiene ≤ 12 años de educación formal aprobada y el puntaje bruto es menor de 30. Puntaje corregido de la MoCA: 0–30 puntos. A menor puntaje corregido, mayor deterioro cognitivo.
Funcionalidad psicosocial	Dependiente; cuantitativa continua.	Nivel de desempeño del paciente en diferentes áreas de la vida diaria, tales como autonomía, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo, manejo de finanzas, relaciones interpersonales y ocio. Será evaluada mediante el puntaje total obtenido en la FAST.	Intervalo	Puntaje total de la FAST: 0–72 puntos. A mayor puntaje, mayor deterioro funcional y menor funcionalidad psicosocial.
Edad	Covariable; cuantitativa continua	Número de años cumplidos al momento de la evaluación.	Razón	Años cumplidos
Sexo	Covariable; cualitativa nominal	Condición biológica del participante.	Nominal	0=masculino 1=femenino
Nivel educativo	Covariable; cualitativa ordinal	Máximo nivel de estudios alcanzado por el participante.	Ordinal	0=sin estudios/primaria incompleta; 1=primaria completa; 2=secundaria; 3=superior técnico/universitario
Estado civil	Covariable; cualitativa nominal	Situación civil referida por el participante.	Nominal	1=soltero; 2=casado/unido; 3=viudo; 4=divorciado/separado
Tiempo de enfermedad	Covariable; cuantitativa continua	Número de años transcurridos desde el diagnóstico de esquizofrenia hasta el momento de la evaluación.	Razón	Años

Variable	Tipo de variable	Definición operacional	Escala de medición	Forma de registro
Tipo de antipsicótico	Covariable; cualitativa nominal	Grupo farmacológico del tratamiento antipsicótico utilizado al momento de la evaluación.	Nominal	1=primera generación; 2=segunda generación; 3=tercera generación; 4=combinación.
Uso de benzodiacepinas	Covariable; cualitativa dicotómica	Uso concomitante de benzodiacepinas al momento de la evaluación.	Nominal	0=no; 1=sí.
Uso de anticolinérgicos	Covariable; cualitativa dicotómica	Uso de medicamentos anticolinérgicos de forma concomitante al tratamiento antipsicótico.	Nominal	0=no; 1=sí.
Hospitalizaciones previas	Covariable; cuantitativa discreta	Número de ingresos hospitalarios previos por descompensación de esquizofrenia.	Razón	Número total de hospitalizaciones
Adherencia al tratamiento	Covariable; cualitativa nominal	Cumplimiento regular del tratamiento farmacológico prescrito durante los últimos tres meses, determinado mediante revisión de historia clínica y entrevista al paciente. Se considerará adherente al paciente que refiera cumplimiento regular del tratamiento indicado, sin abandono documentado ni interrupciones clínicamente relevantes durante dicho periodo.	Nominal	0=no adherente 1=adherente

Anexo 02: Instrumentos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código único del estudio: ____

Fecha: / /2026

Evaluator: Candy Sonia Perez Osorio

I. Datos sociodemográficos (marcar X o anotar)

Edad (años): ____

Sexo:

☐ 0 Masculino

☐ 1 Femenino

Nivel educativo:

☐ 0 Sin estudios/primaria incompleta

☐ 1 Primaria completa

☐ 2 Secundaria

☐ 3 Superior técnico/universitario

Años de educación formal aprobados, sin considerar inicial: ____ años.

Estado civil:

☐ 1 Soltero ☐ 2 Casado/unido ☐ 3 Viudo ☐ 4 Divorciado/separado

II. Datos clínicos (de historia clínica)

Tiempo de enfermedad (años): _____

Tipo de antipsicótico utilizado al momento de la evaluación:

☐ 1 Primera generación

☐ 2 Segunda generación

☐ 3 Tercera generación

☐ 4 Combinación

Nombre del(los) antipsicótico(s): _____

Uso concomitante de benzodiacepinas:

☐ 0 No

☐ 1 Sí

Uso concomitante de anticolinérgicos:

☐ 0 No

☐ 1 Sí

Número de hospitalizaciones previas por esquizofrenia: _____

Adherencia al tratamiento (Se considerará adherente si el paciente cumplió regularmente el tratamiento farmacológico prescrito, sin abandono documentado ni interrupciones clínicamente relevantes durante los últimos tres meses):

☐ 0 No

☐ 1 Sí

EVALUACIÓN COGNITIVA DE MONTREAL (MOCA)

Objetivo: evaluar el deterioro cognitivo global en dominios como atención, memoria, lenguaje, abstracción, funciones ejecutivas y orientación.

Aplicación: entrevista individual y/o administración directa, con duración aproximada de 10 minutos.

Instrucciones:

Se solicitará al participante que responda y realice las tareas indicadas por el evaluador. La prueba debe aplicarse en un ambiente tranquilo, con buena iluminación y sin distracciones. Debe seguirse el orden de los ítems y registrarse el puntaje de acuerdo con las respuestas correctas o el desempeño observado.

Criterios de interpretación:

El puntaje total va de 0 a 30; a menor puntaje, mayor compromiso cognitivo.

Registro del puntaje para el estudio:

Puntaje bruto MoCA: ____ /30

Años de educación formal aprobados: ____ años

¿Aplica corrección por escolaridad? ☐ Sí ☐ No

Puntaje corregido MoCA: ____ /30

Nota: Se agregará 1 punto al puntaje bruto cuando el participante tenga 12 años o menos de educación formal aprobada, siempre que el puntaje bruto sea menor de 30. El puntaje corregido no podrá exceder los 30 puntos.

Prueba breve de evaluación del funcionamiento (FAST)

Objetivo: medir la funcionalidad y el deterioro funcional en actividades de la vida diaria.

Aplicación: entrevista estructurada, con duración aproximada de 6 a 15 minutos.

Instrucciones: Se solicitará al participante que responda las preguntas indicadas por el evaluador. La prueba debe aplicarse en un ambiente tranquilo, con buena iluminación y sin distracciones. Debe seguirse el orden de los ítems y registrarse el puntaje de acuerdo con el grado de dificultad funcional referido u observado.

Escala de respuesta:

- 0 = Ninguna.
- 1 = Poca.
- 2 = Bastante.
- 3 = Mucha.

Criterios de interpretación:

El puntaje total va de 0 a 72; a mayor puntaje, mayor deterioro funcional y menor funcionalidad.

13.7. Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento (Functioning Assessment Short Test, FAST)

¿Cuál es el grado de dificultad del paciente en relación con los siguientes aspectos?

Interrogue al paciente respecto a las áreas de funcionamiento que se especifican a continuación, utilizando la siguiente escala:
0: Ninguna, 1: Poca, 2: Bastante o 3: Mucha.

Señale con un círculo el valor que corresponda:

	<i>Ninguna</i>	<i>Poca</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucha</i>
AUTONOMÍA				
1. Encargarse de las tareas de la casa	0	1	2	3
2. Vivir solo	0	1	2	3
3. Hacer la compra	0	1	2	3
4. Cuidar de sí mismo (aspecto físico, higiene...)	0	1	2	3
FUNCIONAMIENTO LABORAL				
5. Realizar un trabajo remunerado	0	1	2	3
6. Acabar las tareas tan rápido como sea necesario	0	1	2	3
7. Trabajar en lo que estudió	0	1	2	3
8. Cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa	0	1	2	3
9. Alcanzar el rendimiento previsto por la empresa	0	1	2	3
FUNCIONAMIENTO COGNITIVO				
10. Concentrarse en la lectura, película	0	1	2	3
11. Hacer cálculos mentales	0	1	2	3
12. Resolver adecuadamente un problema	0	1	2	3
13. Recordar el nombre de gente nueva	0	1	2	3
14. Aprender una nueva información	0	1	2	3
FINANZAS				
15. Manejar el propio dinero	0	1	2	3
16. Hacer compras equilibradas	0	1	2	3
RELACIONES INTERPERSONALES				
17. Mantener una amistad	0	1	2	3
18. Participar en actividades sociales	0	1	2	3
19. Llevarse bien con personas cercanas	0	1	2	3
20. Convivencia familiar	0	1	2	3
21. Relaciones sexuales satisfactorias	0	1	2	3
22. Capaz de defender los propios intereses	0	1	2	3
OCIO				
23. Practicar deporte o ejercicio	0	1	2	3
24. Tener una afición	0	1	2	3

Nota: Ítems tomados de la versión en español de la Functioning Assessment Short Test (FAST), disponible en CIBERSAM: FAST: Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento y ficha del instrumento en CIBERSAM.

Anexo 03: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: “Asociación entre deterioro cognitivo y funcionalidad psicosocial en pacientes con esquizofrenia atendidos en un servicio de rehabilitación psiquiátrica durante el año 2026”

Investigador principal: Candy Sonia Perez Osorio (tesista)

Institución: Universidad Peruana Cayetano Heredia – UPCH

Estimado(a) paciente:

Se le invita a participar de manera voluntaria en un estudio de investigación que tiene como objetivo determinar la asociación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad psicosocial en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Servicio de Rehabilitación durante el año 2026. Su participación es totalmente voluntaria; si decide no participar o retirarse en cualquier momento, ello no afectará de ninguna manera la atención médica que recibe en el establecimiento de salud.

1. ¿Qué se le realizará?

Si acepta participar, se realizarán las siguientes actividades:

- Se le aplicará una ficha de recolección de datos sociodemográficos y clínicos, que incluirá información como edad, sexo, nivel educativo, estado civil, tiempo de enfermedad, hospitalizaciones previas y adherencia al tratamiento.
- Se le aplicará la Montreal Cognitive Assessment (MoCA), una prueba breve que evalúa atención, memoria, lenguaje, orientación y otras funciones cognitivas.
- Se le aplicará la Functioning Assessment Short Test (FAST), una entrevista breve que evalúa su funcionalidad en áreas como autonomía, funcionamiento cognitivo, relaciones interpersonales, trabajo, finanzas y ocio.
- Además, se revisará su historia clínica para completar algunos datos necesarios para el estudio, como diagnóstico, tiempo de enfermedad y antecedentes clínicos relevantes.

La evaluación se realizará en un ambiente privado, con adecuada iluminación y sin interrupciones. El tiempo total aproximado será de 30 a 40 minutos.

2. Riesgos o molestias

Este estudio es de riesgo mínimo, ya que solo incluye entrevista, aplicación de pruebas breves y revisión de historia clínica, sin procedimientos invasivos ni tratamientos experimentales.

Puede presentarse cansancio, incomodidad emocional leve o fatiga mental durante la evaluación; si esto sucede, la entrevista podrá pausarse o suspenderse según sea necesario.

3. Beneficios

Usted no recibirá un beneficio directo o económico por participar en este estudio. Sin embargo, su participación permitirá obtener información útil sobre la relación entre deterioro cognitivo y funcionalidad psicosocial en pacientes con esquizofrenia, lo que podría contribuir a mejorar la evaluación integral, la planificación terapéutica y las estrategias de rehabilitación psiquiátrica en el futuro.

4. Confidencialidad

Toda la información recolectada será confidencial. A cada participante se le asignará un código único del estudio, de modo que su nombre u otros datos de identificación personal no aparezcan en la base de datos ni en los informes o publicaciones derivadas del estudio.

La información será utilizada únicamente con fines académicos y científicos, y solo la investigadora y el equipo autorizado tendrán acceso a ella. El manejo de los datos personales se realizará conforme a la normativa ética y a la Ley N.º 29733, Ley de Protección de Datos Personales.

5. Derechos del participante

Usted tiene derecho a:

- Participar o no participar libremente en el estudio.
- Retirarse en cualquier momento sin dar explicaciones y sin que esto afecte su atención médica.
- Hacer preguntas antes, durante o después de la evaluación.

- Recibir información clara sobre el estudio.
- Solicitar una copia firmada de este consentimiento informado.

6. Costos y compensación

Participar en este estudio no tendrá ningún costo para usted.

Tampoco se otorgará compensación económica por participar, debido a que se trata de una investigación observacional sin intervención terapéutica.

7. Consentimiento

Yo, _____, identificado(a) con DNI N° _____, declaro que he leído o se me ha leído la información contenida en este documento, que he comprendido el propósito del estudio, los procedimientos, los posibles riesgos y beneficios, y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas. En forma libre y voluntaria, acepto participar en este estudio de investigación.

Firma del participante: _____

Fecha: / /2026

Firma testigo (familiar/tercero): _____

Relación: _____

Fecha: / /2026

Firma investigadora: Candy Sonia Perez Osorio _____

Fecha: / /2026