

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Fundada en 1551**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

E.A.P. DE PSICOLOGÍA

# **Habilidades cognoscitivas en pacientes con esquizofrenia paranoide**

TESIS para optar el Título Profesional de: PSICÓLOGA

AUTORA

**KATHERINE ISABEL KANASHIRO YAGUI**

**ASESORA** Mg. ROSA ELENA HUERTA ROSALES

**LIMA – PERÚ 2005**



..	1
<b>AGRADECIMIENTOS .</b>	<b>3</b>
<b>RESUMEN .</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN .</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .</b>	<b>11</b>
1.1. Fundamentación y formulación del Problema: . .	11
1.2. Objetivo: .	12
1.3. Importancia de la Investigación: .	13
1.4. LIMITACIONES: .	14
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO . .</b>	<b>17</b>
2.1. Antecedentes del Estudio: .	17
2.2. Bases Teórico – científicos: .	21
2.2.1. Psicosis Esquizofrénicas: .	21
2.2.2. Personalidad e Inteligencia.- .	24
2.2.3. La Inteligencia según el enfoque factorialista: . .	25
2.2.4. Habilidades Cognoscitivas: .	28
2.2.5. Medición de la Inteligencia: .	30
2.2.6. Psicopatología de la Inteligencia: .	30
2.2.7. Rehabilitación en los trastornos esquizofrénicos: . .	32
2.3. Definición de términos básicos: . .	35
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA .</b>	<b>39</b>
3.1. Tipo y Diseño de Investigación: . .	39
3.2. Población y Muestra: . .	39
3.3. Características de la muestra. .	40
3.3.1. Edad y Sexo: .	40
3.3.2. Estado Civil: . .	41
3.3.3. Procedencia y Residencia: . .	41

3.3.4. Grado de Instrucción: . . .	42
3.3.5. Experiencia Laboral: . . .	43
3.3.6. Hospitalización y Soporte familiar . . .	43
3.4. Variables de Estudio: . . .	44
3.5. Instrumentos: . . .	46
3.5.1. Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos Revisada: . . .	46
3.5.2. Test “Matrices Progresivas” de Raven - Escala General: . . .	49
3.6. Recolección de datos: . . .	50
3.7. Procesamiento y análisis de datos: . . .	50
<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS . . .</b>	<b>53</b>
4.1. Resultados con el WAIS – R. . .	53
4.1.1. Frecuencia de los sujetos por categoría (moda por categoría): . . .	53
4.1.2. Pruebas de Kolmogorov – Smirnov y distribución t: . . .	56
4.1.3. Moda, Mediana y Niveles Máximos y Mínimos alcanzados: . . .	57
4.1.4. Puntajes Equivalentes de las Subpruebas del WAIS – R: . . .	58
4.1.5. Índice de deterioro mental: . . .	61
4.2. Resultados con el Test de Raven. . .	62
4.2.1. Frecuencia de los sujetos por categoría (moda por categoría): . . .	62
4.2.2. Moda, Mediana y Percentiles máximo y mínimo alcanzados: . . .	63
4.2.3. Otras observaciones con el Test de Raven: . . .	63
4.3. Relación WAIS – R y Raven. . .	64
4.4. Habilidades cognoscitivas en estudio. . .	67
4.4.1. Frecuencia de los sujetos por niveles adecuados y disminuidos: (según puntajes escalares). . .	67
4.4.2. Moda, Mediana y Puntajes Máximos y Mínimos: . . .	68
<b>CONCLUSIONES . . .</b>	<b>71</b>
<b>RECOMENDACIONES . . .</b>	<b>75</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA . . .</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO . . .</b>	<b>83</b>





---

*DEDICATORIA A LA MEMORIA DE GIUSSEPPE, CUYOS PENSAMIENTOS QUE SE ENCUENTRAN APACIGUADOS HOY, CONSTITUYEN AÚN UN RETO PARA LA BÚSQUEDA DE RESPUESTAS. A MI FAMILIA.*





## AGRADECIMIENTOS

Mi más profundo agradecimiento a la Magíster Rosa Elena Huerta, por su eficiente y valiosa asesoría académica; su permanente y decidida colaboración; así como por su paciencia y motivación constantes.

Mi reconocimiento y agradecimiento al personal docente y administrativo de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por las facilidades brindadas. Igualmente a los profesionales y personal administrativo de las Instituciones de Salud Mental: Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, y al Hospital Víctor Larco Herrera; particularmente al Servicio de Rehabilitación Integral y al Departamento de Consulta Externa de dichas instituciones respectivamente, por su oportuna y desinteresada cooperación, y por esa apertura a la realización de estudios e investigaciones.

A la Psicóloga María del Carmen Lissón, Coordinadora del Área de Rehabilitación Profesional del Servicio de Rehabilitación Integral del INSM “HD – HN” y al Dr. Eduardo Ruiz, Jefe de la Oficina de Investigación y Epidemiología del HVLH, por las facilidades brindadas.

Mi agradecimiento a los miembros del jurado, quienes contribuyeron con sus aportes y puntos de vista. Especialmente al Doctor César Sarria Joya, por su valioso tiempo e interés prestado a la presente investigación; a la Psicóloga Gloria Díaz Acosta, al Psicólogo José Vega González y, por supuesto, a la Magíster Rosa Elena Huerta Rosales.

Y finalmente, a todas las personas cuya colaboración hizo posible la culminación del presente estudio; en especial, a la Psicóloga Ana Delgado, por su valiosa colaboración y orientación en la parte metodológica de la presente investigación; a los psicólogos del Departamento de Consulta Externa del HVLH, los internos de Psicología del Servicio de Rehabilitación Integral del INSM “HD – HN”, las técnico de enfermería y los pacientes que accedieron a formar parte de nuestra muestra.



## RESUMEN

La presente investigación, es un estudio descriptivo, simple que busca conocer las características de las habilidades cognoscitivas de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Para ello, se emplearon los test de WAIS - R y Matrices Progresivas de Raven, como instrumentos de medición. Se seleccionó una muestra de 50 sujetos, los cuales presentaban edades de entre 18 á 35 años, con grado de instrucción mínimo de secundaria completa, que se encontraban en la fase crónica o no aguda de la enfermedad, recibiendo un tratamiento ambulatorio en un Centro de Salud Mental. Corroborándose las investigaciones previas, se encontró una disminución en las habilidades cognoscitivas (según los resultados del test de WAIS – R), aunque sin un significativo desmedro de la habilidad mental general (según los resultados del test de Raven). Las habilidades cognoscitivas disminuidas fueron principalmente la concentración y la memoria.



# INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad grave, no sólo por su cronicidad, y los estados alterados que pueda manifestar el paciente en su fase aguda, sino también por la discapacidad consecuente a dicha enfermedad. En 1976, la OMS, estimaba que aproximadamente 400 millones de personas en el mundo, tenían un grado de incapacidad, debido a la enfermedad mental que padecían, o a sus secuelas. Más recientemente, en 1996, el Banco Mundial mostraba un alto índice AVAD (Años de vida ajustados por discapacidad), relacionado con la esquizofrenia; encontrando que para América Latina y el Caribe, los años de vida perdidos y los años de vida vividos con discapacidad, ajustados por la severidad de dicha discapacidad, se incrementarían en un 22.1% durante los próximos años hasta el 2020; llegando para dicha fecha a 1,9 millones de años de vida ajustados por discapacidad, causados por la esquizofrenia, sólo en América Latina y el Caribe. Para igual período, el mundo en general, verá crecer la cantidad de años de vida ajustados por discapacidad en un 18.6%, hasta sumar la tremenda cifra de 17,3 millones de AVAD.

Dicha discapacidad, puede observarse a nivel funcional, psicosocial y laboral; ya que los pacientes presentan una disminución en sus habilidades sociales, para relacionarse con los demás y para desempeñar una ocupación laboral. Todo ello, implicaría una alteración en las habilidades cognitivas, ya que precisamente éstas, facilitan el aprendizaje de un individuo, para su adaptación y readaptación a las circunstancias nuevas que se presenten, ya sean en los ámbitos sociales, académicos y laborales. Es por ello, que tanto en la presente investigación como en los programas de rehabilitación,

se hace un especial énfasis en la evaluación de estas habilidades cognoscitivas, puesto que ello permite conocer la capacidad para el aprendizaje que presenta el paciente, y así adaptar los programas psicoeducativos para su rehabilitación, y tener en cuenta esas características para las decisiones acerca de su posible reinserción social y laboral.

Chávez (1987), señala que el compromiso intelectual o desorden intelectual es muy frecuente en los pacientes esquizofrénicos, sin embargo, no nos explica detalladamente acerca de la medición utilizada, ni tampoco nos menciona qué habilidades cognoscitivas son mayormente afectadas.

Morocho, en 1974, por su parte, nos indica las características intelectuales obtenidas en pacientes neuróticos y con alteración orgánico cerebral, los cuales presentaban disminución en ciertas habilidades cognoscitivas. Para ello, empleó el test de WAIS, lo cual permitió distinguir las habilidades que resultaron más afectadas; es decir, la atención, concentración, juicio y expresión verbal, en los pacientes neuróticos. Y la limitación psicomotora, perceptual y de planeamiento en los pacientes orgánico cerebral.

Es por ello que apreciamos las pruebas de Wechsler como instrumento valioso para medir las diferentes dimensiones de la inteligencia, especificando en las diferentes habilidades cognoscitivas que la conforman.

Wechsler, por su parte, en 1955, nos señala algunas características del aspecto intelectual en los pacientes con esquizofrenia paranoide, sin embargo, al no tratarse de un estudio específico del tema, sus observaciones apuntaban más acerca del desempeño y eficacia de dichos pacientes en la mencionada prueba; sin colocar un énfasis específico por conocer cuál es el nivel intelectual alcanzado, cuáles son las habilidades cognoscitivas más afectadas y cuáles se mantenían.

Así, en el primer capítulo señalamos nuestro problema y propósito de investigación, el cual se orienta a conocer las características de las habilidades cognoscitivas, buscando determinar cuáles habilidades se mantienen y cuáles se ven mayormente afectadas.

En el segundo capítulo, se encuentra el marco teórico, en el cual se desarrolla brevemente, entre otras, las investigaciones ya mencionadas en esta introducción. Asimismo, se desarrollan nuestro enfoque factorialista, el tema de habilidad y lo que respecta a su psicopatología, y por último, se describe también el tema de la esquizofrenia, especificando en el tipo paranoide.

El tercer capítulo corresponde a la metodología, en el cual enfatizamos las características obtenidas de nuestra muestra, tales como edad, sexo, si contaban o no con estudios superiores, experiencia laboral, soporte familiar, si estuvieron o no hospitalizados. Además se recalca acerca de los instrumentos utilizados, los cuales fueron: el test de Matrices Progresivas de Raven, que nos revela sobre la habilidad mental general, no influida por el conocimiento académico; y el test de WAIS – R; que cuenta con las actualizaciones elaboradas por el mismo Wechsler, respecto al WAIS original. Anotamos sin embargo, que en esta nueva versión de la prueba de inteligencia, Wechsler no vuelve a señalar sus observaciones acerca del desempeño de los pacientes con esquizofrenia paranoide, para una época más reciente (es decir, para los años a partir de 1981).

En este capítulo además mencionamos las habilidades cognitivas que analizamos para la presente investigación es decir, las habilidades de memoria, vocabulario, concentración, adaptación social, pensamiento y relaciones espaciales.

Finalmente, el capítulo Presentación y Discusión de los Resultados, conlleva a las conclusiones y recomendaciones finales, todo ello, principalmente, a través de los estadísticos descriptivos de porcentaje, moda y mediana.





# CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

## 1.1. Fundamentación y formulación del Problema:

Hoy en día, aunque se han logrado muchos avances en el tratamiento de la Esquizofrenia, en los aspectos farmacológico, y en la parte psicoeducativa, aún prevalece cierto vacío en el conocimiento y comprensión de esta enfermedad y de la persona que lo padece. Esto se debe a que al ser poco evidente la calidad de “discapacidad” que presentan; ya que dichos sujetos pueden tener buenos todos o la mayoría de los órganos de sus cuerpos; sin embargo, en muchos casos, no logran adaptarse adecuadamente a ambientes laborales, académicos y sociales, esta condición puede crear frustración e incompreensión en las personas de su entorno más cercano, reforzándose el aislamiento y sentimientos de inadecuación en estos pacientes.

En el ámbito de la Salud Mental, a pesar de las buenas intenciones de los especialistas, el trabajo queda limitado por las pocas investigaciones realizadas al respecto; dándose lugar a algunas improvisaciones e incluso situaciones de poca tolerancia por parte del especialista, debido a dicha incompreensión.

Por ello, se hace necesario investigaciones que describan los desórdenes de esta

parte de la población, para poder adaptar los tratamientos a las necesidades del paciente, tomando en cuenta las características de dicha enfermedad, y las demandas de la sociedad actual. De este modo, se diseñarían los procedimientos para la adquisición y desarrollo de habilidades con mayor eficiencia.

En 1987, Chávez, encontró que uno de los tres síntomas más frecuentes en estos pacientes es el compromiso intelectual, con un 71,6 de frecuencia porcentual. Dicho síntoma, iba precedido por la ideación delusional (82,7%) y la angustia (75,3%). Chávez, definió al compromiso intelectual como una disminución en el rendimiento intelectual, por dificultad en la ideación, debido a una falta de concentración, olvidos, bloqueos, fácil fatiga, pensamiento sobreinclusivo y dificultad para la abstracción.

Al mismo tiempo señalaba, respecto a dicho compromiso intelectual, que aunque no se pueda hablar estrictamente de especificidad esquizofrénica, su asociación sindrómica y su alta frecuencia en la casuística le confieren un carácter altamente presuntivo del trastorno.

Wechsler (1955), consideraba, por otro lado, que la inteligencia formaba parte de algo superior, que era la personalidad; podríamos deducir entonces, que el estudio del rendimiento cognitivo de estos pacientes, nos proporcionará algunos alcances acerca del por qué de algunas conductas “extravagantes” que muestran estos pacientes, y de la forma cómo perciben su mundo circundante e interior.

Por otro lado, en muchas investigaciones, la inteligencia se ha asociado con el rendimiento académico y laboral; llegando en algunos casos a una correlación positiva y significativa. Incluso, Chávez (1987) afirma que en estos pacientes, hay una correlación entre el grado de instrucción alcanzado y el nivel educacional con el nivel intelectual. Aunque, precisa que no ha sido suficientemente demostrado que a mayor nivel intelectual, haya un mejor pronóstico.

De este modo, en la presente investigación, buscaremos responder la siguiente interrogante:

- *¿Qué características muestran las habilidades cognoscitivas de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia de tipo paranoide?*

Buscaremos además, responder a las siguientes preguntas específicas:

-*¿Cuáles son las habilidades cognoscitivas más afectadas en los pacientes con esquizofrenia paranoide?*

-*¿Cuáles son las habilidades cognoscitivas que se mantienen?*

## 1.2. Objetivo:

### 1.2.1. Objetivo General:

Elaborar el perfil de las habilidades cognoscitivas de los pacientes con esquizofrenia paranoide.

### 1.2.2. Objetivos Específicos:

Para la ejecución de la presente investigación, se plantean los siguientes objetivos específicos:

Conocer y describir las habilidades cognoscitivas más afectadas en los pacientes con esquizofrenia paranoide.

Conocer y describir las habilidades cognoscitivas que se mantienen en los pacientes con esquizofrenia paranoide.

## 1.3. Importancia de la Investigación:

La Esquizofrenia es una enfermedad mental crónica, que puede presentarse en cualquier persona; ya sea hombre o mujer, y de cualquier condición socioeconómica; Gargoloff y Plastina (2002), sostienen que dicha enfermedad es relativamente común, ya que se estima que alrededor de una de cada 100 personas, la padecerá en el transcurso de su vida.

Chávez, en 1987, señala que en los años de 1965 á 1979, el número de casos de esquizofrenia se mantuvo en cada año en un porcentaje promedio de  $4,5\% \pm 0,57$ ; del total de pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental Honorio Delgado; siendo así, que del total de 21 888 pacientes atendidos durante ese lapso de tiempo, 986 se diagnosticaron esquizofrénicos de todas las formas clínicas consideradas.

De estos pacientes, al 41,9% le corresponde el tipo paranoide; siendo el resto del porcentaje distribuido en los tipos: catatónicos, hebefrénicos, simples, mixtos, atípicos, esquizo – afectivos, entre otros.

Usualmente, se reconoce a la esquizofrenia como una enfermedad grave, en la cual la persona presenta una alteración en la percepción de la realidad; pudiendo presentar así, alucinaciones visuales o auditivas; o tener delusiones o falsas creencias (de persecución, daño, etc.), que no pueden cambiar o atenuar.

Estas características propias de la enfermedad, dan lugar a estigmas y diversas reacciones ante dichos pacientes; los cuales se manifiestan en la comunidad en general y especialmente en el ámbito familiar.

Al ser la esquizofrenia una enfermedad de características muy complejas, se hacen necesarias las investigaciones cualitativas y cuantitativas para la mejor comprensión de la enfermedad y sobre todo de la persona que la padece; y así evitaremos prejuicios infundados que incentivan la institucionalización y por otro lado, obstaculizan la rehabilitación y reinserción del paciente a la sociedad. O en todo caso, al conocer mejor dicho trastorno, ser más comprensivos y tolerantes con las personas que lo padecen, y proporcionar al mismo tiempo una mejor orientación a la familia y comunidad en general.

En cuanto al factor intelectual que buscamos describir en el presente trabajo, Morocho, en 1974, basándose en Piaget (1928) refiere que la capacidad intelectual ordena y controla la realidad que nos rodea, permitiéndonos desenvolvernos en nuestro

mundo circundante, siguiendo una secuencia sucesiva de adaptaciones y readaptaciones, ligadas a una infinidad de situaciones por las que pasamos. Morocho (1974) también señala que una capacidad intelectual disminuida produce condiciones desfavorables para hacer frente a la vida; de modo que el ser humano entraría a una invalidez mental, ya que la inteligencia es considerada como el instrumento más indispensable de los intercambios entre el sujeto y el Universo.

Investigar acerca de las habilidades cognoscitivas de los pacientes esquizofrénicos, nos acercará a su forma de percibir su mundo circundante y de cómo se daría el proceso de adaptación a éste.

Recordemos que el desorden intelectual, es asociada a ésta enfermedad, por su alta frecuencia en la casuística. Grinker y col (1973), nos dice por ejemplo que entre sus jóvenes esquizofrénicos moderados y no – psicóticos, hay una dificultad en la capacidad intelectual, pese a la inteligencia normal o superior.

Por otro lado, si consideramos la edad cronológica de estos pacientes; observaremos que dicha enfermedad usualmente aparece en personas jóvenes; aproximadamente entre los 15 y 30 años de edad. Jóvenes, que al mismo tiempo, poseen dificultades para su adaptación y desempeño laboral; ya que manifiestan síntomas como: dificultades para relacionarse con los compañeros de trabajo y con las figuras de autoridad, déficit en el interés y concentración de las actividades realizadas, lentitud y poca persistencia en el trabajo, dificultades para la comprensión de instrucciones y el desempeño mismo de la labor; dando como resultado todo esto a una baja calidad en la producción del trabajo, a pesar de encontrarse propiamente en la edad de trabajar.

Esta condición de discapacidad, recalando en una edad entre adolescencia y adultez temprana, repercute en la familia como la pérdida de una posibilidad de ingreso, al verse limitado laboralmente; y por otro lado, al poder convertirse en una “carga familiar”; ya que se ven involucrado los gastos en medicamentos y terapias.

En miras de la reinserción social y laboral, es que se desarrolla el proceso de Rehabilitación Psicosocial y Profesional; en los cuales, la psicoeducación ocupa un papel fundamental para la adquisición y desarrollo de habilidades sociales, habilidades para el trabajo, y destrezas para el desempeño en una labor apropiada.

Es entonces que valorar la capacidad de aprender se hace indispensable. Por tanto, anotamos lo señalado por López, en 1974; según la cual, evaluar la inteligencia nos será útil para:

- “Tener un juicio sobre la complicación de la tarea que cabe esperar domine el paciente.
- Valorar la facilidad de aprendizaje en áreas específicas, al mismo tiempo, detectar sus deficiencias, de manera que el programa de Rehabilitación se adecue a cada personalidad de acuerdo a sus posibilidades.”

## 1.4. LIMITACIONES:

Una de las limitaciones para el desarrollo de la presente investigación, tiene que ver con las características de la muestra; ya que trabajar con pacientes que padecen de esquizofrenia paranoide, implica un conjunto de condiciones a tener muy en cuenta en la aplicación de los instrumentos.

Muchos pacientes, presentan un desempeño lento para el desarrollo de los instrumentos, en relación con las personas “normales”, añadiéndose además una predisposición a la fatiga frente a las pruebas psicológicas de larga duración. Es por ello, que para la ejecución de las pruebas de inteligencia de WAIS – R y Matrices Progresivas de Raven, se requiere disponer un mayor tiempo para evaluar estos casos. Asimismo, aunque los pacientes presenten una historia relativamente larga de enfermedad, con la consiguiente intervención, tratamiento y seguimiento que se prolonga hasta la fecha actual; no obstante, no todos logran un estado de mejoría parejo o uniforme ya que en algunos casos aún se observa la somnolencia, las repuestas extravagantes y los comportamientos (rituales o perseveraciones) ineficientes para el desarrollo de las pruebas. Esto aunque no suceda significativamente en la mayoría de los casos, constituye también una característica importante a tener en cuenta para el estudio de dicha enfermedad, y que interfiere en los resultados de las evaluaciones.

Por otro lado, encontramos que otra limitación en el empleo del instrumento de WAIS – R, es la falta de un baremo nacional, lo cual proporcionaría a los resultados de la presente investigación un acercamiento más preciso de las limitaciones y posibilidades de nuestros pacientes, frente a la realidad local.

La selección de la muestra también constituye una fuente de dificultad, ya que al buscar uniformizarla, a través de los criterios de inclusión y exclusión tales como la edad de entre 18 á 35 años, y el grado de instrucción mínimo de secundaria completa, el número de casos disponibles con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, se verá de este modo reducido.

También se apreciará cierta heterogeneidad en esta población, ya que junto con el diagnóstico esquizofrenia paranoide, pueden presentarse además en estos pacientes, otros diagnósticos característicos de esta enfermedad, tales como depresión y ansiedad; o incluso diagnósticos diferentes como desorden obsesivo compulsivo o farmacodependencia. Para la presente investigación no excluirémos tales casos de “doble diagnóstico”, salvo por aquellos pacientes detectados con compromiso orgánico. Por otro lado, en algunos casos, se produce el cambio de diagnóstico por el médico tratante. Esto se observa debido a que en el transcurso de la enfermedad o el tratamiento, el paciente desarrolla otros síntomas o atenúa los ya adquiridos. También puede ocurrir que el cambio en el diagnóstico se produzca por una predominancia en los síntomas de un determinado diagnóstico sobre otro que de forma más sutil, continua presente. Esto puede ser un motivo de discusión, ya que aparentemente el sujeto pueda eventualmente salir de las características de la muestra.

Finalmente, observamos un bajo interés general en el trabajo con este tipo de pacientes, lo cual se ve reflejado en las escasas investigaciones realizadas respecto a esta enfermedad.



# CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

## 2.1. Antecedentes del Estudio:

Tejada, (1976), en su tesis “Desarrollo de un plan de Salud Mental en el Perú: Proyecto Barranca”, presentada en la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Encontró entonces que los promedios de permanencia en las instituciones psiquiátricas del país, eran altas; siendo mayores los tiempos de internamiento en pacientes procedentes de lugares distintos al del establecimiento; que carecen de vínculos familiares y sociales; y que por otro lado, no tenían historia ocupacional y su nivel de educación era bajo. Además se encontró que el grupo de pacientes sin experiencia ocupacional fue numéricamente mayor y, a la vez obtuvieron un promedio de permanencia más alto (130 meses), en comparación con los que sí tenían experiencia de trabajo, quienes alcanzaron un promedio relativamente menor (112 meses). Se propuso entonces que la diferencia se debía a que la patología dificultó la adquisición de una capacidad ocupacional.

Se evidencia de este modo, la probable disminución de las habilidades cognoscitivas, que limitó la adquisición de la capacidad laboral. En todo caso, obtuvieron mejor pronóstico aquellos pacientes que lograron desarrollar una habilidad laboral, ya que su tiempo de internamiento fue menor, en comparación con aquellos pacientes que no

lograron desarrollar habilidades laborales, mostrando al mismo tiempo indicios de privación.

Valencia y cols. (2002), en su investigación "La importancia de los Tratamientos Farmacológicos y Psicosocial de los pacientes con Esquizofrenia." Llevada a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México D. F. Corroboran la importancia del tratamiento psicosocial, como complemento del uso de los medicamentos antipsicóticos. Se obtuvieron importantes resultados tanto en la actividad global y el nivel de funcionamiento psicosocial; es decir, respecto a su desempeño de roles ocupacional, social, económico, pareja/sexual y familiar. Se vio incrementada de forma significativa en aquellos pacientes que complementaron su tratamiento farmacológico con el psicosocial, en contraste con aquellos sujetos que sólo se sometieron al tratamiento farmacológico, quienes obtenían una diferencia en sentido negativo (es decir, se inclinaron más al nivel de insatisfacción), o también, incrementaban en un 0.1, lo cual constituía una mínima diferencia, que más bien representaba una diferencia de grado, dentro del mismo nivel de satisfactorio, neutral o indiferente.

Dicha investigación, nos demuestra que los pacientes con esquizofrenia son capaces de aprender y desarrollar habilidades psicosociales, si son entrenados adecuadamente en un programa terapéutico. Sin embargo, al elaborar dichos programas de entrenamiento, será necesario conocer sus capacidades cognoscitivas, para la consecución eficaz de nuestros objetivos.

Gargoloff y Plastina, en su artículo "Impacto individual, social y económico de la Esquizofrenia", publicado en la Revista latinoamericana de psiquiatría del 2002; sostienen que pese a no existir una completa recuperación en los pacientes con dicha enfermedad, sin embargo, hoy es posible lograr una recuperación parcial compatible con cierta calidad de vida en cuanto a trabajo, capacitación, recreación y vida en la comunidad en general, merced a la reciente farmacoterapia, la psicoterapia individual y grupal, la psicoeducación y la rehabilitación. Enfatizan además, en las ventajas del uso de los antipsicóticos de segunda generación o atípicos, ya que a diferencia de los antipsicóticos de primera generación que sólo controlan los síntomas positivos, produciendo frecuentes efectos secundarios; los atípicos, amplían las posibilidades de respuestas favorables, ya que no sólo controlan los síntomas positivos, sino que también, alivian los síntomas negativos; además de los síntomas afectivos como la depresión, controlan la disfunción cognoscitiva (memoria, concentración), contribuyen con la recuperación del desempeño funcional (relaciones familiares y sociales, aptitud laboral).

Chávez (1987), en su tesis para optar el grado de Doctor en Medicina, "Esquizofrenia latente: parámetros predictivos, estudio comparativo de una casuística institucional", presentada, en la Universidad Peruana Cayetano Heredia; encuentra que el compromiso intelectual se coloca entre los 3 síntomas más frecuentes de los pacientes esquizofrénicos, con una frecuencia porcentual de 71,6. En este aspecto intelectual, señala a los siguientes autores:

- Grinker y col, (1973), quienes refieren que entre sus jóvenes esquizofrénicos moderados y no – sicóticos, hay una dificultad en la capacidad intelectual, pese a la inteligencia normal o superior.



- Nyman y col (1978), encuentran en pacientes esquizofrénicos que el funcionamiento cognitivo es regresivo.
- Chapman (1966), menciona solamente “disfunción cognitiva” en sus incipientes.
- Nyman y Jonson (1983), en esquizofrénicos no –regresivos, señalan “dificultades para la concentración subjetiva”.
- Weiner (1962), menciona a Knight, quien describe en pacientes fronterisos, las dificultades en la integración de estímulos, formación de conceptos, sentido de la realidad, juicio y dominio de los impulsos. Asimismo, Weiner describe al pensamiento alterado de la siguiente forma: “En el pensamiento hay expresiones peculiares, condensaciones, indiferencias arbitrarias, neologismos, pensamiento mágico, sentimientos de impotencia personal, extravagantes fantasías sexuales, deducciones infundadas en cuanto a la conducta de las personas, confusión de la propia personalidad con la del papel que se atribuye a sí mismo”.

Respecto a los predictores pronósticos, Chávez, señala que existe una correlación entre el grado de instrucción y el nivel intelectual; encontrándose que, el nivel intelectual es un indicador de buen pronóstico, al igual que el nivel educacional. Sin embargo, esta correlación de mayor nivel intelectual, mejor pronóstico, aún no ha sido suficientemente demostrado.

Morocho (1974), en su trabajo de investigación “Comparación del rendimiento intelectual de pacientes neuróticos y pacientes con alteración orgánico cerebral”, tesis para optar el grado de bachiller, presentada en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, consideró para esta investigación, una muestra de pacientes que fluctuaban entre las edades de 20 á 45 años, y grados de instrucción de secundaria y superior. Utilizó también la escala de inteligencia Wechsler para adultos (WAIS), como instrumento de medición.

De este modo, obtuvo los siguientes resultados:

- En el grupo neurótico:
  - Disminución en los niveles de conceptualización y poco enjuiciamiento de las cosas.
  - Disminución en la capacidad de expresión y riqueza verbal.
  - Disminución de la atención y concentración, la que se halla bloqueada debido a la interferencia de procesos emocionales.
  - Menor rendimiento en los subtest de retención de dígitos y aritmética, correspondientes a la escala verbal, lo que nos indica poca capacidad atencional y de concentración frente a estímulos verbales presentados.
  - El rendimiento en la escala de ejecución, se mantuvo igual al grupo “normal”.
- En el grupo orgánico – cerebral:
  - Fallas en la capacidad de enjuiciamiento para la formación de conceptos

perceptuales, pudiendo causar desajustes sociales.

- Disminución en el registro selectivo de estímulos en la conciencia.
- Disminución en la abstracción de los aspectos esenciales del problema y las relaciones implicadas por éste.
- Deficiencias en la organización visual y campo perceptual.
- Deficiencias en la coordinación motora y en la anticipación.
- Poco sentido de planeamiento en determinadas situaciones.
- Menor rendimiento en los subtest de dígito – símbolo, ordenamiento de figuras y composición de objetos, correspondientes a la escala ejecutiva, indicándonos las fallas psicomotoras.

Wechsler (1955), en su “Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale”, publicada por el Departamento de Psicología del Hospital Psiquiátrico Bellevue en New York; dicho manual del WAIS original, con respecto a los pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide, señala las siguientes observaciones:

- La relación “fuera del patrón” (dígitos, mejor que aritmética), es más rara incluso que en los grupos esquizofrénicos sin clasificar; de los cuales, en los crónicos sin clasificar, Wechsler señala que no se muestra dicha relación “fuera del patrón”, sino que se presenta en cambio, una disminución extrema de ambas subescalas (Retención de dígitos y Aritmética).
- Los conceptos verbales (semejanzas) no se hallan disminuidos en los casos agudos, sino que la disminución aumenta con la cronicidad y el deterioro, lo cual constituye un importante auxiliar para el diagnóstico diferencial.
- La anticipación (ordenamiento de figuras) se halla sumamente disminuida.
- También la velocidad psicomotriz (dígito símbolo) puede hallarse considerablemente disminuida.
- En general, es característico de los esquizofrénicos paranoides el descenso del nivel ejecutivo de tipo depresivo.
- El diagnóstico diferencial del carácter agudo, crónico o deteriorado de una esquizofrenia paranoide puede basarse en los siguientes hechos:
  - Los casos agudos muestran típicamente una excelente preservación de las Semejanzas y una buena conservación de la Información, pero constituyen el grupo peor en la Composición de Objetos y Dígito – Símbolo.
  - Los casos crónicos están relativamente más aplanados en su dispersión que los agudos, y se distinguen de ellos por su disminución en Información y Semejanzas.
  - Los casos deteriorados son los que presentan la mayor disminución del juicio (Comprensión), de la atención (Dígitos), de la concentración (Aritmética) y de la capacidad de anticipación y planeamiento (Ordenamiento de Figuras), y en contraste con los grupos agudos y crónicos, tienden a mostrarse eficientes en la

---

Composición de Objetos.

- Tanto en los esquizofrénicos sin clasificar como en los paranoides, la mayor dispersión se da en los deteriorados; en segundo lugar, en los agudos, y en tercer lugar, en los crónicos.

## 2.2. Bases Teórico – científicos:

### 2.2.1. Psicosis Esquizofrénicas:

---

Sell y Nagaswami (1996), destacan que aún existe cierta ignorancia en la comunidad respecto al tema de los desórdenes mentales, dichos autores describen las reacciones de la mayoría de las personas cuando se encuentran ante alguien que sufre de desórdenes mentales; estas reacciones son:

- Miedo: se piensa que la persona puede ser peligrosa, violenta e impredecible.
- Cólera: ya que su conducta es molesta, embarazosa o difícil de controlar.
- Frustración: porque la persona está sufriendo y nadie sabe cómo ayudarlo.
- Disgusto, evitación e indiferencia: puede ser que el paciente esté sucio y descuidado e inspire miedo al daño y a la impulsividad.
- Risa, ridiculez, curiosidad, tomadura del pelo: ya que el paciente puede hacer cosas extrañas y no se puede comprender lo que hace o dice.
- Aislamiento social, rechazo, estigma: se excluye a la persona de la vida familiar y de las demás situaciones sociales.
- Sentimientos de culpa: en los miembros de la familia, pues creen que son responsables en algún modo porque su pariente tenga esa enfermedad.

Dichas reacciones, según los autores son normales ante algo tan extraño como la enfermedad mental; es por ello, que se necesita educar a las personas acerca de los desórdenes mentales, para cambiar tales actitudes hacia ellos. Al mismo tiempo, se hacen necesarias las investigaciones con el fin de conocer acerca de la enfermedad mental y de cómo podemos ayudar eficazmente, tanto al paciente como a su familiar.

#### 2.2.1.1. Psicosis:

Es definida como el grupo de trastornos mentales que se caracterizan por la afectación intensa del juicio de realidad, con una importante incapacidad para distinguir el mundo interno del mundo externo, en sus relaciones consigo mismo y con los demás. Suelen acompañar a las psicosis una intensa regresión de la conducta y trastorno de la percepción, y su incapacidad para controlar sus impulsos, y de organizar las funciones.

Las psicosis se subdividen en 2 grandes grupos:

- Las orgánicas, en las que existe una causalidad somática en forma de patología cerebral conocida;
- Las funcionales o endógenas, en las que no se conoce una causa somática desencadenante, y en las que considera que coexisten multiplicidad de factores, ya sean somáticos, psíquicos, sociales, y que no son muy bien conocidos, pero que determinan y producen la enfermedad o trastorno.

### 2.2.1.2. Esquizofrenia:

En 1911, Bleuler, introduce este término de “esquizofrenia”, para designar lo que Kraepelin denominaba “demencia precoz”; ya que según Bleuler, la enfermedad no se trataba de una “demencia” o mente disminuida, sino más bien, de un estado inarmónico de la mente.

De acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades, la esquizofrenia se caracteriza en general, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada.

El curso de esta enfermedad es crónico; evolucionando por etapas diferentes, hacia un deterioro intelectual y afectivo que puede concluir a menudo en estados de aspecto demencial y que suele constituir un rasgo fundamental.

En cuanto a los síntomas de esta enfermedad, consideramos más precisa la clasificación presentada por Andreasen (1982), quien agrupa el amplio rango de síntomas de la esquizofrenia en 2 categorías: positivos o síntomas floridos, y negativos o síntomas de defecto.

#### **A) Síntomas Positivos:**

Se refiere a la distorsión o exageración de una función. Así por ejemplo, oír es una función normal, sin embargo, cuando alguien oye que lo llaman, y esto no es así, entonces decimos que la función es anormal. Estos síntomas positivos, usualmente ocurren en los estados iniciales de la enfermedad, y en las fases de recaída o crisis. Además, de acuerdo con Kaplan y cols (1996), incluyen las siguientes:

- *Alucinaciones*: o percepciones falsas. Las cuales pueden ser auditivas, de voces que comentan, voces que conversan, somáticas – táctiles, olfatorias y visuales.

- *Ideas Delirantes*: o falsas creencias que no pueden ser cambiadas y que los demás no comparten. Incluyen las ideas persecutorias, celotípicas, de culpa o pecado, de grandiosidad, religiosas, somáticas, los delirios de referencia, los delirios de ser controlado, los delirios de lectura del pensamiento, la difusión del pensamiento, la inserción del pensamiento y el robo del pensamiento.

- *Conducta extravagante*: que comprende aspectos como el vestido y la apariencia, la conducta sexual y social, la conducta agresiva y/o agitada, la conducta repetitiva o estereotipada.

- *Trastornos formales del pensamiento*: ya sea en el curso, como también en el contenido del pensamiento. Tales trastornos, Kaplan y cols (1996), los enumeran como:

descarrilamiento, tangencialidad, incoherencia, illogicalidad, circunstancialidad, presión del habla, distractibilidad y asonancia.

### **B) Síntomas Negativos:**

Se refiere a la disminución o ausencia de una función. Pueden presentarse antes, durante y después de la fase aguda (del inicio y la recaída). Estos síntomas tienden a persistir, pudiéndose observar predominantemente en sus fases finales; existiendo evidencia de que estos síntomas negativos responden menos al tratamiento con neurolépticos. Según Kaplan y cols (1996), incluyen:

- *Aplanamiento afectivo*: La persona parece poco o nada sensible; su rostro está invariable o poco expresivo, presenta una disminución de los movimientos espontáneos, hay escasa gestualización, evita el contacto visual, está apático y muestra pocas emociones en cualquier situación y presenta una pérdida de la entonación.

- *Alogia*: Comprende la pobreza del lenguaje, la pobreza en el contenido del lenguaje, los bloqueos y el incremento de la latencia de respuestas.

- *Abulia*, apatía: manifestándose en el aseo e higiene deficientes, la inconsistencia en el trabajo y la falta de energía, cansándose al menor esfuerzo, o sintiéndose cansado todo el tiempo.

- *Anhedonia* – Asociabilidad: Tiene poco contacto social y dificultad para establecer relaciones con los demás; presentando al mismo tiempo, poco interés y participación en las actividades recreativas y en el aspecto sexual.

- *Inatención*: manifestándose que sus capacidades para prestar atención, concentrarse, recordar y comprender algo están disminuidas.

### **2.2.1.3. Tipos de Esquizofrenia:**

De acuerdo con las definiciones presentadas en el CIE – 10, se señalan los siguientes principales tipos de esquizofrenia:

- *Esquizofrenia Hebefrénica*: Es la forma de esquizofrenia en la cual hay importantes cambios afectivos, delirios y alucinaciones fugaces y fragmentarios, comportamientos irresponsables e impredecibles, en tanto que son frecuentes los manierismos. El humor es superficial e inadecuado. El pensamiento se halla desorganizado y el lenguaje es incoherente. Hay tendencia al aislamiento social. Por lo común el pronóstico es sombrío, debido al rápido desarrollo de síntomas negativos, especialmente de un aplanamiento del afecto y de una pérdida de la volición. Normalmente debe diagnosticarse hebefrenia sólo en adolescentes o en adultos jóvenes.

- *Esquizofrenia Catatónica*: Predominan importantes perturbaciones psicomotoras, las cuales pueden alternar entre extremos tales como la hiperkinesia y el estupor o entre la obediencia automática y el negativismo. El paciente puede mantener posiciones y actitudes forzadas durante largos períodos. Una característica llamativa de esta afección son los posibles episodios de excitación violenta. Los fenómenos catatónicos pueden combinarse con un estado onírico, con alucinaciones escénicas vívidas.

- *Esquizofrenia Paranoide*: En este diagnóstico, predominan los delirios relativamente

estables, a menudo de tipo paranoide, los cuales se acompañan usualmente de alucinaciones, sobre todo del tipo auditivo, y de perturbaciones de la percepción.

La esquizofrenia paranoide, es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. De acuerdo con algunos autores, no hay perturbaciones del afecto, ni de la volición, ni del lenguaje, como tampoco hay presencia de síntomas catatónicos, o bien esta sintomatología es relativamente poco notoria; es decir, generalmente no involucra la desorganización en el comportamiento, que se observa en otros subtipos del trastorno de la esquizofrenia. Al mismo tiempo, se manifiesta una conservación relativa de las funciones cognoscitivas y de la afectividad.

Los temas de delirio y de alucinación pueden ser muy variados, entre ellos se pueden observar los siguientes:

- Temas autorreferenciales: creen que la gente murmura, cuchichea y habla de ellos, lo que les puede llevar a agresiones en respuesta a esas amenazas.
- Temas de influencia: siente que su pensamiento, sentimientos y sensaciones están siendo manipuladas por otros que los controlan, lo que les puede llevar a adoptar medidas de aislamiento físico o a dirigir agresiones contra esas supuestas personas.
- Temas de persecución: se sienten perseguidos, amenazados y que su vida corre peligro.
- Temas de grandeza.
- Temas religiosos
- Temas de celos.

El curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados. El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica.

- *Esquizofrenia Indiferenciada*: Afecciones psicóticas que cumplen con los criterios diagnósticos generales señalados para la esquizofrenia pero que no se ajustan a ninguno de los subtipos descritos, o bien exhiben las características de más de uno de ellos sin claro predominio de ningún conjunto de rasgos diagnósticos en particular.

### 2.2.2. Personalidad e Inteligencia.-

---

Wechsler (1955), refería que la inteligencia era parte de algo superior, como era la personalidad, ya que no se puede separar a la inteligencia del resto de la personalidad, tomándose en cuenta los tantos factores que contribuyen a la inteligencia efectiva total del individuo. Matarazzo (1976), señala que Wechsler consideraba que toda prueba de inteligencia medía algo más que la aptitud intelectual, es decir, que incluso mide ciertos rasgos temperamentales como la perseverancia, el esfuerzo, la motivación y la energía.

Con respecto al concepto de la personalidad, muchos especialistas coinciden en recalcar la complejidad de la personalidad humana y en incluir en su concepto un amplio

y variado conjunto de características intrapsíquicas, comportamentales, biológicas y socioculturales, que se ponen de manifiesto en una variada gama de situaciones y contextos, con los cuales interaccionan y que hacen que un individuo sea él mismo y no otro, sean cuales sean las circunstancias de la vida en las que se encuentre. Belloch y col. (2002), refieren que uno de los elementos clave de la personalidad es el hecho de que permanece relativamente estable a lo largo de toda la vida; y este factor, caracteriza tanto a las personalidades sanas o “normales”, como también a las “anormales” o perturbadas. Así, cuando se habla de una personalidad “anormal”, patológica o trastornada, se hace referencia a todo el modo de ser de un individuo y no a aspectos concretos o parciales. Es decir, cuando se habla, por ejemplo, de un individuo que tiene una depresión, podría referirse que esa persona presenta una alteración o un cambio en su modo de ser o comportarse habitual, pero suponemos que se trata de una alteración precisamente porque esa persona normalmente no es así, ni se comporta o expresa de ese modo. En el paciente con esquizofrenia, se observa muchas veces que su modo de ser habitual puede ser enfermizo, patológico o anormal, puesto que muchas de sus conductas no son comunes al resto de las personas, no solo por la presencia de los síntomas positivos, sino también, al encontrarse bajo tratamiento, por la presencia de los síntomas negativos y la discapacidad resultante. Dicha discapacidad al mismo tiempo, conlleva a una minusvalía, la cual se manifiesta al no poder desempeñarse tal como cabría esperarse de dicho sujeto, teniendo en cuenta su edad, contexto sociocultural, formación, etc.

Belloch y col. (2002), enfatizan que los trastornos de la personalidad se caracterizan por el limitado repertorio de conductas, el cual resulta reiterativo e inflexible, es decir, que cambia muy poco en función de las demandas y las situaciones, lo cual conlleva a un modo de ser y comportarse poco adaptativo; y que al mismo tiempo, implicaría una limitación en su capacidad de aprender nuevos modos de comportarse, expresarse y relacionarse con los demás. Ello podría explicar, además, el porqué las personas que padecen de la enfermedad de la esquizofrenia, resultan especialmente vulnerables y frágiles ante el estrés resultante de tener que afrontar situaciones nuevas que requieren el desarrollo de nuevas estrategias comportamentales.

Respecto a los conceptos de inteligencia, Cerdá (1965) refiere que muchas definiciones enfatizan en dos aspectos: el considerar a la inteligencia como la capacidad para manejar y comprender símbolos abstractos y relaciones; o, como se prefiere enfatizar en la presente investigación, se la considera como la capacidad para adaptarse a nuevas situaciones, aprovechándose de anteriores experiencias, con lo que de este modo, se identifica a la inteligencia con la capacidad de aprendizaje.

### **2.2.3. La Inteligencia según el enfoque factorialista:**

---

En 1904, Spearman publica su trabajo “La inteligencia General determinada y medida objetivamente”; en el cual, para la determinación de la inteligencia, aplica el método del cálculo del coeficiente de correlación de Karl Pearson, sentando así, las bases del análisis factorial; y el origen de todo el grupo de test factoriales, y entre ellos, el numeroso grupo de test de inteligencia tanto para adultos como para niños; dando así, un

vigoroso impulso a la psicología científica.

El análisis factorial, es un método matemático, que consiste en esencia, en administrar determinado número de test a un grupo de sujetos, calcular las correlaciones entre todos los test y someter estas correlaciones a un análisis matemático cuya finalidad estriba en poner al descubierto el orden que esas correlaciones implican.

Thurston (1931), corrobora las conclusiones de Spearman, ya que concluye que las aptitudes cognoscitivas se pueden expresar en función de un número relativamente crecido de factores comunes, o aptitudes primarias, distintas pero no independientes entre sí, puesto que presentan correlaciones diversas.

El análisis de estas intercorrelaciones ha conducido al hallazgo de factores de segundo orden, y muy especialmente, a un factor general, es decir, se trata entonces de una estructura mental, con "subconjuntos de la mente, distintos pero no independientes, que se interpretan como funciones cognoscitivas peculiares.

Wechsler (1955), siguiendo la línea factorialista, consideraba que la inteligencia, compuesta de elementos o capacidades cualitativamente diferentes, es la capacidad global del individuo para actuar con un propósito determinado, pensar racionalmente y enfrentarse a su medio ambiente en forma efectiva. Wechsler tendía a una definición integral de la inteligencia, en la que consideraba a ésta como una capacidad global, conformada a su vez por factores o aptitudes específicas que aunque no enteramente independientes, son diferenciables cuantitativa y cualitativamente.

En la presente investigación, se emplea además el test de Matrices Progresivas de Raven, el cual mide la habilidad mental general, que equivaldría a lo que Wechsler llamaba "capacidad global" o lo que Spearman denominaba "factor g" o "inteligencia general". De este modo, la habilidad mental general, se considera como el factor común y fundamental de todas las habilidades cognoscitivas de un mismo individuo; ya que interviene aunque en distintos grados en todas las habilidades cognoscitivas. Dicha intervención, además de resultar constante en las habilidades cognoscitivas de un mismo individuo, sin embargo, varía de un individuo a otro; es por ello que se utiliza el test de Matrices Progresivas de Raven para la medición interindividual (de uno a otro individuo).

Raven (1986) señalaba que dicho test, informaba acerca de la capacidad presente del examinado para la actividad intelectual en el sentido de su más alta claridad de pensamiento en condiciones de disponer de tiempo ilimitado. Cada figura geométrica, implica un patrón de pensamiento incompleto; es decir, cada figura representa la madre o fuente de un sistema de pensamiento. La serie completa integra una escala de matrices en orden de complejidad creciente construida de manera que se revisa, en la forma más completa posible, los sistemas de pensamiento del desarrollo intelectual. Por tanto la tarea interna que debe realizar el examinado, se trata de desarrollar un test perceptual de observación, comparación y razonamiento analógico. El examinado debe descubrir la matriz de pensamiento implicada en cada figura y para ello debe realizar una tarea de observación, comparación y razonamiento analógico.

Este enfoque factorialista, aunque pueda objetarse por su antigüedad, algunos enfoques modernos que tratan acerca de la inteligencia, resultan similares a éste; tal como la teoría de las inteligencias múltiples de Gardner (1998), la cual, aporta la



definición de la inteligencia como una capacidad, o una destreza que se puede desarrollar; este enfoque, va en contraposición a la opinión de que la inteligencia es innata e inamovible, es decir, se nace inteligente o no, y la educación no puede cambiar ese hecho. Esta premisa, constituye incluso, uno de los estigmas de la esquizofrenia y otras enfermedades mentales, ya que en épocas muy cercanas a los deficientes psíquicos no se les educaba, porque se consideraba que era un esfuerzo inútil.

Según la teoría de las inteligencias múltiples, todos nacemos con unas potencialidades marcadas por la genética. Pero esas potencialidades se van a desarrollar de una manera o de otra dependiendo del medio ambiente, nuestras experiencias, la educación recibida, etc. Ningún deportista de élite llega a la cima sin entrenar, por buenas que sean sus cualidades naturales. Lo mismo se puede decir de los matemáticos, los poetas, o de la gente emocionalmente inteligente.

Gardner (1998) añade que igual que hay muchos tipos de problemas que resolver, también hay muchos tipos de inteligencia, identificado ocho tipos distintos:

- *Inteligencia Lógica* - matemática - la que utilizamos para resolver problemas de lógica y matemáticas. Es la inteligencia que tienen los científicos. Se corresponde con el modo de pensamiento del hemisferio lógico y con lo que culturalmente, se ha considerado siempre como la única inteligencia.

- *Inteligencia Lingüística*, la que tienen los escritores, los poetas, los buenos redactores. Utiliza ambos hemisferios.

- *Inteligencia Espacial*, consiste en formar un modelo mental del mundo en tres dimensiones, es la inteligencia que tienen los marineros, los ingenieros, los cirujanos, los escultores, los arquitectos, o los decoradores.

- *Inteligencia Musical*, es la de los cantantes, compositores, músicos, bailarines.

- *Inteligencia Corporal* - kinestésica, o la capacidad de utilizar el propio cuerpo para realizar actividades o resolver problemas. Es la inteligencia de los deportistas, los artesanos, los cirujanos y los bailarines.

- *Inteligencia Intrapersonal*, es la que nos permite entendernos a nosotros mismos. No está asociada a ninguna actividad concreta.

- *Inteligencia Interpersonal*, la que nos permite entender a los demás, y la solemos encontrar en los buenos vendedores, políticos, profesores o terapeutas.

La inteligencia intrapersonal y la interpersonal conforman la inteligencia emocional y juntas determinan nuestra capacidad de dirigir nuestra propia vida de manera satisfactoria.

- *Inteligencia Naturalista*, la que utilizamos cuando observamos y estudiamos la naturaleza. Es la que demuestran los biólogos o los herbolarios.

La Palma (2001), señala que todos tenemos las ocho inteligencias en mayor o menor medida. Al igual que con los estilos de aprendizaje no hay tipos puros, y si los hubiera les resultaría imposible funcionar. Un ingeniero necesita una inteligencia espacial bien desarrollada, pero también necesita de todas las demás, de la inteligencia lógico matemática para poder realizar cálculos de estructuras, de la inteligencia interpersonal

para poder presentar sus proyectos, de la inteligencia corporal - kinestésica para poder conducir su coche hasta la obra, etc.

### 2.2.4. Habilidades Cognoscitivas:

---

Whitmer (1941), dudaba que realmente exista cualquier entidad a la que verdaderamente pueda denominarse “inteligencia”, y por ello, prefirió abordar el problema de la inteligencia a través de la conducta, es decir, que es más adecuado decir que una persona se comporta o actúa inteligentemente, que decir que tiene inteligencia.

Fue Eysenck (1979) quien prefirió emplear el término “habilidad”, en lugar de “Inteligencia”; definiendo la habilidad o aptitud, como las condiciones necesarias para realizar exitosamente una actividad particular más o menos compleja, que exige un período previo de adiestramiento y práctica, y que suele tener una función utilitaria. Así, tenemos por ejemplo, actividades como: conducir un carro, escribir a máquina, jugar al tenis, etc. Podría decirse que una persona tiene habilidad para realizar alguna de esas tareas, cuando su ejecución es óptima; por tanto, la noción de habilidad en este sentido, se centra en el nivel de rendimiento del sujeto.

Palomino (1979), considera que la habilidad es la capacidad o potencialidad de una persona para el aprendizaje y la realización adecuada de una tarea o actividad.

Neira (1993), por su parte, define una habilidad como la aptitud natural para adquirir de manera general o particular conocimientos o destrezas específicas, resaltando en dicha definición tanto a la condición innata del sujeto, como también al proceso de aprendizaje. Aclarando además con esto, que si bien las habilidades pueden desarrollarse mediante la práctica, la maduración impone a su vez, límites a este desarrollo. Siendo que sin embargo, mientras más habilidades posea el sujeto, mayor será su capacidad para aprender nuevas tareas.

Análogamente a las funciones cognoscitivas, se consideran a los diversos tipos de habilidades, que no se presentan de manera aislada, sino que por el contrario, se encuentran jerárquicamente estructuradas, en un número diverso de niveles, según cada autor, y que van de lo general a lo específico; o que se comprenden en una gran “habilidad general”, que se identifica con la inteligencia o habilidad intelectual general, la cual, a su vez está compuesta por habilidades específicas relacionadas con algunos tipos de ejecuciones.

Puntualizando, de este modo, tenemos que las habilidades cognoscitivas comprenden la parte del comportamiento humano, orientado hacia la obtención y procesamiento de la información; es decir, hacia el incremento del conocimiento, manifestándose a través de la ejecución de cada tarea en particular. Estas actividades también se caracterizan por la utilización del razonamiento, la lógica, la abstracción y el simbolismo.

Según diversos autores, tenemos varias habilidades cognoscitivas:

- Thurstone (1967), consideraba las siguientes habilidades “primarias”:

- Razonamiento,
- Fluidez verbal,
- Aptitud verbal,
- Aptitud Numérica,
- Memoria mecánica,
- Aptitud espacial.

Neira (1993), nos señala que desde un punto de vista psicológico, las principales habilidades cognoscitivas son:

- Capacidad de aprendizaje conceptual,
- Capacidad de razonamiento abstracto,
- Capacidad verbal,
- Capacidad numérica.

Tomando en cuenta el proceso enseñanza – aprendizaje, Neira (1993), menciona a los siguientes autores:

- Vernon (1970), indica que las habilidades cognoscitivas más estrechamente vinculadas al proceso enseñanza – aprendizaje, aparecen en el siguiente orden:

1º Comprensión y Razonamiento verbal; que comprenden vocabulario, lecturas, asociación verbal; la adecuada evaluación de estas habilidades permite pronosticar con alto grado de probabilidad el éxito o fracaso del alumno en cualquier tarea que implique el uso de palabras.

2º Razonamiento inductivo con material no verbal y cuantitativo; que permite pronosticar con notable precisión el éxito en las tareas de Ciencias en general y Matemáticas en particular.

3º Aptitud Mecánica espacial; que permite pronosticar el desempeño del alumno en los cursos técnicos y de ingeniería.

Klausmeier (1983), considera que las habilidades cognoscitivas más importantes en relación con el proceso de enseñanza – aprendizaje son:

- Significado verbal; o habilidad para entender las ideas expresadas con palabras.
- Facilidad Numérica; o habilidad para trabajar con números en forma rápida y precisa.
- Razonamiento; o habilidad para resolver problemas lógicos.
- Rapidez perceptual; o habilidad para reconocer las diferencias o semejanzas entre objetos o símbolos.
- Relaciones espaciales; o habilidades para visualizar objetos y figuras que giran en el espacio y las relaciones que existen entre ellos.

### 2.2.5. Medición de la Inteligencia:

---

Para la medición de la inteligencia se requiere del uso de test o instrumentos de medida, que impliquen las siguientes condiciones:

- Conformación de los test o pruebas por sistemas de reactivos teóricos y prácticos, en los que el sujeto ponga de manifiesto sus diversas habilidades tales como la comprensión, razonamiento y pensamiento, para medir validamente su rendimiento intelectual, que de otra manera, no sería posible; y
- La comparación cuantitativa entre varios sujetos, con respecto a su rendimiento intelectual. Para dicha comparación, se tienen en cuenta ciertos criterios tales como:
  - Edad cronológica: que es el lapso que media entre la fecha de nacimiento del sujeto, y la fecha del examen o evaluación. Se considera que hasta la juventud (18 – 20 años), hay un incremento progresivo del intelecto, y a partir de este periodo, se observa un ligerísimo declinamiento.
  - Edad mental: es el grado de desarrollo intelectual que corresponde la término medio de los sujetos de cada edad cronológica, y sirve para estimar la madurez intelectual de un sujeto, a pesar de su edad cronológica.

Una edad mental, indicará en qué medida la capacidad de una persona corresponde a la capacidad media de los individuos de una edad similar.

Si la edad mental sobrepasa la cronológica del sujeto, éste será en términos muy amplios, un superdotado o precoz. En cambio, será infradotado, si su edad mental queda por debajo de su edad cronológica.

Este concepto de edad mental, sin embargo, por sí sola queda limitado, ya que una misma edad mental tiene diferente significación diagnóstica según diversas edades cronológicas.

- Cociente Intelectual: representa la relación o proporción entre la edad mental y la edad cronológica, denotando el grado de inteligencia del sujeto examinado.

### 2.2.6. Psicopatología de la Inteligencia:

---

Jaime Arias (1986), señala que la psicopatología de la inteligencia, se refiere a los trastornos de la capacidad de comprender, recordar, movilizar e integrar de manera constructiva el aprendizaje anterior de una persona, cuando se enfrenta a situaciones nuevas; es decir, son las alteraciones de la potencia creadora de un sujeto, la cual le permite desprenderse de lo sensorial y crear medios adecuados, que le permitan resolver una situación.

De este modo, tenemos dentro de los desórdenes intelectuales, a las demencias y al

---

retardo mental según el cociente de inteligencia:

### **2.2.6.1. Demencia:**

Es un proceso patológico en el cual se observa un deterioro progresivo y en la mayoría de los casos irreversible, de las eficiencias de los distintos procesos mentales. Aparece en etapas tardías de la vida, observándose preferentemente en ancianos y asociados a arterioesclerosis, accidentes cerebro vasculares y secuelas de traumatismos, etc. Se encuentran también los siguientes tipos de demencias:

- Demencia orgánica o irreversible: cuando debido a una disfunción de las neuronas corticales superiores, se produce un déficit de la inteligencia irreversible.
- Pseudo demencia o demencia reversible: cuando el déficit de la inteligencia aparece sin causa orgánica que la sustente. Puede darse por:
  - Pseudo demencia de Ganser: cuando el déficit de la inteligencia manifiesto tiene una finalidad más o menos conciente por parte del paciente.
  - Pseudo demencia manicomial de Mira: en la cual, el déficit es inducido por imitación, cuando una persona tiene una larga permanencia en un centro psiquiátrico.

### **2.2.6.2. Retraso mental, según el cociente de Inteligencia:**

Según el Manual del CIE – X (1992), el retraso mental se subdivide en las siguientes categorías que identifican el grado de deterioro de la conducta:

- *Retardo Mental leve*: con coeficiente intelectual aproximado de 50 á 69; en adultos, la edad mental va desde 9 hasta menos de 12 años. Aunque hay un evidente retraso, pueden adquirir ciertos conocimientos escolares, pues su capacidad para el razonamiento y juicio es muy pobre. Pueden asimismo realizar tareas de tipo ejecutivo que no sean complejas y que requieren un grado mínimo de iniciativa; incluso, si el medio ambiente en que se desenvuelven no es demasiado complejo, pueden llegar a adquirir cierta independencia, y mantener buenas relaciones sociales.
- *Retardo Mental moderado*: Con coeficiente intelectual aproximado de 35 á 49, en adultos la edad mental va desde 6 hasta menos de 9 años. Es probable que determine algún marcado retraso en el desarrollo de la niñez. La mayoría puede aprender a desarrollar algún grado de independencia en el cuidado personal y adquirir una comunicación, aunque utilizarán un vocabulario muy limitado. Pueden aprender también a protegerse a sí mismos contra algunos de los peligros físicos más frecuentes y llegan a realizar tareas manuales simples, pero generalmente no pueden desempeñarlas independientemente, ni son capaces de adquirir autonomía y, en consecuencia, de valerse por sí mismos, necesitando por ello, de grados variables de apoyo para vivir y trabajar en la comunidad.
- *Retardo Mental grave*: Con coeficiente intelectual aproximadamente de 20 á 34, la

edad mental en adultos va desde 3 hasta menos de 6 años. Es probable que determine la necesidad de un apoyo constante.

- *Retardo Mental profundo*: Con coeficiente intelectual inferior a 20; en adultos, la edad mental sería inferior a 3 años. Son incapaces de atender a las más elementales necesidades de su propio cuerpo o cuidado personal, incluso a las de tipo higiénico, raramente aprenden a hablar algo y presentan también limitaciones en la actividad motora.

Por otro lado, Teniendo en cuenta la clasificación de la inteligencia según el coeficiente intelectual propuesto por Wechsler en 1958, la categoría promedio corresponde a los coeficientes intelectuales de 109 á 90; encontrándose 2 categorías más que van por debajo de este nivel, pero que no llegan al grado de “mentalmente retardado”. Estas categorías se detallan a continuación.

- Promedio bajo: (Coeficiente intelectual de 89 á 80); corresponde a personas algo torpes y lentas, a las que el aprendizaje no les resulta fácil. Pueden, desde luego, realizar estudios de enseñanza media e incluso, llegar a finalizar estudios superiores, aunque a costa de considerable esfuerzo, o bien de algún retraso en la finalización de los mismos.
- Límitrofe: (Coeficiente intelectual de 79 á 70); son sujetos con un bajo nivel de inteligencia, pero que suelen ser aptos para adquirir cierta autonomía y asimilar, aunque con esfuerzo los conocimientos escolares elementales, fracasando en cambio cuando intentan seguir cursos de enseñanza media. J. Arias, puntualiza que generalmente, las áreas más afectadas en esta categoría son las capacidades de abstracción y ejecución.

### 2.2.6.3. Otros niveles de inteligencia de acuerdo con el CI:

Luego de la categoría promedio, encontramos otras tres categorías que van por encima de dicha clasificación promedio. Aunque estas puedan no considerarse patológicas, se describen como referencia a continuación:

- Promedio alto: (coeficiente intelectual de 110 á 119); en este grupo, los sujetos usualmente alcanzan a culminar estudios superiores universitarios.
- Superior: (Coeficiente intelectual de 120 á 129); en esta categoría, se presupone, se encuentran aquellas personas que logran ejercer con éxito profesiones intelectuales o cargos directivos o ejecutivos.
- Muy superior: (coeficiente intelectual de 130 á más); algunos autores etiquetan a estas personas con el título de “geniales”, sin embargo, se encuentra que existe un complejo problema en lo referente a la genialidad, ya que este grupo pudiera presentar problemas en su adaptación social.

### 2.2.7. Rehabilitación en los trastornos esquizofrénicos:

---

A diferencia de un tratamiento de cualquier clase, el cual pretende actuar sobre las causas y la naturaleza misma de los trastornos; la rehabilitación, pretende hacerlo sobre las consecuencias. Así, tenemos tres tipos de consecuencias de los trastornos sobre los que la rehabilitación debe actuar; estos son:

- Los deterioros que son las pérdidas o anormalidades en el funcionamiento neuropsicológico de la persona como consecuencia de una enfermedad y que son también en parte objetivos del tratamiento.
- Las discapacidades, consistentes en la pérdida de hábitos y habilidades en la vida cotidiana (en esferas como la higiene, autocuidado, trato personal, trabajo u organización del tiempo libre).
- Las minusvalías, que son las desventajas sociales que experimentan el paciente y su familia como consecuencia de padecer un trastorno mental (falta de reconocimiento legal para prestaciones socioeconómicas, falta de alternativas laborales y residenciales, estigma y rechazo social, aislamiento social, falta de apoyo afectivo).

Actualmente, se contempla una importante transformación de las ideas sobre el curso de la esquizofrenia y las formas de intervenir para modificarlo, puesto que los estudios de evolución a largo plazo, pusieron en tela de juicio el mito del curso necesariamente progresivo, deteriorante e inexorablemente mal pronóstico de estos trastornos. A partir de esta base, es que se han desarrollado estrategias de rehabilitación que han supuesto un aporte sustancialmente nuevo, complementario de las intervenciones terapéuticas más tradicionales, y que han modificado las expectativas y los resultados de la atención a los trastornos esquizofrénicos en la era de la desinstitutionalización. Asimismo, se plantean principios que deben guiar cualquier acción en rehabilitación, los cuales son:

- La persona que sufre una enfermedad mental es un ciudadano con todos los derechos que la sociedad reconoce a sus miembros (derecho a la educación, al trabajo, a la libertad, a la salud, etc.)
- Las consecuencias de su enfermedad, discapacidades o minusvalías, deben ser compensadas de tal forma que propicien pautas de vida lo más normal posible dentro de su comunidad natural.
- Cada individuo es único por lo que su proceso de rehabilitación debe ser particular, sólo debe recibir los apoyos que necesite y su grado de autonomía e independencia debe ser el mayor posible dentro de sus capacidades.
- La persona en proceso de rehabilitación debe participar activamente, no pasivamente, en todas y cada una de sus fases y en todas y cada una de las decisiones que afecten a su vida.

#### **2.2.7.1. Fases de la rehabilitación:**

Fernández y col. (1999), señalan que habitualmente, se diferencian tres fases en el proceso de rehabilitación: la evaluación, planificación e intervención. Dichas fases, se supeditan y adaptan a las características individuales de cada persona que se encuentra

en este proceso y a sus circunstancias particulares.

### **A) Evaluación:**

Consiste en recoger y analizar los datos que nos permitan realizar un plan individualizado de rehabilitación. La recogida de datos se puede realizar con diversos métodos e instrumentos: informes, entrevistas, inventarios, ensayos conductuales, escalas, observación, etc. La observación directa en diferentes contextos, resulta bastante recomendable, ya que cada ambiente especifica cada conducta. Algunas de las áreas que se contemplan en la evaluación son: demandas y motivación, capacidades cognitivas básicas (atención, memoria, concentración, etc.), historia de crisis e ingresos psiquiátricos (desencadenantes, pródromos, sintomatología, intervenciones realizadas, etc.), autonomía en la medicación, ambiente familiar, desenvolvimiento en el entorno de su comunidad, control de la ansiedad, relaciones sociales, manejo en la vivienda, hábitos de salud, autonomía económica, habilidades laborales (de búsqueda, consecución y mantenimiento de un empleo), etc.

### **B) Planificación:**

Esta fase, es inmediatamente posterior y consecuente de la evaluación. La información de la evaluación fundamenta el plan de rehabilitación que especifica los cambios personales o ambientales que se deben dar para conseguir los objetivos del plan. También identifica a los responsables de la implementación de las diversas partes del plan. La individualidad, es característica fundamental de esta fase, ya que cada persona tendrá su plan concreto, con sus objetivos particulares y sus intervenciones adaptadas a las necesidades de la persona. Shepherd (1990), refiere que dicho plan es sólo una hipótesis y como tal es provisional, debiendo ser puesta a prueba y por lo tanto reformularla tantas veces como sea necesario a lo largo del proceso de rehabilitación. Un aspecto esencial para el desarrollo del plan es que éste sea consensuado y compartido entre el profesional y el paciente y que además recoja de forma inequívoca las demandas y/o necesidades que el propio usuario manifiesta.

### **C) Intervención:**

Consiste en la implementación del plan individualizado de rehabilitación a través, sobre todo del desarrollo de habilidades personales y disponiendo, en los diferentes ambientes donde se desenvuelve la persona de los apoyos necesarios.

El desarrollo de habilidades, se puede realizar por dos procedimientos complementarios: enseñar directamente las habilidades y/o programar, paso a paso, el uso en un ambiente concreto de estas habilidades. En cuanto al formato, puede ser individual o grupal. Así tenemos, grupos de entrenamiento en habilidades sociales, control de ansiedad, autoadministración de la medicación, hábitos de trabajo, capacidades cognitivas, uso de transporte, manejo en la vivienda, cocina, etc.

La técnica que se utiliza para enseñar a las personas a desempeñar nuevas habilidades se fundamenta en los principios del aprendizaje y del análisis y modificación de la conducta. Las técnicas específicas más utilizadas son las instrucciones, el modelado, el moldeamiento, el feed – back, el role – playing, los contratos de conducta, el control estimular, etc. Y todas las derivadas del manejo de contingencias (refuerzo y



---

castigo).

## 2.3. Definición de términos básicos:

1. *Aptitud*: Disposición innata o potencial natural con el que cuenta la persona y que puede ser puesto en acción, que puede ejercerse y ponerse en movimiento. Se afirma entonces que la aptitud es la "materia prima" a partir de la cual es posible el desarrollo de habilidades, pero se acepta que el punto de partida no es exactamente el mismo para todos los sujetos. Esto significa que, aunque se asuma que un individuo normalmente dotado es apto para la amplia gama de desempeños que el ser humano puede llegar a tener, hay "acentuaciones" en cada persona, esto es, puede tenerse un potencial natural más rico para algunos desempeños que para otros. Se acepta entonces que algunas de las diferencias individuales tienen su origen en las diversas acentuaciones de la aptitud en el ser humano; las aptitudes no necesariamente se refieren a dones extraordinarios concedidos sólo a algunas personas privilegiadas: están presentes, con diversos grados de acentuación, prácticamente en todos los individuos. El movimiento de la potencia al acto, al que se hace alusión más arriba, ocurre cuando la persona va teniendo diferentes experiencias de aprendizaje, tanto en su entorno familiar y social, como en la educación formal; dicho movimiento permite que lo que sólo estaba presente como potencial natural vaya evolucionando, y como consecuencia de tal evolución, se vaya desarrollando habilidad en alguno de los ámbitos posibles, misma que se evidencia en desempeños que pueden ir teniendo cada vez un mayor nivel de calidad.

2. *Capacidad*: Término que designa el saber adquirido, o la habilidad aprendida, en contraposición a la aptitud propia del potencial innato. Se habla de capacidad general en referencia a todo tipo de tareas, pero especialmente a las de orden intelectual o cognitivo. Por capacidad especial cabe entender la posibilidad de llevar a término la ejecución de un cometido específico. En el desarrollo de la capacidad concurren factores básicos como el grado de maduración, el aprendizaje y el ejercicio.

3. *Cognitivo*: Según Neisser (1990), la cognición como otros procesos psicológicos, puede ser estudiada en términos de los eventos nerviosos subyacentes. De este modo, según dicho autor, la cognición se refiere a todos los procesos mediante los cuales el ingreso sensorial es transformado, reducido, elaborado, almacenado, recobrado o utilizado. Ocupándose de estos procesos, aún cuando operen en ausencia de la estimulación relevante, como en la imaginación y las alucinaciones. Los términos como sensación, percepción, imaginación, recuerdo, solución de problemas y pensamiento entre otros, se referirían a etapas o aspectos hipotéticos de la cognición.

4. *Cognoscitivo*: Neisser (1990), describe dicho término como un complejo sistema que interpreta y reinterpreta la información sensorial; de modo que cualquier cosa que conozcamos acerca de la realidad, tiene que ser medida no sólo por los órganos de los sentidos, sino también, por dicho sistema complejo. La actividad de los sistemas cognoscitivos, termina en la actividad de los músculos y las glándulas que dan lugar a la

“conducta”. Igualmente, dicho sistema se ve reflejada aunque parcialmente en las experiencias privadas de ver, oír, imaginar y pensar.

5. *Competencia*: Hace referencia al dominio de una práctica, sustentado por el desarrollo de alguna o algunas habilidades. Alain Coulon (1995) describe a la competencia como "un conjunto de conocimientos prácticos socialmente establecidos que empleamos en el momento oportuno para dar a entender que los poseemos"; habrá que señalar que dichos conocimientos, no se refieren a meros haceres rutinarios, sino que reflejan el desarrollo de determinadas habilidades; además, el hecho de "ser empleados en el momento oportuno" supone que el individuo que los posee hace uso de ellos habiendo desarrollado estrategias que le permiten utilizarlos creativamente frente a las diversas situaciones que lo demandan, destacando así lo que plantea Bruner (1987): "lo que se aprende es la competencia, no las realizaciones particulares". La competencia no se identifica con realizaciones aisladas y puntuales, sino con desempeños que, expresan el dominio de una práctica. La competencia se evidencia situacionalmente, en íntima relación con un contexto, y generalmente es evaluada por algún agente social del entorno. Ya destaca Verdugo (1990) que un individuo puede tener en su repertorio determinadas habilidades, pero, para que su actuación sea competente, ha de ponerlas en juego en una situación específica.

6. *Deficiencia*: De acuerdo con la definición dada por CERP (1997), se refiere a cualquier pérdida o anormalidad de la estructura o función: psicológica, fisiológica o anatómica. Hace referencia a las anormalidades de la estructura corporal, de la apariencia y a la función de un órgano o sistema cualquiera que sea su causa. Se cuantifica en porcentajes. Es un diagnóstico de secuela.

7. *Destrezas*: son aquellas habilidades que la persona ha desarrollado con un alto nivel de eficiencia. Se relacionen con desempeños eficientes originados en el buen manejo de movimientos físicos o de coordinación neuromuscular.

8. *Discapacidad*: Basándonos en la definición dada por CERP (1997), es cualquier restricción o carencia de la capacidad de realizar una actividad en la misma forma o nivel en que se considera normal para un ser humano. Esto, como resultado de una deficiencia; en este caso, la deficiencia estaría dada por la presencia de una enfermedad mental. La discapacidad representa un trastorno a nivel persona y también es un diagnóstico de secuela.

9. *Esquizofrenia*: Estado patológico de curso crónico, que evoluciona por etapas diferentes hacia un deterioro intelectual y afectivo; de acuerdo con el CIE - 10 (1992), se caracteriza en general por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción; junto con una afectividad inadecuada o embotada.

10. *Esquizofrenia Paranoide*: Tipo de esquizofrenia en la que según el CIE – 10 (1992), predominan los delirios relativamente estables a menudo de tipo paranoide, los cuales se acompañan usualmente de alucinaciones sobretodo de tipo auditivo, y de perturbaciones de la percepción.

11. *Habilidad*: De acuerdo con Eysenck (1979), estaría dada por las condiciones necesarias para realizar exitosamente una actividad particular más o menos compleja, que exige un período previo de adiestramiento y práctica y que suele tener una función

utilitaria. Neira (1993), define a una habilidad, como la aptitud natural para adquirir de manera general o particular conocimientos o destrezas específicas, resaltando en dicha definición tanto la condición innata del sujeto (maduración), como al proceso de aprendizaje (práctica).

12. *Habilidades cognoscitivas*: Comprenden gran parte del comportamiento humano, orientado hacia la obtención y procesamiento de la información; es decir, hacia el incremento del conocimiento, manifestándose a través de la ejecución de cada tarea en particular. Se caracterizan también por la utilización en grados variables de la habilidad mental general.

13. *Habilidad mental general*: Estaría dada por el factor común y fundamental de todas las habilidades cognoscitivas de un mismo individuo, ya que interviene aunque en distintos grados en todas las habilidades cognoscitivas. Raven (1986), enfatiza en esta habilidad mental general a la capacidad presente del examinado para la actividad intelectual en el sentido de su más alta claridad de pensamiento, observando para su medición, los sistemas de pensamiento del desarrollo intelectual.

14. *Inteligencia*: Wechsler (1955), define la inteligencia como la capacidad agregada o global del individuo para actuar con propósito, pensar racionalmente y enfrentarse con su medio ambiente de forma efectiva.

De dicha definición, se destacan 2 puntos que Morocho (1974), puntualiza:

- Es una capacidad global, ya que caracteriza la conducta individual como un todo. Y,
- Es un agregado, ya que se halla compuesto por habilidades, que aunque no son completamente independientes entre sí; son cualitativamente diferenciables.

15. *Minusvalía*: Según la definición dada por CERP (1997), hace referencia a las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de la deficiencia y discapacidad que limita o impide la realización de una función que es normal de acuerdo con la edad, sexo y factores sociales y culturales, para dicho individuo. Representan trastornos a nivel social. Es otro diagnóstico de secuela.

16. *Rehabilitación*: Según la OMS, es un proceso de duración limitada, y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencias alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo proporcionándole así los medios para modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.

17. *Rehabilitación Integral*: De acuerdo con CERP (1997), es la rehabilitación funcional, social y profesional de la persona discapacitada.

18. *Rehabilitación Funcional*: Según la definición dada por CERP (1997), es la parte del proceso de rehabilitación integral, tendiente a recuperar hasta donde sea posible, la capacidad funcional, a disminuir la discapacidad y evitar la minusvalía a través de la aplicación de medidas médicas, psicológicas, educativas, sociales y vocacionales que preparan a las personas con discapacidades para continuar su proceso de rehabilitación y de integración social.

19. *Rehabilitación social*: De acuerdo con GLARP (1991), es parte del proceso de rehabilitación integral tendiente a integrar a las personas con limitaciones a la sociedad, ayudándole a adaptarse a las exigencias de la vida familiar, colectiva y profesional reduciendo al mismo tiempo las barreras económicas y sociales que pudieran obstaculizar el proceso general de readaptación.

20. *Rehabilitación Profesional*: Tomando en cuenta la definición dada por GLARP (1991), es aquella parte del proceso continuo y coordinado de rehabilitación que comprende el suministro de servicios de evaluación, orientación, adaptación, formación profesional y colocación selectiva para que las personas con discapacidad físicas y/o mentales puedan integrarse a su medio social como individuos útiles, obtengan y/o conserven un empleo adecuado y alcancen una promoción en el mismo.

21. *Técnicas Psicoeducativas*: Es toda información sistematizada transmitida a un receptor con la finalidad de instruirle para el cambio de una conducta o el desarrollo de una habilidad.

# CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

## 3.1. Tipo y Diseño de Investigación:

La presente es una investigación no experimental, que de acuerdo con Sánchez (1984), pertenece al tipo sustantivo descriptivo, y su diseño corresponde al descriptivo simple, ya que busca recoger información contemporánea acerca de cómo se manifiestan las habilidades cognitivas en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia de tipo paranoide; enfatizando en los niveles diagnósticos alcanzados y las características de las habilidades cognitivas de dicho grupo de personas.

## 3.2. Población y Muestra:

Nuestra población se conforma por aquellos pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide; que reciben un tratamiento ambulatorio en instituciones de Salud Mental; por lo cual, se ha considerado como muestra a un total de 50 pacientes, siendo 25, participantes del Servicio de Rehabilitación Integral de INSM "HD- HN", y 25, pacientes del Departamento de Consulta Externa del Hospital Víctor Larco Herrera.

La técnica de muestreo empleada es de tipo no probabilística o empírico, en su modalidad intencional o intencionado, ya que debido a las características del estudio, se tomaron en cuenta algunos criterios para la selección de la muestra; con el fin de uniformizarla.

Dichos criterios se refieren a los siguientes:

- Criterios de Inclusión:
  - Diagnóstico de esquizofrenia paranoide.
  - Estabilidad clínica o fase no aguda de la enfermedad.
  - Edades de entre 18 á 35 años.
  - Grado de Instrucción mínima de secundaria completa.
  - Ambos sexos.
  
- Criterios de exclusión:
  - Pacientes que no reciben tratamiento ni atención en alguna Institución de salud mental.
  - Adolescentes, menores de 18 años y adultos mayores de 35 años.
  - Grado de instrucción de secundaria incompleta o por debajo.
  - Pacientes que no hayan recibido el diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

De este modo, se seleccionó una muestra conformada por 50 sujetos, los cuales presentaron las siguientes características:

### 3.3. Características de la muestra.

#### 3.3.1. Edad y Sexo:

---

En cuanto a la predominancia del género en nuestra muestra, observamos en la tabla Nro. 1 un mayor porcentaje de varones que de mujeres; aunque la diferencia no es significativa, aún así, según nuestros resultados acordamos con anteriores investigaciones, como la de Chávez (1987), quien encontró también una predominancia de los varones, en una relación de 3:1. Sin embargo, en la presente investigación, la relación que encontramos es de 3 á 2 (60%/40%).

La edad predominante de nuestra muestra es de 24 á 29 años; Ey, Bernard y Brisset (1960), ya afirmaban que la esquizofrenia es una enfermedad de gente joven, encontrándose casos en que se inicia la enfermedad incluso a los 16 años. Chávez, (1987), encuentra una edad promedio de 21 años de edad, en sus pacientes atendidos

en una institución de Salud Mental. Teniendo en cuenta que buscamos pacientes en la fase crónica, el predominio del rango de 24 á 29 años se debe a que se trata de aquellos pacientes que ya pasaron por su primer episodio, y ahora se encuentran llevando un tratamiento regular ambulatorio; por otro lado, son menos los sujetos de 30 á 35 años, ya que posiblemente al ser clínicamente más estables, el seguimiento se hace cada vez más espaciado.

**TABLA N°. 1: Edad y sexo de los sujetos de la muestra.**

Edad	Sexo		Sujetos	Porcentaje
	Varones	Mujeres		
18 – 23	10	9	19	38%
24 - 29	14	8	22	44%
30 - 35	6	3	9	18%
Sujetos	30	20	50	100%
Porcentaje	60%	40%	100%	

### 3.3.2. Estado Civil:

El 100% de los pacientes que conformaron nuestra muestra, presentaron la condición de solteros.

### 3.3.3. Procedencia y Residencia:

Aunque el 100% de nuestra muestra reside actualmente en Lima, apreciamos en la tabla Nro. 2, que sólo el 12% (6 sujetos) nacieron en otras provincias del Perú.

**TABLA N° 2: Procedencia de los sujetos de la muestra.**

Lugar	Sujetos	Porcentaje
Lima y Callao	43	88%
Provincia	6	12%
Total	49	100%

Como se observa en la tabla Nro. 3, el mayor porcentaje de nuestros pacientes, reside en el Sector de Lima Norte; atendidos principalmente en el INSM “HD – HN”, institución que se ocupa especialmente de la atención de dicha población.

En segundo lugar, según los porcentajes, se encuentran las Zonas de Lima Centro y Lima Sur, poblaciones que acuden mayormente al Hospital Víctor Larco Herrera.

En menor porcentaje se encuentra el Sector de Lima Este, con sólo 1 sujeto que hace el 2%, esta baja proporción, es debida a que dicha población es atendida principalmente en el Hospital Hermilio Valdizán.

Observamos también un significativo menor porcentaje de los pacientes residentes

del Callao, con sólo 3 sujetos que conforman un 6% de la muestra total.

**TABLA N° 3: Residencia de los sujetos de la muestra.**

Sector	Sujetos	Porcentaje
Lima Norte	26	52%
Lima Sur	10	20%
Lima Este	1	2%
Lima Centro	10	20%
Callao	3	6%
Total	50	100%

### 3.3.4. Grado de Instrucción:

---

El mayor porcentaje de la muestra (74%), presenta un grado de instrucción de secundaria completa, es decir, 37 sujetos. Asimismo, sólo 13 sujetos, el 26%, lograron ingresar a estudios superiores, aunque no todos los continuaron. Tan sólo 3 sujetos (6%), ha conseguido egresar o culminar sus estudios superiores. Estos datos pueden observarse en la siguiente tabla Nro. 4.

**TABLA N° 4: Grado de instrucción de los sujetos de la muestra.**

Grado Instrucción	Sujetos	Porcentaje
Secundaria	37 (74%)	74%
Superior Téc. Incompleta.	3 (6%)	20%
Superior Univ. Incompleta	7 (14%)	
Superior Técnico Egresado	2 (4%)	6%
Superior Universitario Egresado	1 (2%)	
Total	50	100%

Por otro lado, el 63% de la muestra (31 sujetos), realizaron estudios en CEO y otras instituciones de exigencia media, siendo mayormente estudiadas las carreras de Computación y/o Informática (42%), Inglés (8%), Cosmetología (6%), Diseño Gráfico (6%), Auxiliar en Contabilidad (4%), Ensamblaje (4%) y Electrónica (4%).

Otros estudios mencionados, en menor proporción, fueron cursos o talleres breves tales como: Liderazgo y Oratoria, Rehabilitación, Repostería, Comunicación Audiovisual, Acuarela, Costura, Mecanografía, Manualidades, Fabricación de Ceras, Soldadura, Yervas Aromáticas, Reparación de Computadoras, Encuadernación, Secretariado Bilingüe.

De este modo, apreciamos un gran interés en la muestra por estudiar, ya que si bien, muchos no lograron ingresar o continuar con estudios superiores; volvemos a mencionar que el 63% optó por seguir estudiando en un CEO u otras instituciones de menor



exigencia, siendo que sólo 12 sujetos (23%) luego de terminar la secundaria, no ha seguido ningún estudio.

### 3.3.5. Experiencia Laboral:

En la tabla Nro. 5, podemos observar que del total de sujetos, 40 de ellos (80%), se ha desempeñado laboralmente, por lo menos de manera ocasional, frente a un menor porcentaje de 20%, que nunca ha trabajado (10 sujetos). Esto nos podría indicar cierto interés y motivación por parte de los sujetos por desempeñarse laboralmente.

**TABLA N° 5: Experiencia laboral.**

Tiempo	Sujetos	Porcentaje	Total Porcentaje
Nunca	10	20%	20%
Ocasional (días)	8	16%	
1 - 11 meses	10	20%	
1 - 7 años	22	44%	80%
Total	50	100%	100%

Por otro lado, las ocupaciones mayormente desempeñadas por nuestra muestra fueron las siguientes:

- Ventas en general: ya sean ambulatorias, directas o en un negocio particular (33%).
- Ayudantes de oficios: Tales como ayudantes de barman, carpintero, cocina, panadero, técnico dental, mecánica. (27%).
- Obreros de fábrica o talleres (19%)
- Limpieza (8%)
- Mesero o Azafata (6%)
- Construcción (6%)
- Seguridad o Vigilancia (6%)

Otros trabajos mencionados en menor frecuencia fueron: secretaria, niñera, profesor, cobrador de transporte, mecánico, servicio doméstico, soldador, jardinero, fotógrafo, agricultor.

Aunque actualmente, muchos de ellos no labore, consideramos importante incentivar el desempeño laboral en el proceso de Rehabilitación, ya que el objetivo de la reinserción laboral, constituye una fuente de motivación para que el paciente continúe con su tratamiento, ya sea farmacológico o de Rehabilitación.

### 3.3.6. Hospitalización y Soporte familiar

En cuanto a la hospitalización, apreciamos en la tabla Nro. 6, que aunque podría

pensarse lo contrario, poco más de la mitad de la muestra, nunca ha sido internada (52%). Esto podemos asociarlo con el soporte familiar, en donde la presencia de ambos padres se hace predominante (73%), incrementándose aunque no significativamente la incidencia de la hospitalización al faltar uno de los progenitores.

**TABLA Nº 6: Hospitalización y soporte familiar.**

Familia	Hospitalización		Total	Porcentaje
	NO	SI		
Ambos padres	20	15	35	73%
Sólo 1 progenitor	4	6	10	21%
Sólo con cuidadores	1	1	2	4%
Vive sólo	0	1	1	2%
Total	25	23	48	100%
Porcentaje	52%	48%	100%	

### 3.4. Variables de Estudio:

Basándonos en lo anotado por Wechsler (1955), acerca de las habilidades que miden las diferentes subpruebas del test de WAIS y WAIS – R, se consideraron las siguientes habilidades cognitivas:

**Memoria:** Celada (1989), define a la memoria como un proceso mental mediante el cual la persona fija y conserva las experiencias vividas y las reactualiza de acuerdo a las necesidades del presente. Dicho autor, también señala diferentes tipos de memoria, de las cuales sólo mencionaremos la memoria fotográfica, la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo:

La memoria fotográfica, es aquella que posibilita la fijación pictórica o melódica del estímulo, es característica de los niños y de los deficientes mentales, ya que para ellos, es más fácil recordar la fisonomía de los rostros de las personas, antes que sus nombres. Para la medición de dicho tipo de memoria se empleará la subprueba de dígito símbolo.

La memoria a corto plazo, es la retención de un conjunto de datos durante un lapso breve de tiempo, para que en la evocación respectiva pueda haber una reproducción en la misma secuencia como éstos fueron presentados. Mediremos este tipo de memoria a través de la subprueba de retención de dígitos.

La memoria a largo plazo, es la conservación por tiempo indefinido de una experiencia que preferentemente ocurre a partir de una codificación conceptual; es decir, es una característica de los aprendizajes conceptuales. Ésta será medida mediante la subprueba de información.

Vocabulario: Para la medición de esta habilidad, emplearemos únicamente la subprueba de vocabulario. Wechsler (1955), consideraba que esta subprueba resulta

excelente para medir la inteligencia general, ya que es la subescala que más alto correlaciona con la Escala Total (0.85). Al encontrarse relacionado con la riqueza del lenguaje, anotamos también a Celada (1989), quien afirma que los signos convencionales del lenguaje verbal sirven de vehículo al pensamiento y reflejan en forma abstracta los más diversos acontecimientos de la realidad, otorgándole a la comunicación humana un proceso de dimensión compleja. De este modo, en esta habilidad se incluyen dos grandes procesos como son el “comprensivo” para el receptor del mensaje y el “expresivo” para el emisor del mismo.

- **Concentración:** Celada (1989), explica que la concentración es la propiedad fundamental de la atención, ya que la concentración, permite a una persona mantener por un tiempo más o menos prolongado su atención selectiva, o capacidad de dirigirse selectivamente hacia un estímulo, dispersando a la vez a los irrelevantes. La concentración, tiene como objetivo facilitar el análisis o procesamiento de los datos provenientes del estímulo. Tomamos para su medición, las subpruebas de aritmética y completamiento de figuras.

Aunque dichas subpruebas principalmente la de aritmética se le objeta estar bastante influenciada por la cultura, la instrucción escolar y el tipo de profesión u ocupación, consideramos que nuestra muestra se encuentra uniformizada al contar con un grado de instrucción mínimo de secundaria completa, y al residir el 100% de la muestra en la ciudad de Lima.

La subprueba completamiento de figuras, al medir la capacidad de discriminar los detalles, implica para ello, el empleo de las habilidades para la atención y concentración.

- **Adaptación Social:** La conforman las subpruebas de comprensión y ordenamiento de figuras, las cuales de acuerdo con Wechsler (1955), la subprueba de comprensión, nos indica acerca del juicio y sentido común para la adaptación a situaciones sociales, y el comportamiento social aceptable y eficaz. La subprueba de ordenamiento de figuras se refiere a la capacidad de manejar situaciones sociales a través de la adecuada captación de secuencias causales.

Celada (1989), refería “actitud colaboradora”, entre otros, a la adaptación y al ajuste social. Dicho nivel de colaboración, se expresa básicamente, a través de la internalización y control de las reglas sociales.

- **Pensamiento:** O la capacidad de pensar abstractamente, predominantemente frente al pensamiento funcional y concreto. Utilizamos aquí, sólo la subprueba de semejanzas.

Wechsler (1955), también señalaba que muchos investigadores coincidían en que la subprueba de semejanzas contiene una gran cantidad del factor “g” de Spearman, el mismo que es objeto de medición del Test de Raven, sin embargo, esta subprueba se relaciona principalmente con los niveles de maduración del sujeto, es decir, si su calidad de pensamiento, es preferentemente concreto o abstracto.

- **Relaciones espaciales:** Comprende la orientación espacial y la integración espacial. Celada (1989), define la orientación espacial como la capacidad que desarrolla el

sujeto para ubicar en el espacio a los diferentes objetos y fenómenos de la realidad, así como para discriminar sus vínculos de relación (tales como: derecha – izquierda; arriba – abajo; delante – detrás; etc.). la integración espacial, por otro lado, se refiere a la percepción de los detalles de un estímulo, formando parte de un todo armónico.

Empleamos las subpruebas de diseño con bloques y ensamblaje de objetos. Ambas subpruebas indican además acerca de la capacidad de aprendizaje y de la organización y coordinación visomotora.

### 3.5. Instrumentos:

Para la selección de la muestra, y la obtención de los datos generales de los pacientes, de interés para el presente estudio, se utilizaron las matrices Nro. 1 y Nro. 2 que aparecen en el anexo, las cuales se procedieron a llenar previamente a las evaluaciones respectivas. Asimismo, se pudo acceder a las historias clínicas de los pacientes, para verificar el diagnóstico y otros datos de interés para la investigación.

De este modo, a la muestra seleccionada, integrada por 50 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de tipo paranoide, se les midió sus habilidades cognoscitivas, a través de la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos Revisada (WAIS – R); y el test de Matrices Progresivas de Raven.

Luego, se procedió a calificar su rendimiento, a través de las puntuaciones correspondientes.

#### 3.5.1. Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos Revisada:

---

Autor: David Wechsler

Aplicación: Individual, a partir de los 17 años, a cualquier nivel cultural.

Duración: Variable entre 90 y 120 minutos

Finalidad: Apreciación de la inteligencia general, entendida en un amplio sentido como la capacidad global de resolución de problemas; ofrece informaciones de interés clínico sobre el comportamiento del sujeto en el examen y permite detectar la existencia de posibles perturbaciones previas.

Organización: Está integrada por once subtest: seis verbales y cinco manipulativos. Se administran juntas para obtener un coeficiente Intelectual (C.I.) total, un C.I. Verbal y un C.I. Manipulativo.

Materiales:

- Manual de aplicación.
- Protocolo de registro.

- Tarjetas espiraladas conteniendo los reactivos de las pruebas de completamiento de Figuras y Diseño con Bloques.
- Tarjetas con los reactivos de la prueba de Ordenamiento de Figuras. (cada uno de los reactivos debe ser contenido en fundas por separado).
- Tarjeta impresa con las palabras de vocabulario.
- Cubos de madera Rojiblancos (nueve) para la prueba de diseño con bloques.
- Pieza para la prueba de ensamblaje de objetos, contenidas en cajas separadas por reactivo.
- Plantilla de calificación para la prueba de Dígito símbolo.

**Confiabilidad:** Para hallar la confiabilidad de la prueba, se utilizaron los siguientes métodos:

- El método de las dos mitades y corregido por la fórmula de Spearman Brown para las subpruebas de Información, Vocabulario, Aritmética, Comprensión, Semejanzas, Completamiento de Figuras, Ordenamiento de Figuras, Diseño de Bloques y Ensamblaje de Objetos.
- El método test – retest para las subpruebas de Retención de Dígitos y Dígitos Símbolo. Se consideró trabajar con este método, debido a que el de las dos mitades no es apropiado para estimar la fiabilidad de pruebas muy rápidas (D.S.) o pruebas donde las dos mitades pueden ser consideradas pruebas separadas (R. D.)
- La confiabilidad que se obtuvo fue la siguiente:

Información	0.89
Retención de Dígitos	0.83
Vocabulario	0.96
Aritmética	0.84
Comprensión	0.84
Semejanza	0.84
Completamiento de Figuras	0.81
Ordenamiento de Figuras	0.74
Diseño con Bloques	0.87
Ensamblaje de Objetos	0.68
Dígito Símbolo	0.82
CIV	0.97
CIM	0.93
CIT	0.97

**Validez:** El WAIS – R, mide las mismas habilidades del WAIS de 1955 y las de su predecesora la Escala de Inteligencia Wechsler – Bellevue (W – B) de 1939, y el contenido de las pruebas se superponen considerablemente con las de las primeras versiones de la Escala Wechsler para Adultos. Por tanto, los estudios con el WAIS y el W

– B pueden ser considerados relevantes para esta revisión.

La evidencia inicial de la validez de las escalas Wechsler para adultos resultaron de los procedimientos usados para determinar el contenido de la escala W – B original. La selección de pruebas incluidas en el W – B se basaron en la correlación de éstas con otras pruebas de inteligencia establecidas, en la experta valoración de los clínicos y en los estudios empíricos con los distintos grupos de nivel intelectual conocidos. Las once pruebas que conformaron la batería final de la escala W – B se mantienen en el WAIS y el WAIS – R.

Se han realizado estudios que relacionan los puntajes del WAIS con las distintas medidas del éxito académico. Zimmerman y Woo – Sam (1973) destacaron la fuerte relación entre los CI del WAIS y tal criterio es dependiente de la idoneidad de éste. Las comparaciones de las medias en los grupos de distintos niveles de consecución educativa mostraron que los puntajes promedios en el WAIS de los individuos con niveles educativos más bajos son menores que los puntajes de los individuos con niveles más elevados. Matarazzo (1972) a partir de numerosos estudios de distintas medidas de inteligencia, incluyendo al WAIS, concluyó que la correlación entre el CI y el desempeño en la escuela está alrededor de 0.50. Las investigaciones también han mostrado que el CI obtenido a través de las escalas Wechsler se correlacionan con diversos indicadores de la inteligencia global, tal como el retraso mental, el éxito académico, el logro y el nivel ocupacional, ingresos, factores prenatales y nutrición.

*Baremo:* Aunque lamentablemente, no contamos con un baremo nacional, utilizaremos como referencia, el baremo presentado por Wechsler en 1980. Dicho baremo, presenta aproximaciones a una población heterogénea, ya que se tomaron en cuenta variables tales como:

- Raza: Se tomó un grupo igual de blancos y no blancos.
- Ocupación: Se consideró 6 grupos ocupacionales: profesionales y trabajadores técnicos; directores y administradores oficinistas y vendedores; artesanos y capataces; operarios, trabajadores de servicio (incluyendo domésticos, privados); Obreros, trabajadores y capataces agrícolas; y No incluidos en la fuerza laboral.
- Educación: Se tomaron rangos de: menor o igual a 8 años de estudios; 9 – 11 años de estudio; 12 años de estudio (graduador de secundaria); 13 – 15 años de estudios; 16 años de estudios (graduado en educación superior)
- Residencia: Tanto urbana como rural.

*Ventajas del WAIS – R sobre WAIS:* Encontramos que resultaba más conveniente el uso del WAIS – R, antes que el WAIS original; muy aparte de las ventajas explicadas por el mismo Wechsler, se recalca y añaden las siguientes razones:

- Menor número de ítems; por tanto una menor duración; recordemos que el desempeño en estos pacientes es más lento en relación a personas normales, y al mismo tiempo, se fatigan con mayor facilidad.
- El orden de administración de los subtest verbales y manipulativos, en el WAIS – R, son sistemáticamente alternados, para mantener el interés del sujeto. Dicha condición

es también imprescindible, ya que estos pacientes suelen mostrar poco interés en muchas pruebas psicológicas de extensa duración.

- El baremo obtenido para la prueba del WAIS – R, se aproxima más a nuestra realidad y objetivos, ya que se han considerado muchas variables para una población heterogénea; y al mismo tiempo, entre ellas se encuentran las variables del nivel de instrucción y la ocupación; recordemos que nuestro objetivo es tener una referencia para comparar el rendimiento de nuestros pacientes en relación a sujetos “normales”, para conocer sus limitaciones y desventajas frente a una sociedad “normal”.
- En las instituciones donde llevamos a cabo la presente investigación, se aplican principalmente el Test de WAIS – R, para el diagnóstico del coeficiente intelectual. Aunque no poseamos aún un baremo nacional, el empleo de dicho instrumento en instituciones de tal envergadura, nos lleva a considerar dicha medición como estándar para el diagnóstico.
- Recordemos que los pacientes de la muestra, son sujetos con un grado de instrucción mínimo de secundaria completa, en su mayoría, jóvenes, que buscan una orientación vocacional o laboral. Nuestro objetivo es encontrar sus limitaciones o puntos flacos que debemos reforzar. Consideramos que el empleo de este instrumento resulta bastante sensible para lograr nuestro objetivo.

### 3.5.2. Test “Matrices Progresivas” de Raven - Escala General:

*Autor:* J. C. Raven

*Aplicación:* Individual o colectiva a sujetos adultos de todos los niveles

*Duración:* No hay tiempo límite.

*Finalidad:* Es una prueba destinada a medir la capacidad intelectual para comparar formas y razonar por analogía, con independencia de los conocimientos adquiridos. Informa acerca de la capacidad presente del examinado para la actividad intelectual en el sentido de su más alta claridad de pensamiento en condiciones de disponer de tiempo ilimitado. Posibilita además la medición del deterioro mental.

*Material del test:* Consiste en una colección encuadernada de láminas (matrices). Cada lámina contiene una mitad superior con un conjunto geométrico incompleto y en la inferior varios dibujos, de superficie más pequeña, uno de los cuales sirve para completar aquél en forma correcta.

*Organización:* El test se compone de 60 láminas divididas en 5 series, cada una de las cuales va numerada de 1 a 12. Las series se designan con las letras A, B, C, D y E. La seriación de las láminas está hecha en orden de complejidad creciente, pero las primeras de cada serie son algo más fáciles que las últimas de la serie precedente, a fin de que el examinado encuentre cierto “alivio” ante la complejidad creciente de la tarea que tiene que realizar.

*Confiabilidad:* Según el método test – retest, con muestras inglesas, la confiabilidad va de 0.83 a 0.93, mostrándose variable según la edad.

*Validez:* La composición factorial del test "Matrices Progresivas" ha sido estudiada mediante numerosos análisis factoriales, el más importante de los cuales quizás es el de Vernon (1948), basado sobre el análisis de sus resultados en el Ejército británico. Su saturación en factor "g" es de 0.79, y su saturación en factor espacial, de 0.15. Esta relativamente alta saturación en factor "s" (espacial) proviene sobre todo de los problemas planteados en las dos primeras series. Los sucesivos análisis no han podido dar cuenta de la naturaleza de los factores que componen el pequeño residuo (0.6).

Por otro lado, tomando muestras inglesas, la validez concurrente, en correlación con el test Stanford – Binet es de 0.86. Y la validez de constructo, correlacionado con el factor "g", de 0.82.

### 3.6. Recolección de datos:

Para obtener los datos generales, pertinentes para la selección de sujetos de nuestra muestra, como también para conocer algunas características de ésta, se procedió a entrevistar individualmente a los pacientes, llenando las matrices adjuntas en el anexo, en las cuales consignan datos tales como: sexo, edad, estado civil, procedencia, residencia, grado de instrucción, hospitalización, estudios superiores, otros estudios, experiencia laboral, tiempo de trabajo, miembros de la familia con quienes vive.

La administración del test de WAIS – R y de las Matrices Progresivas de Raven estuvo a cargo de los internos de Psicología del área respectivo, y de la investigadora; quienes evaluaron a los pacientes en forma individual, registrándose las respuestas y calificaciones en los protocolos adjuntados en el anexo.

Asimismo, la aplicación del test de "Matrices Progresivas" de Raven, en la mayoría de los casos se dio de forma autoadministrada y colectiva, es decir, se les dio a los pacientes las instrucciones iniciales, para que luego, continúen anotando sus respuestas por sí solos. Sólo en algunos casos, la administración fue en forma individual, (es decir, el examinador anotó las respuestas dictadas por el evaluado); esto se dio, dadas las dificultades que presentaba el paciente.

Finalmente, las calificaciones obtenidas por los pacientes, fueron consignadas en la matriz de resultados Nro. 3, también adjuntada en los anexos.

### 3.7. Procesamiento y análisis de datos:

Se consideró principalmente la estadística descriptiva; de este modo, se emplearon los siguientes estadísticos:

- Frecuencias absolutas: o número de sujetos que caen en las diferentes categorías.



- Frecuencias relativas: o porcentajes de casos en cada categoría. Su fórmula está dada por:

$$\text{PORCENTAJE} = \frac{nC}{Nt} (100)$$

Donde nC es el número de casos o frecuencias absolutas en el correspondiente categoría; y Nt, es el total de casos.

- *Frecuencias acumuladas*: son lo que se va obteniendo o acumulando de cada categoría. Es decir, “acumularemos” el número de sujetos que se mantuvieron en niveles cognoscitivos adecuados, y aquellos que presentaron un bajo rendimiento. Dichas frecuencias acumuladas, también las expresaremos en porcentajes, o frecuencias acumuladas relativas; es decir, iremos también sumando los porcentajes de las categorías que sean correspondientes.
- *La Mediana*: es el valor que divide la distribución por la mitad, es decir, la mitad de los casos caen por debajo de la mediana y la otra mitad, se ubica por encima de la mediana. La mediana refleja la posición intermedia de la distribución
- *La Moda*: Es la categoría o puntuación que ocurre con mayor frecuencia.
- *Puntaje máximo*: o el máximo puntaje alcanzado por uno o varios sujetos de la muestra en su respectiva evaluación.
- *Puntaje mínimo*: o el puntaje mínimo alcanzado por uno o varios sujetos de la muestra, en su respectiva evaluación.

Además, procedimos a elaborar y llenar los perfiles y gráficos necesarios, utilizando los resultados de los estadísticos respectivos, para una mejor visualización y análisis de los mismos.

Para determinar si la distribución de los resultados obtenidos a través de la prueba de WAIS – R, es compatible o no con una distribución normal, se empleará la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov – Smirnov, la cual forma parte del grupo de estadísticos no paramétricos, y utiliza toda la información presente en un conjunto de datos, sin necesidad de agruparlos. Esta prueba, puede utilizarse con cualquier tamaño de muestra. Luego, al encontrarse una distribución normal, a través de la prueba de Kolmogorov – Smirnov, se aplicará el estadístico paramétrico de Distribución t para una sola muestra, la cual resulta muy conveniente al emplearla en muestras mayores de 30, y a partir de una distribución normal. Esta prueba, nos permitirá conocer el intervalo de confianza de la media de los resultados obtenidos.



# CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Al ser el presente un estudio descriptivo, los resultados se obtendrán asimismo mediante estadísticos descriptivos, empleándose para ello principalmente, la moda, la mediana y el porcentaje.

## 4.1. Resultados con el WAIS – R.

Esta prueba comprende las escalas verbal y manipulativa, las cuales a su vez conforman la escala total.

### 4.1.1. Frecuencia de los sujetos por categoría (moda por categoría):

---

A) Escala Verbal:

Respecto a la escala verbal del WAIS – R, en la tabla Nro. 7 y en el gráfico Nro. 1, podemos observar que el mayor porcentaje de pacientes, es decir, el 36%, conformado por 18 sujetos alcanza la categoría de limítrofe.

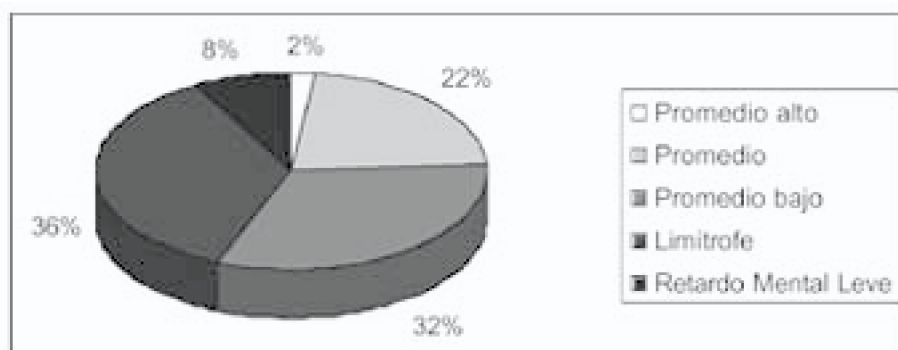
La categoría más alta alcanzada, es la de promedio alto, obtenida por un sólo sujeto

el cual representa el 2% de la muestra; y la categoría más baja, de retardo mental leve, es obtenida por 4 sujetos los cuales constituyen el 8%.

De acuerdo con los resultados de la escala verbal, se presenta un significativo bajo nivel de las habilidades cognitivas, ya que el 76% cae en las categorías de promedio bajo y por debajo, frente a un 24% que va del promedio a promedio alto.

**TABLA N° 7: Categorías obtenidas en la escala verbal del WAIS – R.**

Categorías	Escala Verbal		Niveles altos y bajos	
	Sujetos	Porcentaje	Total	
Superior	0	0%		
Promedio alto	1	2%		
Promedio.	11	22%	12	24%
Promedio bajo	16	32%		
Limítrofe	18	36%		
Retardo Mental Leve	4	8%	38	76%
Total	50	100%	50	100%



**GRÁFICO N° 1: ESCALA VERBAL DEL WAIS - R**

**B) Escala Manipulativa:**

De acuerdo con los resultados obtenidos en la escala manipulativa, del WAIS – R, la categoría que presenta el mayor porcentaje de sujetos, es la límite, con 14 sujetos que constituyen el 28% de la muestra. Esto se puede apreciar en la tabla Nro. 8 y en el gráfico Nro. 2

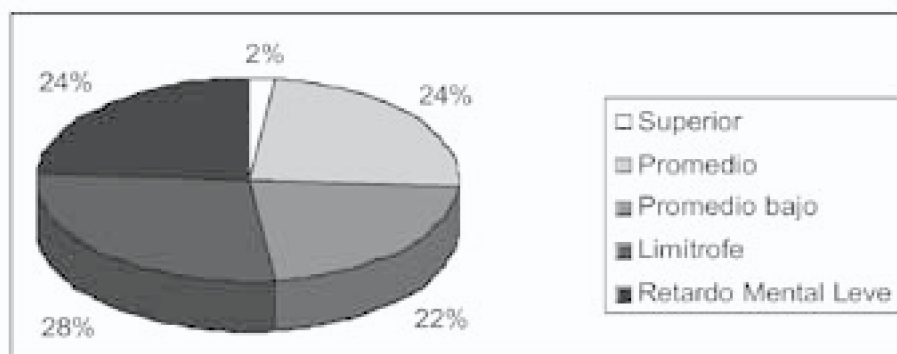
La categoría más alta alcanzada, corresponde a la superior, obtenida por un solo sujeto, que constituye el 2%. La categoría más baja alcanzada, por otro lado, es la de retardo mental leve, obtenida por 12 sujetos, constituyendo el 24%.

En esta área, es también significativo el bajo nivel de las habilidades cognitivas ya que el 74% obtiene tan sólo categorías de promedio bajo y por debajo, frente a tan sólo un 26% que va del promedio a superior. Por otro lado, apreciamos aunque de forma casi imperceptible, una mejora en los porcentajes de los resultados en esta escala manipulativa (26% alcanzan niveles de promedio a superior) frente a la escala verbal (24% alcanzan niveles de promedio a promedio alto). Sin embargo, en la categoría de

retardo mental leve, el porcentaje de sujetos es mayor en esta área manipulativa (24%), frente al área verbal (8%).

**TABLA N° 8: Categorías obtenidas en la escala manipulativa del WAIS – R.**

Categorías	Manipulativa		Niveles altos y bajos	
	Sujetos	Porcentaje	Total	
Superior	1	2%		
Promedio alto	0	0%		
Promedio	12	24%	13	26%
Promedio bajo	11	22%		
Limítrofe	14	28%		
Retardo Mental Leve	12	24%	37	74%
Total	50	100%	50	100%



**GRÁFICO N° 2: ESCALA MANIPULATIVA DEL WAIS - R**

C) Escala Total:

En la escala total del WAIS – R, como se observa en la tabla Nro. 9 y el gráfico Nro. 3, el mayor porcentaje de sujetos cae en la categoría limítrofe, siendo que 19 sujetos que constituyen el 38%, obtienen dicha categoría.

La categoría más alta alcanzada es la de promedio alto, con el mismo único sujeto que constituye el 2%. La categoría más baja alcanzada, continua siendo el retardo mental leve, con 9 sujetos que constituyen el 18%.

De acuerdo con los porcentajes obtenidos de los resultados de la escala total, se observa una significativa disminución o compromiso en las habilidades cognoscitivas, ya que el 78% de los sujetos cae en los niveles de promedio bajo y por debajo, frente a un 22% que alcanza los niveles promedio a promedio alto.

**TABLA N° 9: Categorías obtenidas en la escala total del WAIS – R.**

Categorías	Global		Niveles altos y bajos	
	Sujetos	Porcentaje	Total	
Superior	0	0%		
Promedio alto	1	2%		
Promedio	10	20%	11	22%
Promedio bajo	11	22%		
Limítrofe	19	38%		
Retardo Mental Leve	9	18%	39	78%
Total	50	100%	50	100%

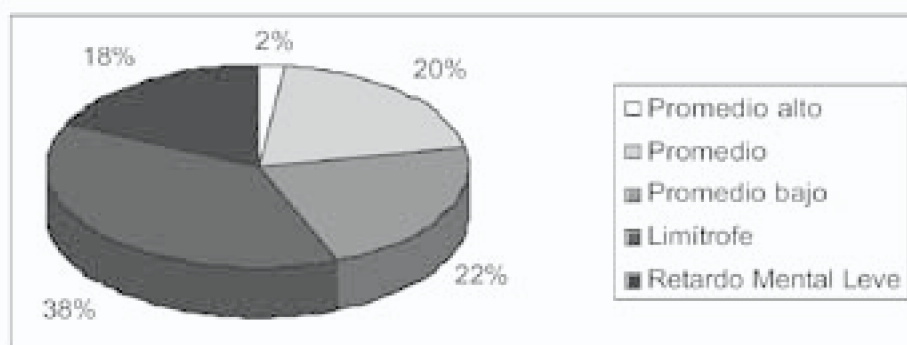


GRÁFICO N°3: ESCALA TOTAL DEL WAIS - R

#### 4.1.2. Pruebas de Kolmogorov – Smirnov y distribución t:

Aplicamos dichas pruebas sólo a los resultados de la escala total del WAIS – R.

A) Prueba de Bondad de Ajuste a la curva de Kolmogorov – Smirnov:

De acuerdo con la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov – Smirnov, los resultados obtenidos en la escala total del WAIS – R, adquieren una asimetría de dos colas de .513, lo cual resulta no significativo, es decir que la distribución se acerca a la normal. Se obtiene una media de 80.5, con categoría de promedio bajo, y una desviación estándar de 12.534. Dicha distribución normal, indica así mismo, la aleatoriedad de los resultados de la muestra, frente a la continua dificultad del test de WAIS – R. Estos resultados pueden apreciarse en la siguiente tabla Nro. 10.

TABLA N° 10: Resultados de la prueba de Kolmogorov - Smirnov

Variable	Media	Desviación estándar	K – S Z	p. a. dos colas.
CI global	80.5	12.53.	.820	.513

n = 50

) Distribución t para una sola muestra:

La distribución t, al 95% de confiabilidad, señala en los resultados de la muestra, un intervalo de confianza para la media, que va desde el valor mínimo de 76.9378 (con categoría limítrofe) y el valor máximo de 84.0622 (con categoría promedio bajo). Dicho intervalo también indica la disminución de las habilidades cognoscitivas de los pacientes, ya que el intervalo de confianza para la media, no alcanza la categoría promedio, a pesar de que en la muestra en general, algunos sujetos sí lograron alcanzar resultados que corresponden a categorías promedio y promedio alto.

La distribución t, asimismo, nos señala una probabilidad menor a .05, lo cual nos indica que los resultados obtenidos no se debieron al azar, sino que constituyen características propias de la muestra. Estos datos y resultados expuestos, se apreciarán también en la tabla Nro. 11.

**TABLA N° 11: Resultados de la distribución t.**

<b>t</b>	<b>Grados de Libertad</b>	<b>p. a. dos colas</b>	<b>Media</b>	<b>Intervalo de diferencia al 95% de confiabilidad</b>
45.413	49	.000	80.5	Bajo: 76.9378 Alto: 84.0622

$p < .05$

### **4.1.3. Moda, Mediana y Niveles Máximos y Mínimos alcanzados:**

Observando la tabla Nro. 12, apreciaremos que en la escala verbal, la moda o CI que mayormente obtienen los sujetos es de 76, obteniendo por consiguiente la categoría de limítrofe; por otro lado, su mediana resulta ser 81.5, con la correspondiente categoría de promedio bajo.

En la escala manipulativa, en cambio, la moda o el CI más frecuente es de 98, con su categoría correspondiente de promedio, siendo la mediana 78, con su categoría limítrofe.

De acuerdo sobre todo con la moda, podemos corroborar la mejoría en la escala manipulativa frente a la verbal. Aunque la mediana en la escala verbal resulta mayor que en la manipulativa, esto numéricamente puede no resultar tan significativo, ya que tenemos un CI verbal de 81.5, frente a un CI manipulativo de 78, con una diferencia de sólo 3.5 puntos entre ellos.

Visto a nivel global, los principales resultados estadísticos (moda: 77 y mediana: 78.5) corroboran los bajos niveles de las habilidades cognoscitivas ya que ambos estadísticos corresponden a la categoría limítrofe.

**TABLA N° 12: Moda y mediana de los C. I. obtenidos en el WAIS – R.**

	<b>Moda</b>	<b>Categoría</b>	<b>Mediana</b>	<b>Categoría</b>
CI verbal	76	Limítrofe	81.5	Promedio bajo
CI manipulativo	98	Promedio	78	Limítrofe
CI global	77	Limítrofe	78.5	Limítrofe

Teniendo en cuenta estos resultados, acordamos entonces con autores como Chávez (1987), quien encontró al compromiso intelectual como uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes esquizofrénicos.

Tal compromiso en las habilidades cognitivas sin embargo; en nuestra muestra se mantiene hasta el nivel leve del retraso mental, sin llegar a los grados moderado o profundo; así observamos en la tabla Nro. 13, que los puntajes mínimos alcanzados en la escala verbal es de 64; en la escala manipulativa, de 55 y en la escala total, de 58; siendo que dichas tres áreas no bajan del retardo mental leve).

Por otro lado, sólo un sujeto logró alcanzar los puntajes máximos en las tres escalas del test de WAIS –R, obteniendo categorías de promedio alto y superior. Excluyendo a dicho sujeto, el resto de la muestra tan sólo logra alcanzar hasta la categoría promedio. De dicho sujeto, algunas de sus características se describen en el anexo, sin embargo podemos mencionar que algunas variables que pudieron influir en sus muy buenos resultados fueron su edad (19 años), el poco tiempo de enfermedad y el adecuado soporte familiar.

**TABLA N° 13: C. I. máximos y mínimos obtenidos en el WAIS – R.**

	<b>Máximo</b>	<b>Categoría</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Categoría</b>
CI verbal	111	Promedio alto	64	Retardo Mental Leve
CI manipulativo	124	Superior	55	Retardo Mental Leve
CI global	118	Promedio alto	58	Retardo Mental Leve

Los resultados de los estadísticos de la moda, mediana, C.I. máximo y C.I. mínimo, de las escalas verbal, manipulativa y total del WAIS – R, podemos apreciarlos mejor y compararlos en el perfil Nro. 1.

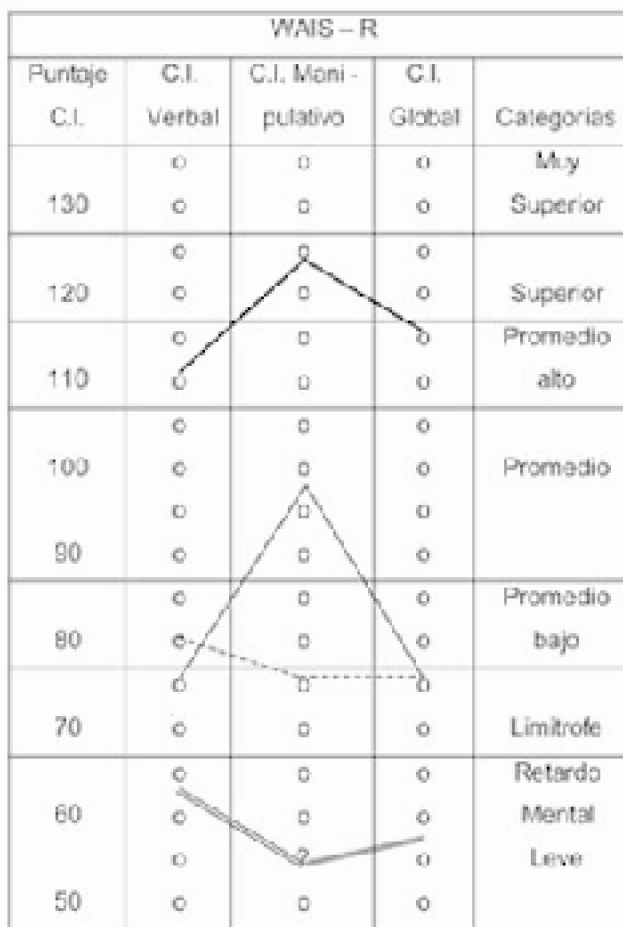
### **4.1.4. Puntajes Equivalentes de las Subpruebas del WAIS – R:**

---

En la tabla Nro. 14, se puede apreciar la relación de las subpruebas del WAIS – R, con sus respectivos puntajes equivalentes obtenidos en los estadísticos: moda, mediana, puntaje máximo y puntaje mínimo.

Tomando en cuenta la descripción cualitativa sugerida para los puntajes escalares señalada por Sattler (1982), el subtest diseño con bloques, en la presente investigación, es la única que alcanza la categoría promedio, y consiguientemente, el mejor puntaje tanto en la moda como en la mediana.





Moda: \_\_\_\_\_  
 Mediana: - - - - -  
 C. I. Máximo: \_\_\_\_\_  
 C. I. Mínimo: \_\_\_\_\_

*PERFIL N° 1: Moda, mediana y, C.I. máximos y mínimos obtenidos en el WAIS - R.*

Por otro lado, las subpruebas más afectadas, coincidiendo con los indicadores estadísticos de mediana y moda, son en primer lugar dígito símbolo, en segundo lugar, completamiento de figuras y en tercer lugar, ensamblaje de objetos, retención de dígitos, aritmética y comprensión. La mayoría de ellas, con puntajes en la moda y mediana que corresponden a la categoría límite. Siendo tan sólo la subprueba de dígito símbolo, la que obtiene una moda de 4, es decir, en la categoría de retraso mental.

**TABLA N° 14: Moda, mediana y puntajes máximos y mínimos de las subpruebas del WAIS - R.**

Subprueba	Moda	Mediana	Máximo	Mínimo
Diseño con Bloques	11,9,7	9	15	1
Vocabulario	8	8	12	3
Información	6	8	13	1
Ordenamiento de figuras	7	7	13	1
Semejanzas	6	7	15	2
Ensamblaje de Objetos	6	6	16	1
Comprensión	6	6	14	2
Aritmética	6	6	11	2
Retención de dígitos	6	6	11	2
Completamiento de Figuras	5	5.5	14	1
Dígito símbolo	4	6	13	2

Basándonos en las descripciones y anotaciones de las diferentes subpruebas, planteadas por el mismo Wechsler (1955), encontramos los siguientes resultados:

- Los bajos puntajes alcanzados en la subprueba de dígito símbolo, coinciden con las observaciones de Wechsler (1955), el cual señala a través de esta subprueba, una considerable disminución de la velocidad psicomotriz en estos pacientes.
- Las subpruebas: completamiento de figuras, retención de dígitos y aritmética, nos indicarían una disminución en las capacidades de atención y concentración.
- Los bajos puntajes en la subprueba ensamblaje de objetos, puede ser influenciado por los altos niveles de ansiedad, característico también en estos pacientes.
- La subprueba de comprensión, por sí sola podría indicarnos la disminución del juicio.

Las subpruebas que obtienen un nivel de promedio bajo considerando sólo la mediana, son en primer lugar vocabulario (8) e información (8) y en segundo lugar, semejanzas (7) y ordenamiento de figuras (7).

- La subprueba Ordenamiento de Figuras, que se encuentra en un nivel promedio bajo, Wechsler, señalaba en 1955 que el rendimiento de los pacientes con esquizofrenia paranoide en dicha subprueba se encontraba sumamente disminuido y por ende, la habilidad para la anticipación; sin embargo, en el presente estudio, se observará que aunque con ciertas dificultades, los pacientes de la muestra sí logran desempeñar la habilidad para la anticipación u organización de las situaciones sociales o estímulos visuales, llegando los puntajes de dicha subprueba a tan sólo una unidad por debajo del puntaje obtenido en vocabulario, lo cual indicaría que dicha habilidad no se encuentra significativamente disminuida.
- La subprueba de semejanzas, aunque presenta una mediana en la categoría promedio bajo, dicho rendimiento, según Wechsler (1955), puede ir disminuyendo con la cronicidad y el deterioro; recordemos que nuestra muestra es aún joven y por tanto no son demasiado afectados por la cronicidad del diagnóstico en cuestión, ni por el deterioro o pseudo deterioro mental, como apreciaremos más adelante.

Los puntajes equivalentes o escalares obtenidos en los estadísticos de: moda, mediana, puntaje máximo y puntaje mínimo de las subpruebas del WAIS – R, se pueden apreciar y comparar en el perfil Nro. 2.

#### 4.1.5. Índice de deterioro mental:

El deterioro mental normal, ocurre en todas las personas progresivamente, a partir de los 20 á 24 años de edad, hasta la muerte. Sin embargo, el verdadero “deterioro mental”, o el “patológico”, es producido por cualquier causa o afección de tipo orgánico y se caracteriza, al igual que el deterioro normal, por no ser reversible.

Existe también, sin embargo, el “Seudodeterioro mental”, el cual se observa con cierta frecuencia en la esquizofrenia, en la cual los enfermos pueden llegar a un alto grado de deterioro, y luego, bajo tratamiento, volver a niveles más o menos normales. Nuestra muestra, por su parte, al seguir un tratamiento prolongado y regular, demuestra cierta estabilidad, a través del tiempo, de la cual, nos basamos para llevar a cabo la descripción de las características que podrían ser las más estables de sus habilidades cognitivas.



*PERFIL N° 2: Moda, mediana y puntajes máximos y mínimos obtenidos en las subpruebas del WAIS–R*

De este modo, como se aprecia en la tabla Nro. 15 y el gráfico Nro. 4, tomando en cuenta además, los porcentajes normales de deterioro, según la edad, propuesto por Wechsler (1955), encontramos un mayor porcentaje de sujetos (72%) a quienes no se les detectó el deterioro mental, lo cual posiblemente se deba a la juventud de la muestra, y a la relativamente poca cronicidad de la enfermedad.

**TABLA N° 15: Índice de deterioro mental de los sujetos de la muestra.**

Cualidad	Total	Porcentaje
No Deterioro mental	36	72%
Posible Deterioro mental	10	20%
Evidente Deterioro mental	4	8%
Total	50	100%

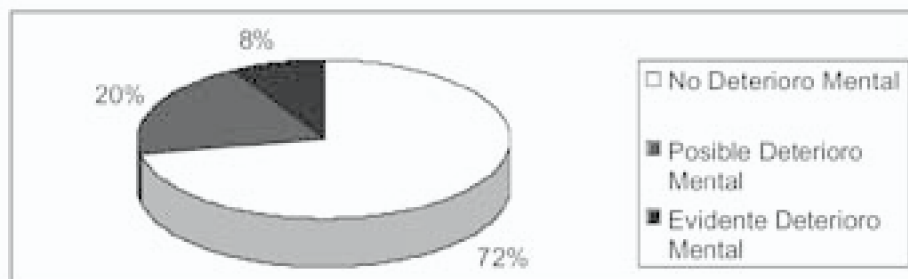


GRÁFICO N° 4: INDICE DE DETERIORO MENTAL

Aunque no resultan significativos, el posible deterioro y el evidente deterioro mentales (que en total hacen un 28%), éstos aparecen en los tres grupos etarios, incrementándose en pequeñas proporciones con la edad, como puede apreciarse en la tabla Nro. 16. Recordemos que dicho índice de deterioro mental, se calculó, tomando en cuenta el porcentaje normal de deterioro según la edad.

TABLA N° 16: Relación del índice de deterioro mental, con la edad de los sujetos.

Cualidad mental	Edades						Total	
	18/23	%	24/29	%	30/35	%		
No Deterioro	14	74%	16	73%	6	67%	36	72%
Posible Deterioro	4		5		1			
Evidente Deterioro	1	26%	1	27%	2	33%	4	28%
Total	19	100%	22	100%	9	100%	50	100%

Por otro lado, aquellos sujetos detectados con evidente deterioro mental (4 sujetos), presentaron disminución en sus habilidades cognitivas, llegando a categorías de límite y retardo mental leve. El sujeto más joven detectado con un evidente deterioro mental, tan sólo contaba con 20 años de edad.

## 4.2. Resultados con el Test de Raven.

### 4.2.1. Frecuencia de los sujetos por categoría (moda por categoría):

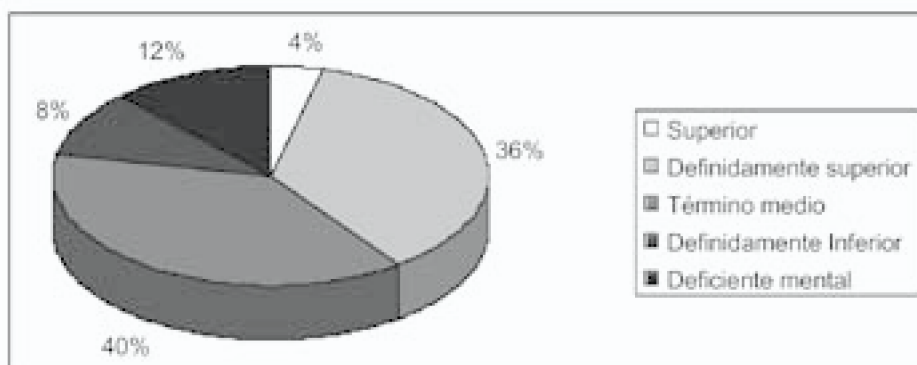
De acuerdo con los resultados en el test de Raven, y como puede apreciarse en el gráfico Nro. 5, el mayor porcentaje de sujetos alcanza la categoría de término medio, con un

40%, sin embargo, apreciando la tabla Nro. 17, dicha categoría y porcentaje se divide, en un 20% que pertenece a la subcategoría de término medio (+) y un 20% para la subcategoría de término medio (-). El segundo lugar en frecuencias, corresponde a la categoría definidamente superior (36%).

**TABLA N° 17: Categorías obtenidas en el test de Raven.**

<b>Categorías</b>	<b>Sujetos</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Niveles altos y bajos</b>	
Superior	2	4%		
Definidamente superior	18	36%		
Término medio (+)	10	20%	30	60%
Término medio (-)	10	20%		
Definidamente Inferior	4	8%		
Deficiente mental	6	12%	20	40%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

En esta tabla Nro. 17, observamos también que según la evaluación del test de Raven, no existe significativa disminución o compromiso de la habilidad mental general de los pacientes, ya que el 60% alcanza niveles de término medio (+) y hacia arriba, frente a un 40% que cae en niveles de término medio (-) y hacia abajo.



**GRÁFICO N° 5: CATEGORÍAS DEL TEST DE RAVEN**

#### **4.2.2. Moda, Mediana y Percentiles máximo y mínimo alcanzados:**

Según la moda, el percentil que mayormente se repite es 94, cuya correspondiente categoría es de definidamente superior. La mediana, por su parte, divide a la muestra en el percentil 66, cuya categoría corresponde al término medio (+). Estos estadísticos corroboran aún más el NO compromiso de la habilidad mental general de los sujetos.

Por otro lado, el percentil máximo alcanzado es de 99, y el mínimo obtenido, 1 (superior y deficiente mental respectivamente).

#### **4.2.3. Otras observaciones con el Test de Raven:**

El test de "Matrices Progresivas" de Raven, contiene en su estructura 5 series, de las cuales las series A y B, examinan los recursos predominantemente perceptivos, mientras que las C, D y E, las operaciones predominantemente reflexivas de la inteligencia. Aunque no contamos con un baremo para la medición por separado de ambas partes del test de Raven, podemos anotar las siguientes observaciones:

- En cuanto a los recursos predominantemente perceptivos, medidos a través de las series A y B, encontramos que 44 sujetos, es decir el 90% de la muestra logró responder correctamente, más de la mitad de los ítems de ambas series. Siendo que 6 sujetos (12%), lograron resolver correctamente la totalidad de ambas series. Al mismo tiempo, observamos una moda de 13 sujetos que lograron desarrollar el 95.8% de las series A y B; es decir, un mayor número de sujetos logró desarrollar correctamente 23 de los 24 ítems de las series A y B. La mediana, a su vez, se coloca en el puntaje de 87.5%, es decir, la mitad de la muestra logra resolver de 21 ítems a más, mientras que la otra mitad de la muestra, sólo resuelve correctamente de 21 ítems a menos.

Sólo 5 sujetos (10%), contestaron correctamente menos de la mitad de los ítems de las series A y B. Siendo sólo uno de ellos quien a penas resolvió 5 ítems correctamente.

- En cuanto a las operaciones predominantemente reflexivas de la inteligencia, medida a través de las series C, D y E, encontramos que 31 sujetos (63%), logra responder correctamente más de la mitad de los ítems de dichas series. Tan sólo un sujeto logra desarrollar correctamente la totalidad de los 36 ítems. La mediana, esta vez se coloca en el puntaje de 63.9%, dividiendo a la muestra en un grupo que resuelve correctamente de 23 ítems a más, y otro grupo que resuelve correctamente de 23 ítems a menos.

La moda, señala dos puntajes: 72.2% y 47.2%, es decir, un grupo representativo resuelve correctamente 26 ítems, mientras que otro grupo, también representativo, desarrolla correctamente tan sólo 17 ítems.

Por otro lado, 18 sujetos (37%) lograron responder correctamente menos de la mitad de los ítems de las series C, D y E. Uno de ellos, tan sólo resolvió 2 ítems correctamente.

Observamos que los estadísticos de moda, mediana y porcentaje señalan en la muestra en general adecuados recursos perceptivos; aunque no resulten igual de favorables las operaciones predominantemente reflexivas de la inteligencia; ya que en este último aspecto, sobretudo la moda en el puntaje 47.2%, nos estaría advirtiendo de cierto compromiso en dichas operaciones reflexivas. Estas anotaciones respecto a los recursos perceptivos y las operaciones reflexivas, aunque resultan ilustrativas respecto a la habilidad mental general de los pacientes con esquizofrenia paranoide, sin embargo, no son consideradas determinantes, ya que no contamos con la precisión de unos baremos de referencia.

### 4.3. Relación WAIS – R y Raven.

Ya en 1973, Grinker y col señalaban la presente aparente paradoja; al referir que entre sus jóvenes esquizofrénicos moderados y no psicóticos hay una dificultad en la capacidad intelectual, pese a la inteligencia normal o superior. Como puede observarse en el gráfico Nro. 6, encontramos una contradicción entre una prueba y otra; es decir, se obtienen mejores resultados en la prueba de las Matrices Progresivas de Raven, y por otro lado, unos desfavorables resultados con la Escala de Wechsler.

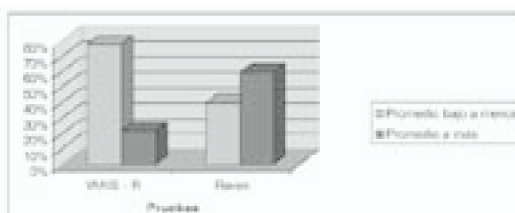


GRÁFICO N° 6: PORCENTAJE DE SUJETOS EN LOS NIVELES ADECUADOS Y DISMINUIDOS

Sin embargo, cabe recordar las diferencias estructurales entre una prueba y otra; obsérvese así que el test de Matrices Progresivas de Raven, no toma en cuenta el aspecto verbal o los conocimientos de cultura general, ni tampoco muchos aspectos relacionados con una currícula escolar o académica, como sí ocurriría con el WAIS –R. El test de Matrices Progresivas de Raven, utiliza estímulos visuales, para la evaluación de los recursos perceptivos y de las operaciones reflexivas de la inteligencia, para el desarrollo de un método de razonamiento lógico.

Es por ello que, si consideramos al WAIS – R como instrumento para medir habilidades cognoscitivas, y al Test de Raven, para medir la habilidad mental general, dicha contradicción se convierte más bien en complementariedad.

Los favorables resultados en la habilidad mental general obtenidos mediante el test de Raven, lo podemos apreciar también en el Test de WAIS – R, a través de los mejores resultados obtenidos en la subprueba de diseño con bloques, donde la mediana (9) y la moda (11 y 9) alcanzan la categoría promedio; y también, aunque en forma menos significativa, en las subpruebas de vocabulario y semejanzas, cuyas medianas (8 y 7 respectivamente) se encuentra en la categoría promedio bajo. Precisamente, dichas subpruebas, son las que Wechsler (1955) enfatizaba como las más apropiadas para medir la “inteligencia general”, además de medir ciertas habilidades específicas.

También podemos apreciar esta relación al obtener aunque en forma no muy significativa, mejores resultados en la escala manipulativa del WAIS – R. Consideremos además que el desempeño de estos pacientes en esta área, se ve afectada por factores tales como la disminución en la velocidad psicomotriz, en la atención y en la concentración, y por la presencia de la ansiedad.

Para determinar aún más dicha relación entre las habilidades cognoscitivas y la habilidad mental genera, distribuimos a los sujetos de acuerdo a sus resultados obtenidos en los test de WAIS – R y Matrices Progresivas de Raven; de modo que en la tabla Nro. 18, la cual es una tabla de doble entrada, se podrá observar, cuántos sujetos coincidieron en las categorías diagnósticas de una y otra prueba; así, tenemos por ejemplo, que 8 sujetos, lograron la categoría definidamente superior en el test de Raven, y la categoría

## Habilidades cognitivas en pacientes con esquizofrenia paranoide

Promedio en el test de WAIS – R. Por otro lado, tenemos que 4 sujetos obtienen la categoría de deficiente mental en el test de Raven, y de retardo mental leve, en el test de WAIS – R.

**TABLA Nro. 18: Distribución de los sujetos, de acuerdo a las categorías obtenidas en el test de Raven y WAIS – R.**

WAIS – R	Raven					Total	
	Superior	Definidamente Superior	T. Medio		Definidamente inferior		Deficiente Mental
			+	-			
Promedio alto	1	0	0	0	0	0	1
Promedio	1	8	1	0	0	0	10
Promedio bajo	0	4	5	1	0	1	11
Limítrofe	0	6	4	5	3	1	19
R.M. Leve	0	0	0	4	1	4	9
Total	2	18	10	10	4	6	50

De acuerdo con la premisa planteada en la tabla Nro. 18, encontramos 4 grupos cognoscitivos, en los cuales se distribuyen los sujetos, de acuerdo a su rendimiento en ambas pruebas aplicadas; dicha distribución se aprecia en la tabla Nro. 19.

**TABLA N° 19: Distribución de los sujetos, de acuerdo al grupo cognoscitivo que manifiestan.**

Grupo	Sujetos	Porcentaje
Pacientes que mantienen adecuadas sus habilidades cognitivas y su habilidad mental general.	11	22%
Pacientes que presentan disminución en sus habilidades cognitivas, pero que mantienen adecuada la habilidad mental general.	19	38%
Pacientes que presentan disminución en las habilidades cognitivas y en la habilidad mental general.	20	40%
Pacientes que mantienen adecuadas sus habilidades cognitivas, pero disminuida la habilidad mental general.	0	0%
Total	50	100%

Aunque no resulta significativo, el mayor porcentaje corresponde al grupo de sujetos que presentan disminución en sus habilidades cognitivas, como también en la habilidad mental general. Esto al mismo tiempo se ve influenciado por el evidente deterioro mental (4 sujetos) y el posible deterioro mental (6 sujetos).

Si tomamos en cuenta a los 2 grupos restantes, es decir a los sujetos que no presentan disminución ni en sus habilidades cognitivas ni en su habilidad mental general, y al grupo de sujetos que sólo presentan la disminución en sus habilidades cognitivas sin desmedro de la habilidad mental general, ambos grupos hacen un porcentaje significativo de 60%, por lo cual, no podemos afirmar que es la habilidad



mental general la que se ve afectado significativamente en esta población.

## 4.4. Habilidades cognoscitivas en estudio.

### 4.4.1. Frecuencia de los sujetos por niveles adecuados y disminuidos: (según puntajes escalares).

Teniendo en cuenta la descripción cualitativa sugerida para los puntajes escalares propuesto por Sattler (1982), los puntajes que van de 9 á 11, corresponden a la categoría promedio o normal, siendo que los puntajes menores de 9, son considerados como deficiencias. Observando el gráfico Nro. 7, podemos notar que todas las habilidades cognoscitivas se encuentran significativamente en déficit.

No obstante, de acuerdo con la tabla Nro. 20, los mejores porcentajes señalan a las habilidades de relaciones espaciales (40%) en primer lugar, pensamiento (38%) en segundo lugar, vocabulario (34%) en tercer lugar y la adaptación social (24%) en el cuarto lugar. Dichos porcentajes, aunque no resultan significativos, colocan a las respectivas habilidades en una relativa proporción, por encima del puntaje 9. Por otro lado, las habilidades cognoscitivas que se encuentran más afectadas, considerando los porcentajes son: concentración (88%) y memoria (84%).

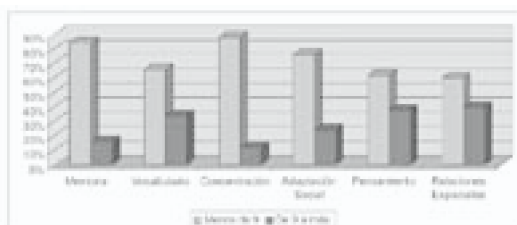


GRAFICO N° 7: NIVELES ADECUADOS Y DISMINUIDOS DE LAS HABILIDADES COGNOSCITIVAS

TABLA N° 20: Distribución de sujetos en los niveles por debajo y a partir del puntaje 9, en las habilidades cognoscitivas.

Habilidades Cognoscitivas	Menos de 9	Porcentaje	De 9 á más	Porcentaje	Total sujetos	
Memoria	42	84%	8	16%	50	100%
Vocabulario	33	66%	17	34%	50	100%
Concentración	44	88%	6	12%	50	100%
Adaptación Social	38	76%	12	24%	50	100%
Pensamiento	31	62%	19	38%	50	100%
Relaciones Espaciales	30	60%	20	40%	50	100%

#### 4.4.2. Moda, Mediana y Puntajes Máximos y Mínimos:

Aunque los estadísticos de moda y mediana colocan a todas las habilidades cognoscitivas en niveles por debajo de la categoría promedio o normal, en la tabla Nro. 21, podemos encontrar que las habilidades cognoscitivas que se encuentran en la clasificación promedio bajo según la mediana son: vocabulario (8), relaciones espaciales (7.75) y pensamiento (7). Dicha clasificación de promedio bajo, nos indicaría que los pacientes aún pueden desempeñar y aprender a realizar tareas que requieran dichas habilidades, aunque a costa de considerable esfuerzo. Por otro lado, las habilidades cognoscitivas que según la mediana se encuentran en una clasificación limítrofe, son: adaptación social (6.75), memoria (6.67) y concentración (5.5). Dicha clasificación limítrofe nos indicaría que los sujetos pueden desempeñar dichas habilidades, en sus formas más elementales, fracasando a medida que se incrementa la complejidad de la tarea.

**TABLA N° 21: Mediana, moda y puntajes máximos y mínimos obtenidos en las habilidades cognoscitivas.**

Habilidades Cognoscitivas	Mediana	Moda	Máximo	Mínimo
Vocabulario	8	8	12	3
Relaciones Espaciales	7.75	6	13.5	1.5
Pensamiento	7	6	15	2
Adaptación Social	6.75	7	13	1.5
Memoria	6.67	6.67	10.67	2.67
Concentración	5.5	4	12.5	1.5

La moda sin embargo, discrepa con la mediana en las siguientes habilidades:

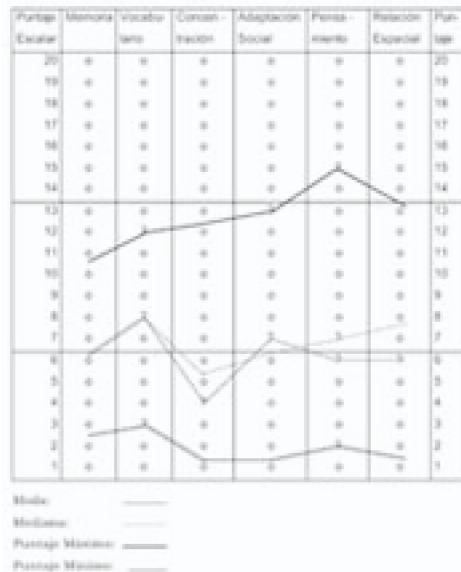
- Las relaciones espaciales, ya que se repite mayormente el puntaje equivalente de 6, el cual corresponde a la clasificación limítrofe. Este puntaje podría verse afectado por las limitaciones en la agilidad motora y los síntomas de ansiedad, factores característicos en dicha población, y que influyen en el rendimiento en las respectivas subpruebas de la Escala de Wechsler.
- En cuanto al pensamiento, la moda también señala un puntaje equivalente de 6, lo cual demuestra una mayor tendencia al pensamiento funcional o concreto. Asimismo, esta habilidad, de acuerdo con Wechsler (1955), puede ir disminuyendo conforme aumenta la cronicidad y el deterioro.
- La adaptación social, obtiene una moda de 7, correspondiéndole una clasificación de promedio bajo, y que coloca a dicha habilidad en una mejor posición, en relación con lo señalado por la mediana.

La concentración, de acuerdo con la moda, cae por debajo de vocabulario en 4 unidades, lo que nos indica que existe una significativa disminución de la concentración en los pacientes con esquizofrenia paranoide, tomando en cuenta las observaciones anotadas

por Wechsler.

Respecto a la memoria; apreciando la mediana de las subpruebas, la memoria remota (Información: 8) aparece en mejores niveles frente a la memoria inmediata (retención de dígitos: 6 y dígito símbolo: 6), lo cual puede relacionarse también con la dificultad para la atención y la ansiedad.

Los puntajes de moda, mediana y los puntajes máximos y mínimos alcanzados, pueden apreciarse mejor y compararse en el siguiente perfil Nro. 3.



*PERFIL N° 3: Moda, mediana y puntajes máximos y mínimos obtenidos en las habilidades cognitivas.*



---

## CONCLUSIONES

Respecto a los pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide, con grado de instrucción mínima de secundaria completa, que reciben tratamiento y atención ambulatoria regular y fluctúan entre los 18 á 35 años de edad, se aprecia lo siguiente:

1. Se encuentra una significativa disminución en las habilidades cognoscitivas en el presente estudio, siendo que el 78% de la muestra, cae por debajo de la categoría promedio en la evaluación del WAIS – R. Esto influiría en su rendimiento global, observándose que la mayoría (38%) obtiene un nivel de inteligencia limítrofe.

2. No se observa significativa disminución en la habilidad mental general; ya que sólo un 40% de la muestra cae por debajo del percentil 50 en la evaluación del test de Raven; siendo que el 60% de la muestra alcanza buenos resultados, por encima de dicho percentil. En el test de WAIS – R, podemos detectar estos mejores niveles en la habilidad mental general, a través de los puntajes alcanzados en la subprueba de diseño con bloques (mediana: 9) que alcanza una categoría promedio, y aunque de forma menos significativa, en las subpruebas de vocabulario (mediana: 8) y semejanzas (mediana: 7), estas dos últimas, encontrándose en una categoría promedio bajo.

3. Aunque no resulta significativo en una muestra joven como la del presente estudio, la presencia del deterioro mental y/o la posibilidad de ésta (28% de los sujetos), puede observarse incluso en los sujetos más jóvenes, de entre 20 á 23 años de edad; incrementándose la frecuencia y el grado, conforme a la edad, aunque en mínimas proporciones. La evidencia del deterioro mental, interfiere tanto en las habilidades cognoscitivas como también en la habilidad mental general encontrándose que los

pacientes que presentan un evidente deterioro mental, obtienen niveles limítrofe y de retardo mental leve en las evaluaciones del WAIS – R, y puntuaciones por debajo del percentil 50 en la evaluación del test de Raven, obteniendo incluso categorías de deficiente mental en esta prueba.

4. Otras variables que interfieren en el rendimiento de dichos sujetos, son: la disminución en la velocidad psicomotriz, lo cual se refleja en los bajos puntajes de la subprueba de dígito símbolo (moda: 4; mediana: 6) y la ansiedad o angustia, reflejados en la subprueba de ensamblaje de objetos (moda y mediana: 6). Dichas variables, dificultarían el desempeño de estos sujetos en las diversas tareas que se les asignen.

5. Las habilidades cognoscitivas que se ven mayormente disminuidas son: la concentración (mediana: 5.5) y la memoria (mediana: 6.67). Ambas habilidades, de acuerdo con la mediana se encuentran en una clasificación limítrofe, lo que indica que los sujetos desempeñan dichas habilidades, en sus formas más elementales, fracasando a medida que se incrementa la complejidad de la tarea.

La habilidad para la concentración, de acuerdo con la moda, se aprecia significativamente disminuida, ya que el puntaje mayormente obtenido en esta habilidad (4), corresponde a una categoría de retraso mental.

La memoria a largo plazo, según la mediana de la subprueba de información (8), se encuentran en mejor estado frente a la memoria a corto plazo o subprueba de retención de dígitos (6); esto también puede deberse a que ante los bajos niveles de concentración, la memoria a corto plazo por consiguiente también se ve afectada.

6. Las habilidades cognoscitivas que obtienen una clasificación de promedio bajo, es decir, que los pacientes aún pueden desempeñar y aprender a realizar tareas que requieran de dichas habilidades, aunque a costa de un considerable esfuerzo, son, según la mediana: vocabulario (mediana: 8), relaciones espaciales (mediana: 7.5) y pensamiento (mediana: 7).

Con respecto al vocabulario, esta habilidad obtiene los mejores puntajes, tanto en la moda y la mediana (8 en ambos casos); y se refiere a la riqueza, comprensión y fluidez verbales.

En la habilidad para las relaciones espaciales, se encuentra una moda en el puntaje 6, (en la categoría limítrofe) ello pudiera deberse a la dificultad en la velocidad psicomotora, la ansiedad y el deterioro mental. Esta habilidad para las relaciones espaciales, se refieren a la orientación espacial y la integración espacial.

En cuanto a la calidad del pensamiento, se aprecia asimismo una moda en el puntaje 6 (con la clasificación limítrofe), que indicaría una mayor tendencia hacia el pensamiento funcional y concreto. Al mismo tiempo, que esta habilidad se encuentra limitada por el deterioro mental.

7. La habilidad para la adaptación social, aunque se encuentra según la mediana (6.75) en un nivel limítrofe, obtiene sin embargo una moda (7) en la clasificación promedio bajo.

Las dificultades en esta habilidad, pudieran deberse a la disminución en el juicio y el sentido común, ya que la subprueba de comprensión obtiene una moda y mediana de 6,

con la categoría limítrofe, mientras que la capacidad para manejar situaciones humanas, que se refleja en la subprueba de ordenamiento de figuras, obtiene una moda y mediana de 7, correspondiéndole la categoría promedio bajo.

Teniendo en cuenta tales resultados y lo descrito por Wechsler (1955) acerca de dichas subpruebas, podría señalarse que los sujetos, aunque con ciertas limitaciones, pueden ser participativos socialmente, pudiendo igualmente con ciertas dificultades, captar las secuencias causales o las probabilidades de los sucesos que pudieran ocurrir. Sin embargo, sólo en forma elemental, pueden comprender ciertas reglas sociales, respondiendo consiguientemente de forma poco eficaz.





## RECOMENDACIONES

1. Al encontrarse según los resultados del test de WAIS - R, bajos niveles en las habilidades cognoscitivas, se resalta la importancia del proceso de Rehabilitación Integral en estos pacientes, enfatizando en la psicoeducación y desarrollo de habilidades.

2. Al ser la concentración y la memoria, especialmente la memoria a corto plazo, las habilidades más disminuidas, resultaría favorable adaptar los programas psicoeducativos de la rehabilitación utilizando instrucciones sencillas, de fácil comprensión, y el empleo de materiales didácticos y técnicas dinámicas que capten el interés del paciente; al mismo tiempo, que sería recomendable la repetición constante de los temas importantes que se traten.

3. La evaluación psicológica individual de las diversas habilidades aún continúan siendo imprescindibles para la planificación de la rehabilitación, ya que cada paciente es diferente uno de otro, y por consiguiente, la necesidad de estimular una u otra habilidad difiere del grado de desarrollo de las mismas. Asimismo, la evaluación psicológica de las habilidades cognoscitivas, nos ofrecería una valiosa información para la toma de decisiones respecto a la orientación vocacional y colocación laboral, siendo estos dos, necesarios en el proceso de reinserción laboral.

4. Observamos a través de los bajos resultados en la subprueba de dígito símbolo, una disminución en las habilidades motoras, tales como la velocidad psicomotriz y la coordinación visomotora. Por ello, se hace necesaria la evaluación de dichas habilidades durante la orientación vocacional y la colocación laboral, ya que en ciertas ocupaciones, son requeridas para una mayor productividad o calidad en el trabajo. Por ello, para el

desarrollo de tales habilidades, se hacen necesarios, los entrenamientos en las tareas de tipo manual y en las actividades deportivas.

5. Resulta importante aprovechar y fomentar el interés del paciente por seguir o continuar estudios, sin embargo, para dicho fin, es imprescindible una adecuada orientación vocacional, en la que se tengan en cuenta tanto las habilidades cognitivas como los intereses. Recordemos que el promedio de nuestra muestra obtiene niveles limítrofes según la Escala de Wechsler, y teniendo en cuenta las características de la enfermedad, se suele recomendar aquellas carreras de baja exigencia y corta duración. Volvemos a mencionar a continuación algunas de las carreras elegidas y estudiadas por los pacientes de nuestra muestra: Computación e Informática, Inglés, Cosmetología, Diseño Gráfico, Auxiliar en Contabilidad, Ensamblaje y Electrónica.

6. En lo referente a la orientación vocacional, el estudio e investigación (ya sean de tipo descriptivos o cuasi experimentales) y el seguimiento, en los pacientes psicóticos crónicos se hacen necesarios para el mayor conocimiento de los resultados y realidad de la orientación vocacional y la rehabilitación profesional.

7. La reinserción laboral, constituye una fuente de motivación para que el paciente continúe con su tratamiento farmacológico y de Rehabilitación. En este aspecto, la intervención del soporte familiar también resulta imprescindible, obsérvese que en algunos casos encontramos que los puestos de trabajo son de tipo familiar (negocios familiares de ventas de diversos productos, servicios de carpintería, mecánica, restaurante), constituyendo esta una alternativa muy conveniente por lo que se otorga de este modo las mayores facilidades necesarias para el paciente.

8. Se observa que el tratamiento grupal constituye una valiosa fuente de soporte para el paciente, ya que al compartir experiencias similares, logros, y dificultades, el paciente sentirá que no se encuentra solo, e incluso, puede percibirse que en dichos ambientes terapéuticos grupales, el paciente tiende a desarrollar habilidades sociales y valores de cooperación.

9. Las habilidades sociales, pueden ser también orientadas y fomentadas a través de los programas psicoeducativos de habilidades sociales. Recordemos que según los resultados de la presente investigación, la adaptación social se ve menguada por la disminución en el juicio, con un consiguiente comportamiento poco eficaz. Por ello, son necesarios tales programas de habilidades sociales, como también el brindar orientación al paciente y a su familia para lograr en lo posible una armoniosa convivencia.

10. La intervención de un equipo interdisciplinario en el tratamiento y rehabilitación integral del paciente con esquizofrenia paranoide, resulta imprescindible para la obtención de los mejores resultados. Valencia y Cols. (2002), recalcan que tanto el tratamiento farmacológico y el psicosocial, llevados a la par, logran significativas mejoras en la actividad global y el nivel de funcionamiento psicosocial. Por ello, para conseguir un mayor acercamiento a los objetivos del proceso de rehabilitación integral, son necesarios los aportes de diversas especialidades tales como la psicología, la psiquiatría, neurología y demás ciencias de la salud, como enfermería, trabajo social y la medicina física y rehabilitación.

11. Hoy en día, contamos con la ventaja de los grandes avances, sobre todo en el

---

aspecto farmacológico, lo cual hace posible dejar atrás las actitudes consecuentes al estigma de la enfermedad mental. Por ello, se sugiere incentivar a los estudiantes de psicología y demás áreas de la salud, al estudio y posterior atención de las enfermedades mentales. De este modo, podría contribuirse a un cambio de actitud, donde podamos apreciar al paciente psicótico crónico como un ser humano, que tan sólo padece de una enfermedad, aunque grave y crónica, y que por tanto, necesita de nuestra ayuda profesional y no su marginación social.



---

# BIBLIOGRAFÍA

- Alburquerque, F. (2001) Módulo psicoeducacional (del programa de Terapia Multifamiliar). Lima. Servicio de Rehabilitación INSM "HD – HN".
- Arias, J. (1986) Algunas contribuciones para un glosario psicopatológico en clínica psiquiátrica. TESIS DOCTORAL en Medicina. UPCH, Lima.
- Belloch, A. y col. (2002). Trastornos de la personalidad. España: Editorial Síntesis S.A.
- Caballero, N. (1991) Indicadores de cronicidad en esquizofrenia. TESIS DOCTORAL en Medicina. UPCH, Lima
- Celada, J. (1989) Desórdenes Psíquicos Pautas de Evaluación y Tratamiento. Lima: Ediciones: Centro de Neuropsicología y Rehabilitación.
- Cerdá, E. (1965) Psicología Aplicada. Barcelona: Editorial Herder.
- CERP (1997). Proyecto Directivo Referencia y contrarreferencia. Lima: Ministerio de Salud.
- Clasificación Internacional de Enfermedades – 10. (1992). ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
- Chávez, H. (1987) Esquizofrenia latente: Parámetros predictivos, estudio comparativo de una casuística Institucional. TESIS DOCTORAL en Medicina. UPCH. Lima
- Enciclopedia de la Psicopedagogía, Pedagogía y Psicología. (1998) Barcelona: Océano Grupo Editorial, S. A.
- Esquizofrenia paranoide <http://matap.dmae.upm.es/cienciafi>

- ccion/DIVULGACION/12/ESQUIZOFRENIA%20PARANOIDE.html
- Freedman, A. y cols. (1983). Compendio de Psiquiatría. Barcelona: Salvat Editores S.A.
- Gargoloff, P y Plastina, A (2002). Impacto Individual, social y Económico de la Esquizofrenia. Revista latinoamericana de psiquiatria. 87 – 94.
- Guadalupe, M. El desarrollo de habilidades como objetivo educativo. Una aproximación conceptual. Universidad de Guadalajara.  
<http://educacion.jalisco.gob.mx/consulta/educar/06/6habilid.html>
- Hernández, R. y cols. (1991) Metodología de la Investigación. México: Ed. McGraw – Hill.
- Kaplan, H. y cols. (1996). Sinopsis de psiquiatría. Séptima edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Lemos, S. (2000). Psicopatología General. Madrid: Editorial síntesis. S.A.
- López, E. (1974). Nivel intelectual de niños con parálisis cerebral. Tesis para optar el grado de Bachiller en Psicología. UNMSM. Lima
- Matos, D. (1989) Rehabilitación en Salud Mental: Modelo Operativo de Atención Psicológica. TESIS DOCTORAL en Psicología. UPCH. Lima.
- Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association. (2002). México D.F. – Santafé de Bogotá. APA.
- Medlineplus (septiembre 2005) Esquizofrenia paranoide <http://medlineplus.gov/spanish/>
- Morocho, J. (1974) Comparación del rendimiento intelectual de pacientes neuróticos y pacientes con alteración orgánico – cerebral. Tesis para optar el grado de Bachiller en Psicología. UNMSM. Lima
- Neira, E. (1993) Factores intelectuales y de personalidad y su relación con el desempeño laboral. Tesis para optar el título profesional de Psicología. UNMSM. Lima
- Neisser, U. (1990) Psicología Cognoscitiva. México D. F.: Editorial Trillas.
- Psicomed.net. CIE - 10 F20-29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes  
[http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie\\_10/cie10\\_F20-F29.html](http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie_10/cie10_F20-F29.html)
- Raven, J. (1986). Test de Matrices Progresivas. Buenos Aires – Barcelona – México: Editorial Paidós.
- Sáiz, J. (1999). Esquizofrenia enfermedad del cerebro y reto social. Barcelona: Masson S.A.
- Sánchez, H. y Reyes, C. (1984). Metodología y diseños en la investigación científica. Lima
- Sattler, J (1982). Evaluación de la Inteligencia infantil y habilidades especiales. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- Sell, H & Nagaswami, V. (1996) Manual en Rehabilitación Psicosocial. Genova: Organización Mundial de la Salud.
- Tejada, K. (1976) Desarrollo de un plan de Salud Mental en el Perú: Proyecto Barranca. TESIS DOCTORAL en Medicina, UPCH. Lima

- Valencia, M. y cols. (2002) La importancia de los tratamientos farmacológico y psicosocial de los pacientes con esquizofrenia. Revista latinoamericana de psiquiatria. 1,6 – 21.
- Wechsler, D. (1955). Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale. New York: Hospital Psiquiátrico Bellevue
- Wechsler, D (1981). Wechsler Adult Intelligence Scale – Revised. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Zevallos, A. (1989) Salud Mental. Lima. Editorial Rafaelito.





---

# ANEXO

## DESCRIPCIÓN DE CASOS

### 1.1 Sujeto 11 (alcanzó el mayor nivel intelectual):

Paciente varón, de 19 años de edad, soltero, natural de Lima, con estudios de secundaria completa. Es diagnosticado con Esquizofrenia Paranoide, sin antecedentes de hospitalización.

Vive con ambos padres y 2 hermanas; no presenta experiencia laboral; sin embargo, llevó estudios adicionales de Inglés, Oratoria y Liderazgo, y participó en deportes en un club juvenil.

Basándonos en su Historia Clínica, inicia enfermedad en Marzo del 2001. Se registra, presentaba alucinaciones auditivas, delusiones de referencia y extravagantes.

Madre inicia el relato, refiriendo que tuvo que cambiar a su hijo de colegio, pues decía que no podía ver a nadie a los ojos, porque ofendía con su mirada. El cambio de colegio fue favorable, ya que disminuyó su miedo a la gente, sin embargo, la idea mencionada permanecía, señalando el paciente que a través de la mirada, podía conocer las intenciones de los demás, y que él podía saber lo que los demás pensaban a través de sus actitudes, esto, según él, es una habilidad que ha ido desarrollando desde niño, y que todos lo pueden desarrollar.

Luego de terminar el colegio, estudió Inglés, alcanzando sin embargo, un mal rendimiento, explicando esto debido a que no tenía facilidad para los pasos orales.

Comenzó a escuchar lo que hablaban personas que no se encontraban presentes; esto lo atribuyó a un plan de Dios, sin considerarlo como algo anormal.

Luego de no aprobar el examen de admisión a la UNMSM, comenzó a decir que lo estaban filmando, hablando bajo para que no lo escuchen.

Respecto a sus evaluaciones, en el test de WAIS – R, obtiene un CI global de 118, y un CI verbal de 111, ambos en la categoría de normal superior; su CI manipulativo asciende a 124, siendo una categoría superior. En el test de Raven, logra un percentil de 99, igualmente, con la categoría de superior.

Observamos que es el único sujeto de nuestra muestra que alcanza según el test de WAIS – R, niveles de normal superior y superior.

### **1.2. Sujeto 44 (menor nivel intelectual):**

Paciente varón, de 29 años de edad, soltero, natural de Lima, religión evangélica, con estudios superiores incompletos en la Marina. Es diagnosticado con esquizofrenia paranoide, aunque sin antecedentes de hospitalización.

Reside en un ambiente familiar constituido por ambos padres y hermanos.

Basándonos en la información de su Historia Clínica, encontramos que presenta síntomas de delirio místico, ideas de año y alucinaciones auditivas.

Inicia enfermedad en 1997, cuando luego de ser “dado de baja” en la Marina, empieza a presentar la sensación de que sus compañeros y personas de la calle hablan mal de él, diciéndole “loco”; adicionalmente, escucha voces que se dirigen a él, diciéndole “Loco”.

Es llevado al Hospital Hermilio Valdizán, donde le recetan Haldol Decanoas, con el cual mejora, sin embargo, deja la medicación, y es llevado eventualmente al Hospital Víctor Larco Herrera, en el 2001.

Los siguientes síntomas que se describen, corresponden a cefaleas internas y la sensación de que le quieren hacer daño.

Luego, manifiesta conductas tales como soliloquios, a lo cual responde que esta rezando; recoge basura, y escribe en la pared la palabra “Jehova”, para que el diablo no se acerque.

En cuanto a sus evaluaciones, de acuerdo al test de WAIS – R, alcanza un CI global de 58, un CI verbal de 64 y un CI manipulativo de 56; correspondiendo en estos 3 niveles, la categoría de Retardo Mental Leve. Igualmente, en el test de Raven, obtiene una categoría de deficiente mental. Sin embargo, apreciamos un evidente deterioro mental, el cual es también influido por la evidencia de síntomas positivos que aún manifiesta.

### **MATRIZ N° 1: DATOS GENERALES**

---

MATRIZ N° 2: ESTUDIOS EN CEO Y EXPERIENCIA LABORAL

MATRIZ N° 3: RESULTADOS

**FORMATO DE REGISTRO – PSICOMETRIKA***Consultar en formato impreso***PROTOCOLO DE PRUEBA DE RAVEN – Escala General**

*Consultar en formato impreso*