

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE TRUJILLO

BENEDICTO XVI

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN:

PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD



**DETERIORO COGNITIVO RELACIONADO A CONDUCTAS
AGRESIVAS EN PACIENTES CRÓNICOS CON ESQUIZOFRENIA
DE UN CENTRO DE REHABILITACION EN CERRO DE
PASCO 2022**

Tesis para obtener el grado académico de:
**MAESTRO EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN: PSICOLOGÍA
CLÍNICA Y DE LA SALUD**

AUTOR

Br. Karina Esmeralda Matos Matos

ASESORA

Dra. Virginia Rosemary Guerrero Carranza

<https://orcid.org/0000-0002-4560-6378>

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Violencia, trasgresión e intervención y/o psicoterapia

TRUJILLO - PERÚ

2023

DETERIORO COGNITIVO RELACIONADO A CONDUCTAS AGRESIVAS EN PACIENTES CRÓNICOS CON ESQUIZOFRENIA DE UN CENTRO DE REHABILITACION EN CERRO DE PASCO 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%	16%	1%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uct.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	3%
3	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	3%
4	1library.co Fuente de Internet	1%
5	www.behavioralpsycho.com Fuente de Internet	1%
6	revistamedicojuridica.com Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1%
8	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1%

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Exemo Mons. Dr. Héctor Miguel Cabrejos Vidarte, O.F.M.

Arzobispo Metropolitano de Trujillo

Fundador y Gran Canciller de la Universidad

Católica de Trujillo Benedicto XVI

Dr. Luis Orlando Miranda Díaz

Rector de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI

Dra. Mariana Geraldine Silva Balarezo

Vicerrectora académica

Dr. Winston Rolando Reaño Portal

Director de la Escuela de Posgrado

Dra. Ena Cecilia Obando Peralta

Vicerrectora de Investigación (e)

Dra. Teresa Sofía Reategui Marin

Secretaría General

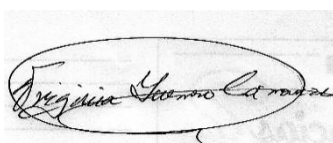
CONFORMIDAD DEL ASESOR

Yo, Dra. Virginia Rosemary Guerrero Carranza, con DNI N° 08888685, asesor(a) de la Tesis de Maestría titulada: DETERIORO COGNITIVO RELACIONADO A CONDUCTAS AGRESIVAS EN PACIENTES CRÓNICOS CON ESQUIZOFRENIA DE UN CENTRO DE REHABILITACION EN CERRO DE PASCO 2022, de la maestranda Karina Esmeralda Matos Matos, con DNI N° 45848338, informo lo siguiente:

En cumplimiento de las normas establecidas en el Reglamento de la Escuela de Posgrado de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI, en mi calidad de asesor(a), me permito conceptuar que la tesis reúne los requisitos técnicos, metodológicos y científicos de investigación exigidos por la escuela de posgrado.

Por lo tanto, el presente trabajo de investigación está en condiciones para su presentación y defensa ante un jurado.

Trujillo, 22 de junio de 2023



.....
Dra. Virginia Rosemary Guerrero Carranza

ORCID: 0000-0002-4560-6378

Asesor(a)

DEDICATORIA

A Dios.

Por permitirme ejercer mi profesión con idoneidad y al servicio de los que lo necesitan en un mundo competitivo.

A María mi madre.

Por ser mi motivación para esforzarme en crecer como profesional, impulsándome a proseguir y llegar a la meta.

AGRADECIMIENTO

Al Coordinador del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC por facilitar los procesos de obtención de datos durante el periodo de ejecución.

A mi asesora Dra. Virginia Rosemary Guerrero Carranza por su guía durante el constructo y presentación de la tesis.

A los familiares de los pacientes por facilitar los procesos de obtención de datos durante la aplicación de los instrumentos.

Un especial agradecimiento a los pacientes que participaron en la presente tesis.

¡Gracias!

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Karina Esmeralda Matos Matos con DNI 45848338, egresada de la Maestría en Psicología con Mención en: Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI, doy fe que he seguido rigurosamente los procedimientos académicos y administrativos emanados por la Escuela de Posgrado de la citada Universidad para la elaboración y sustentación de la tesis titulada: DETERIORO COGNITIVO RELACIONADO A CONDUCTAS AGRESIVAS EN PACIENTES CRÓNICOS CON ESQUIZOFRENIA DE UN CENTRO DE REHABILITACION EN CERRO DE PASCO 2022, la que consta de un total de 78 páginas, en las que se incluye 08 tablas, 06 figuras y 23 páginas en apéndices.

Dejo constancia de la originalidad y autenticidad de la mencionada investigación y declaramos bajo juramento en razón a los requerimientos éticos, que el contenido de dicho documento corresponde a mi autoría respecto a redacción, organización, metodología y diagramación. Asimismo, garantizo que los fundamentos teóricos están respaldados por el referencial bibliográfico, asumiendo un mínimo porcentaje de omisión involuntaria respecto al tratamiento de cita de autores, lo cual es de nuestra entera responsabilidad.

Se declara también que el porcentaje de similitud o coincidencia es de 16%, el cual es aceptado por la Universidad Católica de Trujillo.

La autora.



Br. Karina Esmeralda Matos Matos

DNI: 45848338

ÍNDICE

Porcentaje de Similitud.....	ii
Autoridades universitarias.....	iii
Conformidad del asesor.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Declaratoria de autenticidad.....	vii
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
I. INTRODUCCIÓN	13
II. METODOLOGÍA.....	30
III. RESULTADOS.....	33
IV. DISCUSIÓN.....	43
V. CONCLUSIONES.....	46
VI. RECOMENDACIONES.....	47
VII. REFERENCIAS	48
ANEXOS.....	56
Anexo 1: Instrumentos de recolección de la información.....	56
Anexo 2: Consentimiento informado	62
Anexo 3: Matriz de consistencia	73
Anexo 4: Constancia emitida por la institución donde se realizó el estudio	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01. Relación entre la dimensión orientación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.....	33
Tabla 02. Relación entre la dimensión fijación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.....	34
Tabla 03. Relación entre la dimensión concentración y cálculo del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.....	35
Tabla 04. Relación entre la dimensión memoria del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.....	36
Tabla 05. Relación entre la dimensión lenguaje y construcción del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.....	37
Tabla 06. Relación entre el deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.....	38
Tabla 07. Valor Calculado de Spearman Brown.....	39
Tabla 08. Relación entre las dimensiones de deterioro cognitivo y la conducta agresiva...	40

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 01. Relación entre la dimensión orientación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.....	33
Figura 02. Relación entre la dimensión fijación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.....	34
Figura 03. Relación entre la dimensión concentración y cálculo del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.....	35
Figura 04. Relación entre la dimensión memoria del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.....	36
Figura 05. Relación entre la dimensión lenguaje y construcción del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.....	37
Figura 06. Relación entre el deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.....	38

RESUMEN

La presente tesis tuvo como objetivo general determinar la relación entre el deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. Se planteó la siguiente hipótesis: Existe relación entre el deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. Estudio de tipo correlacional, método inductivo, de diseño no experimental, correlacional, prospectivo y transversal; la población estuvo constituida por 33 pacientes internados con el Diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, se aplicó la muestra censal. En la aplicación de instrumentos se utilizó el Examen Cognoscitivo Mini - Mental y cuestionario de Agresión de Buss y Perry, adaptado por Tintaya 2017. Una vez aplicada los instrumentos se concluye que existe poca o nula relación inversa entre el deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC con un valor rho de -0.029 y p. valor de 0.874.

Palabras Clave: Agresividad, deterioro cognitivo, esquizofrenia, pacientes.

ABSTRACT

The general objective of this thesis was to determine the relationship between cognitive impairment and aggressive behaviors in patients with paranoid schizophrenia at the Center for Comprehensive Rehabilitation of Chronic Patients-CRIPC. The following hypothesis was raised: There is a relationship between cognitive impairment and aggressive behaviors in patients with paranoid schizophrenia from the Center for Comprehensive Rehabilitation of Chronic Patients-CRIPC. Correlational type study, inductive method, non-experimental, correlational, prospective and cross-sectional design; The population consisted of 33 hospitalized patients with the Paranoid Schizophrenia Diagnosis, the census sample was applied. In the application of instruments, the Mini-Mental Cognitive Examination and the Aggression questionnaire by Buss and Perry, adapted by Tintaya 2017, were used. Once the instruments were applied, it was concluded that there is little or no inverse relationship between cognitive impairment and aggressive behaviors in patients with paranoid schizophrenia of the Comprehensive Rehabilitation Center for Chronic Patients-CRIPC with a rho value of -0.029 and p. value of 0.874.

Key Words: Aggression, cognitive impairment, schizophrenia, patients.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2020) señala que la esquizofrenia implica una alteración mental que viene afectando a más de veintiún millones de habitantes a nivel mundial. Presenta distorsión de los procesos del pensamiento, percepción, emoción, conciencia, lenguaje y conducta. Siendo los síntomas más frecuentes alucinaciones auditivas y delirios.

También la Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2020) establece que en el caso de la esquizofrenia radica en una alteración de la mente muy preocupante y perjudica a millones de personas en todas las partes del mundo; es así que a nivel mundial, la esquizofrenia se relaciona a una discapacidad conmensurable, lo cual puede perjudicar el desempeño social de la persona.

La esquizofrenia es una alteración mental crónica, la cual se caracteriza por modificaciones graves en diversas funciones mentales como: percepción, atención, lenguaje y memoria y esta se presenta usualmente entre edades de 15-25 en caballeros, y 25 a 35 en damas (Stucchi, 2022). En México Badertscher (2022), desarrolló un estudio donde evidencia alarmantes datos estadísticos; más de seis Millones de latinoamericanos padecen esquizofrenia, pero por falta de diagnóstico, casi el 75% de los pacientes quedan sin tratamiento, además deja de lado las consecuencias que genera padecer dicha enfermedad, complicando su salud y generando aislamiento social de estos pacientes.

Mientras que en Chile, Barrera (2015) desarrolló un estudio donde evidencia que la esquizofrenia genera déficits cognitivo severo, afectando su memoria declarativa verbal, función ejecutiva, memoria de trabajo y atención sostenida, conllevando a un deterioro en sus relaciones sociales; afectando su función ocupacional y afectando la capacidad de vivir independientemente.

Kanashiro (2015) en Lima desarrolló un estudio donde encontró deterioro en las habilidades cognoscitivas en pacientes con esquizofrenia evaluados con el test de WAIS-R, aunque no evidenciando una pérdida total de la habilidad mental general según el test de Raven. Siendo el deterioro cognitivo la concentración y la memoria.

De acuerdo al Centro de Adicciones y Salud Mental de Barcelona las reacciones de agresividad presentada por pacientes con esquizofrenia “suelen ocasionarse en episodios

sicóticos, debido a que la gran mayoría con este diagnóstico suelen asustarse y reaccionar de forma inesperada tratando de defenderse”. (Centro de Adicciones y Salud Mental, 2018)

Según Esbec & Echeburúa (2016) Colombia, la agresividad es inherente al ser humano, para responder ante amenazas y/o peligros externos. Sin embargo; menos del diez por ciento de la agresividad experimentada socialmente se le atribuye a pacientes con esquizofrenia. Siendo mayor este porcentaje en pacientes esquizofrenicos con consumo de drogas, historia de violencia, alucinaciones auditivas, trastornos de personalidad y eventos sociales desfavorables.

En España; Blanco, Taboada y Docasar (2017) hallaron que 14 pacientes con esquizofrenia presentaron algún tipo de conducta agresiva durante su tratamiento en un año, orientándose dicha violencia a sus familiares más cercanos. Siendo los varones los más agresivos, según tipo de esquizofrenia los de tipo paranoide fueron los más agresivos 37 pacientes, los que incumplían el tratamiento 28 pacientes que consumían sustancias como cocaína y alcohol, 27 pacientes.

Chanduvi, (2019) Lima, realizó un estudio donde evidencia que la violencia física doméstica generada por pacientes esquizofrénicos no es estadísticamente significativa atribuible a estos pacientes ($p=235$). En tanto la violencia psicológica mostró datos significativos ($p=0,025$) asociados a estos pacientes; también encontró que existe un incremento del 1,7 veces la posibilidad de sufrir agresión por un paciente esquizofrénico ($PR=1,745$, $IC:1,071-2,843$). La violencia sexual evidenció a esquizofrenia ($p=0,00$) de significancia estadística. Violencia patrimonial evidenció a esquizofrenia ($p=0,018$) de significancia estadística; aumentando así en 1,7 veces la probabilidad de agresividad ($PR=1,745$, $IC:1,103 - 2,917$).

En base a los datos mencionados se realiza la pregunta ¿Qué relación existe entre el deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC? Los problemas específicos ¿Qué relación existe entre la dimensión orientación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC? ¿Qué relación existe entre la dimensión fijación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC? ¿Qué relación existe entre la

dimensión concentración y cálculo del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC? ¿Qué relación existe entre la dimensión memoria del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC? ¿Qué relación existe entre la dimensión lenguaje y construcción del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC?

Sobre la justificación fue conveniente porque durante el trabajo realizado en el CRIPC, se evidenció a pacientes que sufren de esquizofrenia, a quienes se les va realizando tratamientos prolongados, observando que muchos de ellos empiezan a presentar procesos de deterioro cognitivo, también se evidenció conductas agresivas en algunos de ellos, sobre todo cuando van a realizar el tratamiento farmacológico. Sirvió para mejorar la problemática descrita, en base a los resultados obtenidos y se pudo tomar acciones específicas. Así mismo, posee relevancia social, pues los beneficiados directos fueron los pacientes crónicos del CRIPC e indirectos fueron los familiares de los pacientes del CRIPC y la sociedad circunscrita en el ámbito de desarrollo y quehacer del paciente. Siendo así que las implicaciones prácticas permitieron desarrollar programas, sesiones y/o talleres con enfoque institucional o de cuidado domiciliarios para de esta manera tanto los profesionales de la salud y su familia involucrada en el cuidado del paciente puedan intervenir el deterioro cognitivo y las conductas agresivas de su paciente; así mismo, aquellas que puedan estar gestándose en los pacientes diagnosticados con este mal.

Dichas acciones generan valor teórico; pues abordó la variable deterioro cognitivo la cual consiste en el descenso de las capacidades cognitivas, ya sea por alteraciones generadas por procesos fisiológicos dados en el envejecimiento o debido a enfermedades mentales, tales como la esquizofrenia y otros factores; también se abordó la variable conductas agresivas la cual trata sobre conductas voluntarias que desarrolla el sujeto y pueden generar daño y/o lesión física o psicológica a personas de su entorno. Ambas variables estudiadas permitieron ampliar la base teórica para de esta manera aportar en el contexto científico de la producción intelectual y poder ser citada y empleada en otras investigaciones que se valgan de la presente en solucionar otra problemática. Estableciendo utilidad metodológica por medio de la ejecución del plan de investigación se establecieron procesos de difusión de los instrumentos utilizados para medir el análisis del cambio, afianzando su validez y

confiabilidad y permitiendo su uso masificado a niveles aceptables en la comunidad científica.

Se formuló como objetivo general Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. Los objetivos específicos fueron Establecer la relación entre la dimensión orientación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. Establecer la relación entre la dimensión fijación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. Establecer la relación entre la dimensión concentración y cálculo del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. Establecer la relación entre la dimensión memoria del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. Establecer la relación entre la dimensión lenguaje y construcción del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.

De acuerdo al marco teórico, en cuanto a los antecedentes de la investigación internacionales, Martínez y Fuente (2020). Presentó en su artículo científico como propósito evidenciar la relación entre esquizofrenia y conducta agresiva. Metodología: estudio bibliográfico que desarrolló la evaluación de artículos científicos de mega datos como MedLine, PsychInfo, Web of Knowledge, PsycDoc, Dialnet, PudMed y Cochraine. La población universo estuvo constituido por todos los artículos referentes al tema de investigación y contó con una muestra de 68 artículos de los últimos años, empleó la técnica del análisis documental. Conclusión, existe la concordancia general de que exista una relación positiva entre esquizofrenia y conductas violentas en pacientes psiquiátricos.

Sanguino et al. (2018) realizó una investigación la cual tuvo como objetivo indagar las subpruebas de la Escala de inteligencia para adultos de Wechsler (WAIS) proporciona el modelo cognitivo más tranquilo capaz de representar el deterioro cognitivo significativo observado en pacientes con problemas de esquizofrenia. Empleó la investigación aplicada, tuvo una muestra a treinta personas de sexo femenino diagnosticadas de esquizofrenia a quienes treinta y un años antes se les había valoradas con el instrumento WAIS y en el

presente. Concluyen que el incremento del problemas de El deterioro cognitivo en mujeres mayores diagnosticadas con esquizofrenia parece estar asociado con una inteligencia reducida continua y en desarrollo.

García et al. (2017) realizó un a investigación la cual tuvo como objetivo identificar si existen cambios en la actividad cerebral medida por fMRI siendo un grupo homogéneo de varios pacientes que padecen esquizofrenia y conducta agresiva. Método. Investigación aplicada contó con una muestra de treinta y dos individuos con esquizofrenia, con síntomas de alucinación auditiva resistente al tratamiento con muestreo por conveniencia, emplearon la resonancia magnética funcional para establecer el paradigma auditivo de estimulación emocional y la escala de Brief Psychiatric Rating Scale para medir agresividad. Conclusión; la alteración del circuito neuronal podría desarrollar pérdida en el proceso de sensibilidad y empatía, evidenciandose la aparición de conductas agresivas.

Bedoya et al. (2017) “Realizamos un estudio destinado a determinar si existe una relación entre el estrés y el deterioro cognitivo en personas con esquizofrenia”, en el que participaron 43 personas con esquizofrenia (36 hombres, 7 mujeres).En un estudio no experimental, transversal, correlativo , encontraron que la depresión (CDSS) y el deterioro cognitivo (MoCA) concluyeron que no había relación entre los déficits cognitivos entre y otras variables.Aunque el estrés y la depresión se relacionaron, pero los mecanismos de afrontamiento y la expresión emocional afectaron significativamente.

Asby (2017), en su investigación el objetivo fue determinar la relación entre el deterioro cognitivo y el pronóstico en personas diagnosticadas con esquizofrenia en el servicio de hospitalización del Hospital Militar Gubernamental de Guayaquil entre los años 2016 y 2017. Estudio de base no experimental con enfoque retrospectivo con 28 pacientes varones diagnosticados de esquizofrenia como población y 21 pacientes como muestra, los pacientes con esquizofrenia fueron identificados mediante NEURPSI mediante revisión de la historia clínica mediante técnicas de análisis de la literatura Deterioro cognitivo, medida de pronóstico Utilizó el Strauss Escala de Carpenter para concluir que existió asociación entre deterioro cognitivo y pronóstico en pacientes varones con esquizofrenia diagnosticados en el servicio de hospitalización del Instituto de Neurociencias La Junta de Beneficencia.

A nivel nacional, de acuerdo a Diaz & Vasquez (2017), consideró como objetivo determinar la relación entre las distorsiones cognitivas con los niveles de agresividad que desarrollan los adolescentes pertenecientes a un Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación de Chiclayo”. Investigación de tipo correlacional, con una población muestral de 103 internos, empleó la muestra censal. Aplicaron el cuestionario de agresividad y el inventario de pensamientos automáticos. Concluye, de acuerdo al estadígrafo chi-cuadrado no existe relación entre las variables distorsiones cognitivas con el nivel de agresividad.

Sobre la variable deterioro cognitivo, la teoría de la mente fue empleada en primer lugar por Premack y Woodruff (1978), “dicha teoría trata sobre las habilidades para inferir sobre los estados mentales propios y de otros, a partir de esta se gestó”. (p. 187-192) la hipótesis del cerebro social de (Brothers, 1990), estructurándose mediante una respuesta evolutiva de la masa cerebral, frente a las exacciones del entorno social (Rodríguez Palmero, 2011). La teoría de la mente se realizó extensamente en los años noventa a partir del texto de Frith. Dicho autor estableció el modelo que se basó en la existencia de determinadas alteraciones en la meta representación, lo que generaría deficiencia mental deficitaria, siendo un síntoma característico de la esquizofrenia. Estableciendo procesos psicóticos: persecución, delirios de control, desorganización del lenguaje-pensamiento, pudiendo entenderse mediante procesos de incapacidad para lograr revelar las intenciones de sí mismo o de los demás.

La materialización de la teoría de la mente cuenta con cinco postulados, siendo los siguientes: La representación modular elaborada por Fodor (1989), que propone “la existencia de un límite de procesamiento de la información sobre contenido social”. Nace la necesidad del “procesador de selección”, que se encarga de separar lo contextual de lo irrelevante. La carencia de los procesos mentales en la esquizofrenia explica la deficiencia en el filtrado de información que ejecutan estos pacientes.

La perspectiva meta representacional de Perner (1991) se refiere a un modelo no modular, la cual se adquiere en la etapa de la infancia y son los diversos niveles de las capacidades meta representacionales: que permite al ser humano teorizar declaraciones de otros. El modelo de Hardy-Bayle (1994) propone que el deterioro cognitivo se asocia con déficits ejecutivos: “Según esta hipótesis, las personas con pensamiento, lenguaje y habilidades sociales desorganizados son menos capaces de realizar tareas porque son incapaces de interferir en su propio comportamiento. ". En el modelo actual, los déficits de

ToM son evidentes solo en individuos en los que prevalecen el lenguaje y el pensamiento desorganizados.

La recreación apoya sus argumentos en la visualización, a través de resonancia magnética, buscando la presencia de neuronas espejo cuya función es la empatía, las cuales se ubicarían en el punto frontal inferior de lado izquierda y son activadas al observar en otros la ejecución de movimientos específicos de miembros superiores y cavidad oral (Gallese y Goldman, 1998). El modelo propuesto por Akel (1997), sugiere la prolongación en el déficit del deterioro cognitivo y realizando una categorización desde el instrumento aplicado que da como resultado el deterioro. Este último está relacionado con la sobre atribución de los procesos mentales modelados, en concreto, la causa de la situación paranoica. (Rodríguez et al., 2011).

Es definido la disminución de sus funciones cognitivas, a razón de las alteraciones atribuidas a causas fisiológicas por envejecimiento o por otros factores patológicos (Montse, 2016). De acuerdo a Pose y Manes (2010), se puede conceptualizar como un estado transicional entre los mecanismos de cambios propios al envejecimiento y un estado prematuro ante la enfermedad, convirtiéndose en tema de utilidad para la investigación básica y clínica, generando investigaciones clínicas y/o epidemiológicas retrospectivas o longitudinales, la cual permite el monitoreo del funcionamiento cognitivo.

El deterioro cognitivo se manifiesta de forma gradual, ya sea debido a factores atribuidos a eventos fisiológicos por factores patológicos o envejecimiento y que usualmente no afecta a las actividades habituales de cada día. Al avanzar el deterioro cognitivo existirá una alteración progresiva y continua de las funciones cognitivas como la memoria, lenguaje, entre otros, generando en la persona incapacidad para convivir con su entorno. (Montse, 2016). La clínica menciona que diversas personas en edad avanzada y/o con alguna patología adyacente pueden ir presentando signos de deterioro cognitivo como, por ejemplo: al quejarse de su memoria por olvidar donde se dejaron las llaves y al ser sometidos a evaluación se objetiviza el deterioro cognitivo mediante la aplicación del test empleado por el profesional especialista. (Montse, 201)

Tipos de deterioro. De acuerdo al grado de pérdida que presente cada individuo en las diversas evaluaciones psicométricas que miden las funciones cognitivas del individuo, estas se clasificarán en enfermedades como:

Posible deterioro. Evidencia de pérdida de funciones de memoria y demás funciones cognitivas superiores; muchas veces no son posibles de visualizar, no evidenciándose afectación sobre la vida cotidiana del paciente. (Montse, 2016)

Deterioro leve a moderado. Inicia los efectos sobre las funciones cognitivas superiores. Inician las afectaciones de forma leve sobre las actividades cotidianas del día a día. El paciente inicia con síntomas iniciales de un grado de desorientación con respecto a tiempo y espacio, tiene problemas de recordar nombre de personas muy cercanas y conocidas, son evidentes los problemas relacionados a la memoria a corto plazo, presentando cambios moderados respecto a la conducta, generando (irritabilidad, mal humor, entre otros). (Montse, 2016).

Deterioro moderado a severo. Los signos y síntomas cognitivos superiores son evidentes, afectando varias dimensiones cotidianas en la vida del paciente, tales como: dificultad para comprender órdenes, dificultad en los procesos de aprendizaje, desorientación temporo-espacial, dificultad en los cálculos matemáticos, dificultad de generación de plática prolongada, entre otros). Dichas afectaciones generan cambios de conducta evidenciándose agresividad, ansiedad, agitación o incluso trastornos depresivos. (Montse, 2016)

Deterioro severo. En la mayoría de las veces existe imposibilidad de comunicación con los pacientes que llegan a este estadio, no logrando realizar procesos mentales superiores como la comprensión a lo manifestado por el interlocutor y si responde no tiene sentido en relación al tema. Se evidencia total pérdida de memoria remota, incorporándose incapacidad para la escritura y autocuidado. Convirtiéndose en alguien totalmente dependiente de otros para los procesos básicos del día a día.

Las funciones cognitivas que se dañan son: la memoria a largo plazo, la memoria a medio plazo o memoria a corto plazo. Habilidades manuales lingüísticas (vocabulario, comprensión, destreza). Funciones cerebrales de realizar tareas o solucionar inconvenientes sobre los aspectos de la personalidad, siendo usualmente dañados en casos de demencia las cuales afectan las zonas frontales cerebrales.

El deterioro cognitivo en la esquizofrenia (DCE) se establece como proceso independiente de las drogas. Siendo que el DCE es evidenciado como prueba de la identificación biológica del trastorno, junto a su carácter progresivo, sus cimientos genéticos

y el recorte de la vida del paciente con esquizofrenia. Para algunos autores el deterioro cognitivo debe ser un criterio diagnóstico. Y en el mismo sentido debe haber una intervención mediante procesos de rehabilitación cognitiva siendo establecido como un componente prioritario para el tratamiento de la esquizofrenia. (Rishovd Rund, 2008) El deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia correlaciona mejor con los procesos sociales que los síntomas negativos y positivos. Los individuos con diagnóstico de esquizofrenia en quienes se ha encontrado déficits cognitivos pueden incrementar a un 80 %.

Dimensiones del deterioro cognitivo

Orientación. Es la capacidad que nos posibilita ser conscientes de cada situación que se muestra, conocer información acerca de nosotros, el espacio y la época, y entender cada instante de nuestra vida con relación al pasado, su presente y por su puesto el futuro (Cavagneri y Ochoa, 2019).

Fijación. Es la funcionalidad de guiar la conciencia hacia un definido estímulo de entre todos los que se perciben. Se habla tanto de fijación pasiva (asociada a claves sensoriales destacadas) como de fijación activa (voluntaria). La voluntaria se evalúa a menudo en la práctica clínica. Otra definición de espacial es la funcionalidad de prestar atención a toda el sector o cuerpo humano, o únicamente a una cantidad del mismo, como pasa en varias heridas cerebrales (Guerrero, 2017).

La concentración – cálculo. Se ocupa de filtrar la información y destinar recursos para una habituación del organismo en alusión a las solicitudes internas. Pasa por varias etapas, en medio de las que enfatizamos en las operaciones matemáticas. El hemisferio derecho y el sistema activador reticular ascendente trabajan conjuntamente para generar la concentración, que es coordinada por la actividad del lóbulo pre frontal (Grzib, 2020).

Memoria. Es una función cognitiva más vulnerable a los perjuicios cerebrales que otras funcionalidades cognitivas pues está formada por pensamientos, impresiones y vivencias, en oposición a las sensaciones y, por expansión, a los sentimientos. La memoria funciona en tres fases: codificación, almacenamiento y recuerdo. Conforme el foco de atención del organismo en el instante del registro, la información se codifica una vez que el organismo preselecciona un estímulo. Para asegurar la conservación de la información, la información a extenso plazo se almacena primero en la memoria a corto plazo, que es

sensible, transitoria y vulnerable a las interferencias externas. Evocación: es el proceso de averiguación de la información antes guardada en el instante en que la requerimos (Guanipa, 2017).

Lenguaje y construcción. Según Cavagneri y Ochoa (2019), es la función que nos posibilita distinguirnos de otras especies. Se desarrolla por medio de tres procesos, que son los próximos: Los órganos de los sentidos hacen la vía léxica. El lenguaje oral es un canal fonológico, ejecutado por los sentidos. Las unidades funcionales son: El estado de ánimo y el estado de alerta captan, evalúan y almacenan - La información se programa y verifica. La fonología segmentaria se ocupa de evaluar la producción y comprensión de los sonidos del lenguaje.

Además, se construye ya que cumple con la función de ordenar y usar los vocablos para transmitir ideas y conceptos. La discapacidad adquirida del lenguaje verbal, la escritura y la lectura popular como "afasia" se genera por una lesión en las zonas cerebrales dedicadas a estas labores. No incluye las anomalías fonológicas, articulatorias o lingüísticas provocadas por patologías congénitas o del desarrollo (Cadavid et al. 2019).

Sobre la variable Conducta Agresiva, la teoría del modelo de trayectorias evolutivas planteada por Fava, et al. (1991) establece la agresión se evidencia en tipo proactivo y reactivo, contando con ambos predictores diferentes". Esta teoría establece que los individuos evidencian algunas variables como lo son el socio-cognitivo, las cuales se asocian a los modos de agresión y la usanza de victimización que desarrollen, la evidencia de errores atribuidas a la hostilidad, el control de la ira, y la cantidad de creencias sobre el empleo de la agresión como mecanismo de defensa o empleo con fines de superioridad.

En tanto la teoría del modelo de conducta cognitiva de Buss y Perry (1992) establece una tipología de la conducta aprendida que se manifiesta de dos maneras, verbal y física, que muchas veces va acompañada de cogniciones y emociones denominadas ira y hostilidad está considerada como mecanismos cognitivos y emocionales en la agresión.

Buss y Perry catalogan la agresión en: verbal, física, ira y/o hostilidad. Sin embargo; se debe precisar que esta tipificación permite explicar y sectorizar a los individuos de acuerdo al instrumento planteado por el autor, el cual se ha elaborado siguiendo modelos publicados por autores en el pasado.

La evolución de definiciones sobre agresividad se evidencia en lo manifestado por (Murphy, 1962) indica que la agresión determinada logra desarrollar una gama de actitudes desde la fuerza hasta la hostilidad para ejecutar un comportamiento destructivo o constructivo. Lorenz (1967) argumentó que la agresión es un instinto de lucha constante común en animales y humanos. Sin embargo, este componente instintivo puede sublimarse.

De acuerdo a Hurlok (2016) son conductas que se presenta de forma hostil hacia otro individuo, evidenciando una amenaza real, se expresa a través de ataques verbales o físicos contra otro individuo que usualmente tiene alguna ventaja sobre esta y la finalidad es imponer alguna norma.

Para Buss y Perry (1992) es una reacción de descarga de estímulos perjudiciales, formando como componente de los rasgos de personalidad del individuo, por tanto, es un proceso de respuesta progresiva e intensa definida como la rutina de agredir, causando lesión.

Dimensiones de la conducta agresiva, de acuerdo a diversos autores y obras científicas, las clases de agresión se fueron definiendo de muchas maneras y enfoques; y la que más aceptación posee son las establecidas por Cairns y Cairns (2001), quienes establecen que la agresión se identifica en 4 dimensiones, como son: agresividad física, verbal, hostilidad e ira.

En cuanto a la agresión física este tipo tiende a ser muy usual y frecuentemente se refiere a atacar de forma directa a una persona generando un daño tangible y visible en el cuerpo, empleando el uso de los componentes corporales o alguna herramienta (Cairns y Cairns, 2001); se puede manifestar mediante empujones, golpes y toda acción que conlleve a emplear estímulos agresivos a otros individuos, así mismo; se puede emplear objetos para generar lesiones como tijeras, lanzar objetos contundente como piedras o emplear armas blancas. Sin embargo; el autor manifiesta que el modo más usual de agresividad física se establece en defensa propia, también existen individuos que la emplean de manera intencional con ventaja y alevosía. (Gamarra, 2018)

Agresión verbal. Para Cairns y Cairns (2001) este tipo de agresividad viene a ser “la respuesta impulsiva o liberación emocional; mediante una respuesta oral, con hechos literales como amenaza, desprecio o rechazo, siendo la muestra de ellas” (p. 21), este tipo se aprecia en distintas circunstancias de hechos cotidianos, pueden ser en la hora de almuerzo,

paseos, viajes, trabajo, estudios, donde el agresor, insultan, descalifica o se burla de algunas características físicas del agredido, propiciando en la persona agredida diferentes reacciones emocionales como, sufrimiento y perturbación emocional; donde depende del estado emocional y capacidades de afrontamiento que posea el individuo sepa cómo afrontar y salir o no de esa acción incómoda, en caso no pueda librarse o manejarlo, existe la probabilidad que genere desordenes emocionales como ansiedad o depresión. (Gamarra, 2018, p.22)

Hostilidad. Establecido por Cairns y Cairns (2001) considerada como reacción emocional-cognitiva, fisiológica evidenciada por el paciente, reglas en la esfera personal y/o frustraciones dirigidas a objetivos donde los procesos cognitivos distorsionan la realidad desencadenando hostilidad.

También Buss desde (1961) la define como la reacción de la actitud que aflora una reacción verbal inherente de emociones negativas y valoración adversa de los individuos y eventos. La reacción hostil contempla procesos de evaluación e interpretación de estímulos y valoración negativas, sin tener impacto alguno sobre los demás sino se expresan fonéticamente. Cuando estas valoraciones negativas son verbales, las reacciones hostiles toman la forma de expresiones negativas expresadas en declaraciones o comentarios (Blanco et al. 2015; p.23).

Esta clasificación de agresión se establece, según Girard (2017), por “el uso deliberado de la conducta dañina, con el objetivo de generar daño al individuo u objeto, e incluso la búsqueda de la muerte de la persona agredida” (p.28).

Ira. Se define como “situación emocional que consistente en un conjunto de sensaciones que varían en intensidad, como la irritación o enojo, hasta eventos de furia y rabia intensa, que pueden generarse por hechos negativos, la cual no está dirigida a una meta” (Spielberger et al., 1995; p.59-81).

Según diversos autores, la ira consiste en la toma de conciencia de los cambios fisiológicos asociados a la conducta agresiva, reacciones, expresiones motrices, recuerdos e ideas generadas por la ocurrencia de hechos y/o incidentes (Berkowitz, 1996).

Agresividad en Esquizofrenia. De acuerdo a Fenton et al. (1997) manifiestan que la agresividad se encuentra de manera directa que correlaciona con la presencia de sintomatología generada por la enfermedad, especialmente aquellas alteraciones que afectan el pensamiento, presentándose ideaciones delirantes y aquellas sensoperceptiva. En tanto la

agresividad indirecta estaría condicionada por los signos/síntomas degenerativos, generalmente provocados por el deterioro evolutivo del paciente psicótico. Y por último se encuentra la violencia coincidente, en la cual existiría una predisposición a cometer actos violentos y un desarrollo posterior de síntomas psicóticos.

Instrumentos

Mini examen Cognoscitivo. El presente instrumento permite medir el deterioro cognoscitivo, mide 5 áreas cognitivas las cuales son: memoria, fijación, orientación, concentración-cálculo, lenguaje-construcción. Fue diseñado por Folstein y McHung en 1975.

Entre 27 y 30 puntos: "No hay deterioros cognitivos". Entre 26 y 25 aspectos: Hay Deterioro cognitivo marcado. Entre 24 y 10 ítems: "Deterioro cognitivo leve o moderado. Entre 9 y 6 ítems: Deterioro cognitivo moderado o severo. Menos de 6 ítems: Deterioro cognitivo severo.

Cuestionario de agresión de Buss y Perry. Este cuestionario permite la medición del comportamiento agresivo, dentro de sus dimensiones se encuentran la agresión: física, verbal, ira, hostilidad; posee veintinueve ítems que evalúan en su conjunto las conductas agresivas. El presente instrumento fue traducido al castellano por Andreu, Peña & Fernández, 2014, tiene un coeficiente de confiabilidad alta con Alpha >0.80 para toda la escala. (p.476-482) En Perú (Matalinares, et al. (2012) adaptaron el cuestionario, con confiabilidad de Alpha > 0.80. (p. 147-161) Posteriormente Tintaya (2018), estandariza el cuestionario obtenido confiabilidad interna alto Alpha >0.80 y validez de constructo tetra factorial; así mismo, establece índices de confiabilidad test, re test (R >0.70). (p.85)

Baremos: Agresión física: (1,2,3,4,5,7,10,22,28) Agresión verbal: (6,8,9,11,12,13,14,15) Ira: (20, 21, 23, 24, 26, 27, 29) Hostilidad 16, 17, 18, 19, 25

Definición de términos básicos

Agresividad: es la tendencia a atacar a otra persona aparentemente sin motivo alguno. (Oxford, 2022)

Atendido: acción de cumplimiento sobre el estado de alguien, haciendo lo necesario para que esté bien. (Diccionario de la RAE, 2018;)

Centro de rehabilitación: instalación donde se ofrece una o más terapias a pacientes ambulatorios u hospitalizados. (National Rehabilitation Information Center, 2012)

Cognición: capacidad humana para procesar conocimiento a través de los órganos del cerebro y la percepción. (Oxford, 2022)

Conducta: comportamiento de una persona ante una situación establecida o situación general. (Oxford, 2022)

Crónico: enfermedad física o psicológica que se padece durante un largo periodo de tiempo. (Oxford, 2022)

Conductas agresivas: conducta interpersonal desarrollada con la intención de causar daño simbólico, herir, generar daño de forma verbal o física a un individuo. (Páez & Ubillos, 2013; p. 12-13)

Deterioro: empeoramiento del estado de salud, calidad de vida de un paciente. (Oxford, 2022)

Deterioro cognitivo: declive de las funciones cognitivas de un individuo por alteraciones fisiológicas o enfermedades. (Pérez, 2015; p.6)

Paciente: persona con condición de malestar o alguna situación que ponga en peligro su vida y, por ende, requiere de asistencia médica. (Berriatua, 2013; p.65)

Rehabilitación: Procesos como técnicas y métodos que sirven para reestablecer la función motora y/o cognitiva del cuerpo, disminuyendo la causa que la genera. (Oxford, 2022)

Las hipótesis fueron: Existe relación entre el deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. Existe relación entre la dimensión orientación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. Existe relación entre la dimensión fijación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. Existe relación entre la dimensión concentración y cálculo del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de

Pacientes Crónicos-CRIPC. Existe relación entre la dimensión memoria del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. Existe relación entre la dimensión lenguaje y construcción del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO	ESCALA DE MEDICIÓN
Deterioro Cognitivo	Declive de las funciones cognitivas de un individuo por alteraciones fisiológicas o enfermedades. (Montse, 2016; p.123-134)	Es la medición de la variable mediante el instrumento Mini examen cognitivo.	Orientación	Día Lugares	1,2	Mini Examen Cognitivo	Ordinal
			Fijación	Repetición de palabras	3		
			Concentración-Cálculo	Operaciones matemáticas.	4,5		
			Memoria	Número de palabras.	6		
			Lenguaje-Construcción	Frases Descripción de animales.	7,8,9,10,11,12,13,14		
Conducta Agresiva	Hurlok (2016) “conductas que se presenta de forma hostil hacia otro individuo, evidenciando una amenaza real, se expresa a través de ataques verbales o físicos contra otro individuo”. (p. 86)	Es la medición de la variable mediante el cuestionario de agresión de Buss y Perry.	Física	Lesiones corporales.	1,2,3,4,5,7,10,22,28	Cuestionario de agresión de Buss y Perry.	Ordinal
			Verbal	Desprecio, amenaza, rechazo.	6,8,9,11,12,13,14,15		
			Hostilidad	Reacción verbal implícita de	16, 17, 18, 19, 25		

				sentimientos negativos			
			Ira	Irritación, enojo, furia y rabia intensa.	20, 21, 23, 24, 26, 27, 29		

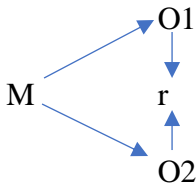
II. METODOLOGÍA

2.1. Objeto de estudio

La investigación presentada fue de tipo básica, Hernández (2014) debido a que pretende describir las variables deterioro cognitivo y conductas agresivas, así mismo se pretende explicar la relación entre las dos variables en los pacientes con esquizofrenia paranoide del CRIPC.

Se empleó el método inductivo, debido que obtendremos los datos informativos de lo general a lo específico. (Hernández et. al, 2014)

Se consideró el diseño no experimental, correlacional, prospectivo y transversal. (Carrasco D., 2006, p.79)



Donde:

M = pacientes internados en el CRIPC

O1 = Deterioro cognitivo.

O2 = Conductas agresivas.

r = relación entre variables: deterioro cognitivo y conductas agresivas.

La población total estuvo establecida por 33 pacientes internados en el Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos con el Diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide (Unidad Estadística del CRIPC, 2022; s.n)

La muestra será censal (Tamayo, 2002; p.157) porque se considerará al cien por ciento de la población.

El muestreo será probabilístico por conveniencia (Tamayo, 2002; p.157), lo que significa que ingresaran al estudio todos los pacientes con esquizofrenia del Centro de Rehabilitación de Cerro de Pasco.

2.2. Instrumentos, técnicas, equipos de laboratorio de recojo de datos

La variable Conducta Agresiva utiliza el método de encuesta modificada tipo Likert Tintaya 2017 y el instrumento Buss and Perry Onslaught Questionnaire. Tiene 29 ítems y 5 posibles respuestas distribuidas en CF = Totalmente falso para mí BF = Muy falso para mí mismo; VF = Ni verdadero ni falso para mí. BV = lo suficientemente cierto para mí. Currículum = completamente fiel a mí. El índice de confiabilidad de seguridad interna es aceptable (alfa $>$ 0.80), y en relación a la efectividad de la estructura se han establecido cuatro componentes, reivindicando una configuración de cuatro factores de equipos validados en Perú.

Para la variable deterioro cognitivo se empleará la técnica de Entrevista a través del instrumento denominado Examen Cognoscitivo Mini - Mental (MMSE) cuenta con 14 ítems que miden orientación, fijación, concentración-cálculo, memoria, lenguaje-construcción. Está valorada desde 0 a 30 puntos.

Asimismo, la validación del Mini Cognitive Exam Instrument mostró que el 3MS, 77,0%; MMSE, 70,3%. Área bajo la curva ROC: 3MS, 0,85; MMSE, 0,88. El coeficiente de correlación de Spearman encontrado para examinar la validez concurrente entre el puntaje total en MEC y el IQ en WAIS muestra de igual forma que la Tabla 1 refleja un costo de Rho = 0.787; p= 0,0001 (Ramírez et al. 2011).

En cuanto a la validación del cuestionario Onslaught de Buss y Perry, Tintaya (2017) estandariza el cuestionario entre estudiantes de secundaria de todos los distritos de Lima Sur, donde obtiene alta confiabilidad de consistencia interna (alfa $>$ 0.80) y validez de constructo tetra factorial identificado con la precisión estandarizaciones Miso de esta manera tiene índices de confiabilidad para volver a probar (R $>$ 0.70), demostrando que tiene confiabilidad en el tiempo.

2.3. Análisis de la información

Consideró la estadística descriptiva, utilizando el programa de Microsoft Office Excel 2016, para la presentación de tablas y gráficos; también se utilizó la estadística inferencial en la determinación de la hipótesis, mediante el uso de software estadístico SPSS v.26 siendo el estadígrafo el coeficiente de correlación de Spearman.

2.4. Aspectos éticos de la investigación

La investigación planteada considera las normas éticas del Colegio de Psicólogos del Perú y de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI, tal es así que se empleó el asentimiento informado, la cual se aplicó a los pacientes de la investigación siendo el uso de los datos confidenciales y reservados.

III. RESULTADOS

El procesamiento y análisis de datos se ejecutó a través de un método de estadística descriptiva basado en la creación de tabulaciones simples. Para obtener resultados confiables, el procesamiento de datos se realizó utilizando paquetes estadísticos como: Excel 2016 y SPSS v.26 (Español para Windows 10).

Tabla 01.

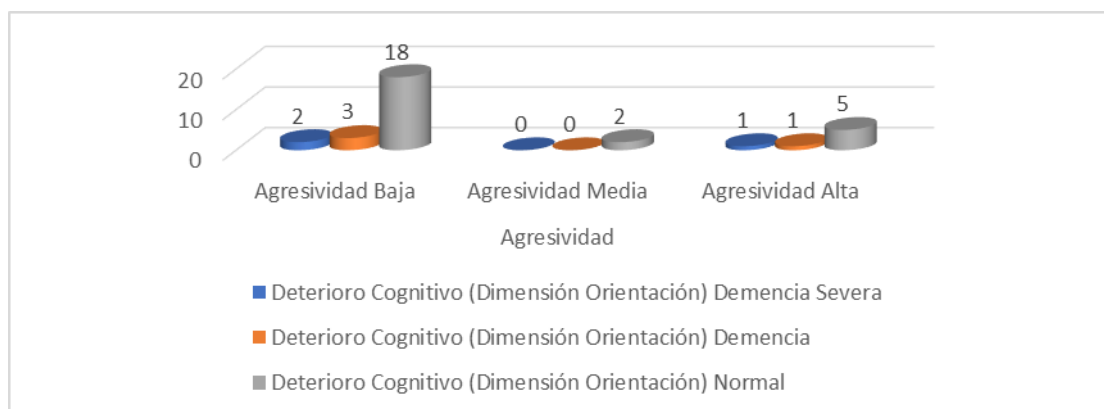
Relación entre la dimensión orientación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.

		Agresividad						Total	%
		Agresividad Baja		Agresividad Media		Agresividad Alta			
		f	%	f	%	f	%		
Deterioro Cognitivo (Dimensión Orientación)	Demencia severa	2	6.25	0	0.00	1	3.13	3	9.4
	Demencia	3	9.38	0	0.00	1	3.13	4	12.5
	Normal	18	56.25	2	6.25	5	15.63	25	78.1
Total		23	71.88	2	6.25	7	21.88	32	100.00

Nota. F= frecuencia, % = porcentaje

Figura 01.

Relación entre la dimensión orientación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.



Fuente: Tabla 01.

En la tabla N°1 podemos observar datos sobre la dimensión orientación y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide, se evidencia que en la dimensión

orientación de los pacientes que presentan un estado normal, un 56.25% desarrollan agresividad baja, un 15.63% desarrollan agresividad alta, de los pacientes que presentan deterioro cognitivo, un 9.38% desarrollan agresividad baja, un 3.13% desarrollan agresividad alta, de los pacientes que presentan demencia severa, un 6.25% desarrollan agresividad baja, un 3.13% desarrollan agresividad alta, de los datos presentados, resaltan que un gran porcentaje de pacientes que presentan un estado normal desarrollan agresividad baja.

Tabla 02.

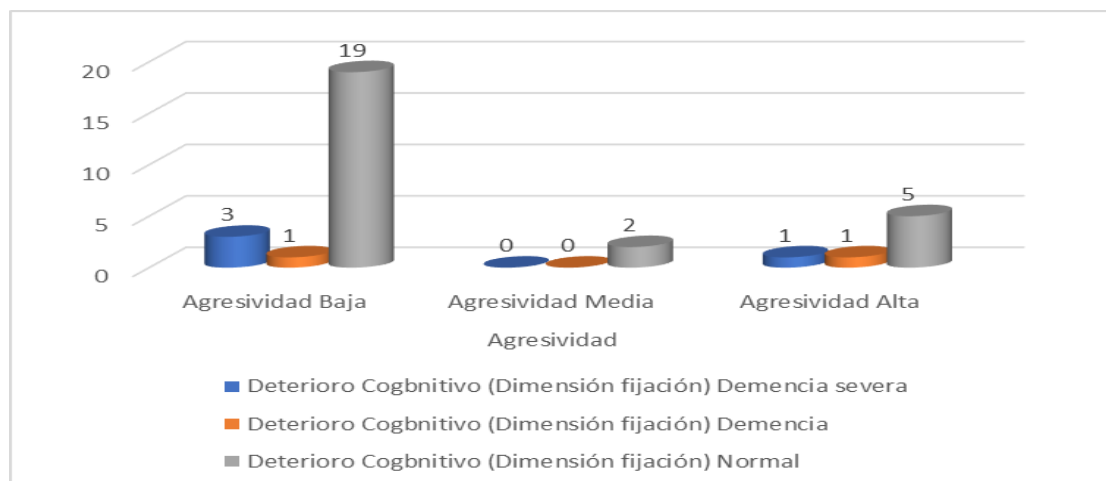
Relación entre la dimensión fijación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.

		Agresividad						Total	%
		Agresividad Baja		Agresividad Media		Agresividad Alta			
		F	%	f	%	f	%		
Deterioro Cognitivo (Dimensión fijación)	Demencia severa	3	9.38	0	0.00	1	3.13	4	12.50
	Demencia	1	3.13	0	0.00	1	3.13	2	6.25
	Normal	19	59.38	2	6.25	5	15.63	26	81.25
Total		23	71.88	2	6.25	7	21.88	32	100.00

Nota. F= frecuencia, % = porcentaje

Figura 02.

Relación entre la dimensión fijación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC



Fuente: Tabla 02.

En la tabla N°2 podemos observar datos sobre la dimensión fijación y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide, se evidencia que en la dimensión fijación de los pacientes que presentan un estado normal, un 59.38% desarrollan agresividad baja, un 15.63% desarrollan agresividad alta, de los pacientes que presentan deterioro cognitivo, un 3.13% desarrollan agresividad baja, un 3.13% desarrollan agresividad alta, de los pacientes que presentan demencia severa, un 9.38% desarrollan agresividad baja, un 3.13% desarrollan agresividad alta, de los datos presentados, resaltan que un gran porcentaje de pacientes que presentan un estado normal desarrollan agresividad baja.

Tabla 03.

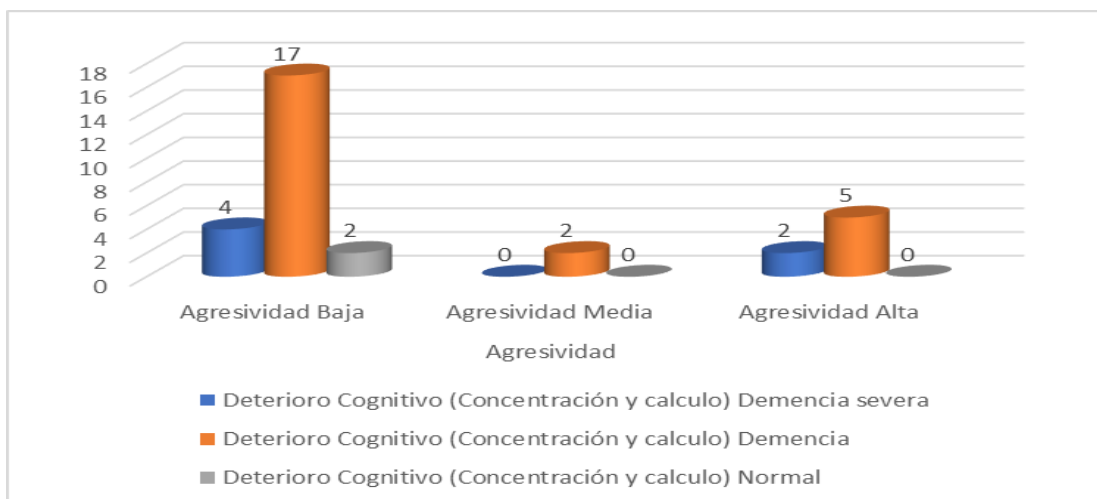
Relación entre la dimensión concentración y cálculo del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.

		Agresividad						Total	%
		Agresividad Baja		Agresividad Media		Agresividad Alta			
		f	%	f	%	f	%		
Deterioro Cognitivo (Concentración y cálculo)	Demencia severa	4	12.50	0	0.00	2	6.25	6	18.75
	Demencia	17	53.13	2	6.25	5	15.63	24	75
	Normal	2	6.25	0	0.00	0	0.00	2	6.25
Total		23	71.88	2	6.25	7	21.88	32	100.00

Nota. F= frecuencia, % = porcentaje

Figura 03.

Relación entre la dimensión concentración y cálculo del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.



Fuente: Tabla 03.

En la tabla N°3 podemos observar datos sobre la dimensión concentración y cálculo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide, se evidencia que en la dimensión concentración y cálculo de los pacientes que presentan un estado normal, un 6.25% desarrollan agresividad baja, un 0.00% desarrollan agresividad alta, de los pacientes que presentan deterioro cognitivo, un 53.13% desarrollan agresividad baja, un 15.63% desarrollan agresividad alta, de los pacientes que presentan demencia severa, un 12.50% desarrollan agresividad baja, un 6.25% desarrollan agresividad alta, de los datos presentados, resaltan que un gran porcentaje de pacientes que presentan deterioro cognitivo desarrollan agresividad baja.

Tabla 04.

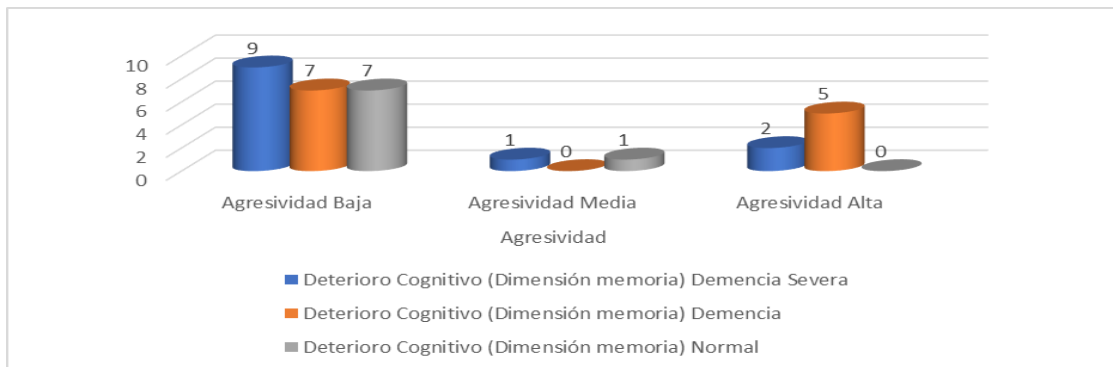
Relación entre la dimensión memoria del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.

		Agresividad						Total	%
		Agresividad Baja		Agresividad Media		Agresividad Alta			
		f	%	f	%	f	%		
Deterioro Cognitivo (Dimensión memoria)	Demencia Severa	9	28.13	1	3.13	2	6.25	12	37.50
	Demencia	7	21.88	0	0.00	5	15.63	12	37.50
	Normal	7	21.88	1	3.13	0	0.00	8	25.00
Total		23	71.88	2	6.25	7	21.88	32	100.00

Nota. F= frecuencia, % = porcentaje

Figura 04.

Relación entre la dimensión memoria del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.



Fuente: Tabla 04.

En la tabla N°4 podemos observar datos sobre la dimensión memoria y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide, se evidencia que en la dimensión memoria de los pacientes que presentan un estado normal, un 21.88% desarrollan agresividad baja, un 0.00% desarrollan agresividad alta, de los pacientes que presentan deterioro cognitivo, un 21.88% desarrollan agresividad baja, un 15.63% desarrollan agresividad alta, de los pacientes que presentan demencia severa, un 28.13% desarrollan agresividad baja, un 6.25% desarrollan agresividad alta, de los datos presentados, resaltan que un gran porcentaje de pacientes que presentan demencia severa desarrollan agresividad baja.

Tabla 05.

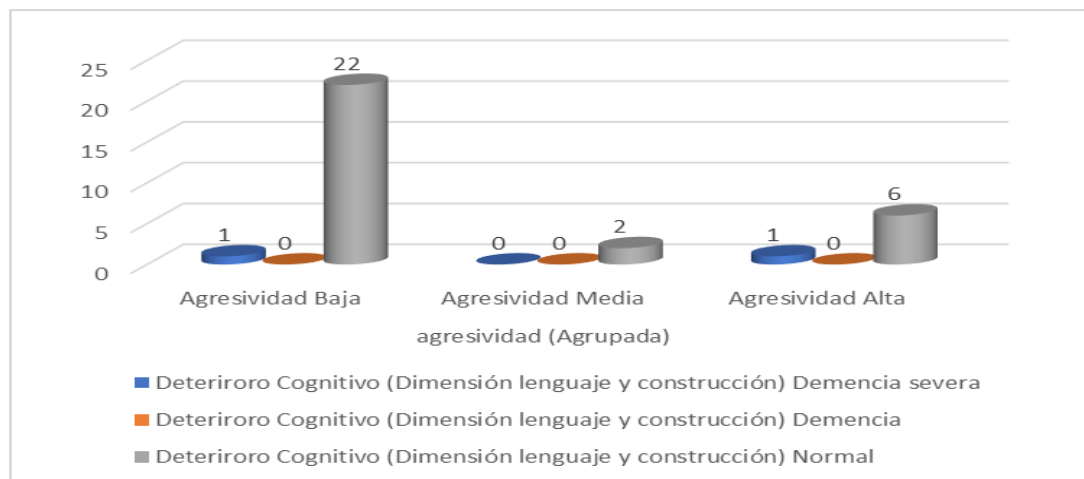
Relación entre la dimensión lenguaje y construcción del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.

		agresividad (Agrupada)						Total	%
		Agresividad Baja		Agresividad Media		Agresividad Alta			
		f	%	f	%	F	%		
Deterioro Cognitivo (Dimensión lenguaje y construcción)	Demencia severa	1	3.13	0	0.00	1	3.13	2	6.250
	Demencia	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.000
	Normal	22	68.75	2	6.25	6	18.75	30	93.750
Total		23	71.88	2	6.25	7	21.88	32	100.00

Nota. F= frecuencia, % = porcentaje

Figura 05.

Relación entre la dimensión lenguaje y construcción del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.



Fuente: Tabla 05.

En la tabla N°5 podemos observar datos sobre la dimensión lenguaje y construcción y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide, se evidencia que en la dimensión lenguaje y construcción de los pacientes que presentan un estado normal, un 68.75% desarrollan agresividad baja, un 18.75% desarrollan agresividad alta, de los

pacientes que presentan demencia severa, un 3.13% desarrollan agresividad baja, un 3.13% desarrollan agresividad alta, de los datos presentados, resaltan que un gran porcentaje de pacientes que presentan un estado normal desarrollan agresividad baja.

Tabla 06.

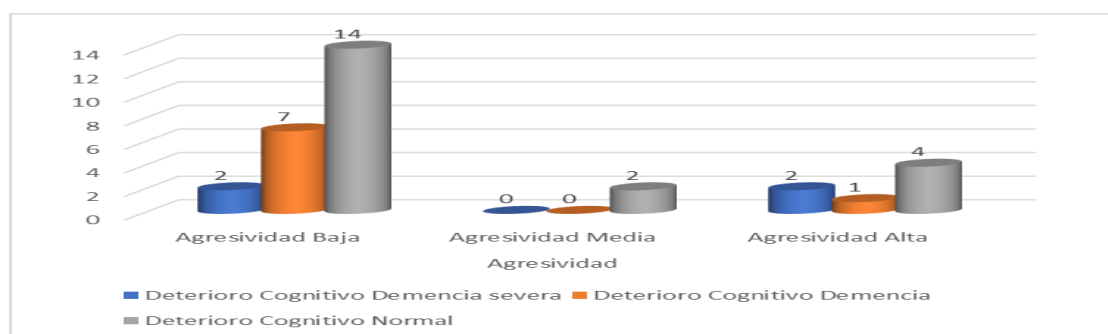
Relación entre el deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.

		Agresividad						Total	%
		Agresividad Baja		Agresividad Media		Agresividad Alta			
		f	%	f	%	F	%		
Deterioro Cognitivo	Demencia severa	2	6.25	0	0.00	2	6.25	4	12.50
	Demencia	7	21.88	0	0.00	1	3.13	8	25.00
	Normal	14	43.75	2	6.25	4	12.50	20	62.50
Total		23	71.88	2	6.25	7	21.88	32	100.00

Nota. F= frecuencia, % = porcentaje

Figura 06.

Relación entre el deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.



Fuente: Tabla 06.

En la tabla N°6 podemos observar datos sobre el deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide, se evidencia que los pacientes que presentan un estado normal, un 43.75% desarrollan agresividad baja, un 12.50% desarrollan agresividad alta, de los pacientes que presentan deterioro cognitivo, un 21.88% desarrollan agresividad baja, un 3.13% desarrollan agresividad alta, de los

pacientes que presentan demencia severa, un 6.25% desarrollan agresividad baja, un 6.25% desarrollan agresividad alta, de los datos presentados, resaltan que un gran porcentaje de pacientes que presentan un estado normal desarrollan agresividad baja.

Prueba de hipótesis

Significación estadística de la prueba de Spearman Brow.

Hipótesis estadística:

Existe relación entre el deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.

Hipótesis Nula (Ho):

No existe relación entre el deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.

Nivel de Significancia (A) y Nivel de Confianza (Y)

(α) = 0,05 (5%); (Y) = 0,95 (95%)

Función o Estadística de Prueba

$$r_s = 1 - \frac{\sum_{i=1}^N d_i^2}{N^3 - N}$$

Dónde:

r_s = prueba de Spearman Brow.

N= Datos de las variables.

d_i = Diferencia entre rangos de variable.

Región Crítica o de Rechazo de la Hipótesis Nula:

Prueba de correlación no paramétrica de Spearman Brow, luego de calcular el valor “rho” y el valor “p”, se selecciona el nivel de significación y se compara con el valor

obtenido, y para el coeficiente “rho” se encuentra que las medidas concuerdan de + 1 a -1 pasando por 0:

Cero significa que no existe correlación entre las variables examinadas. Mientras que los valores de +1 denotan la máxima correlación directa y los valores de -1 denotan la máxima correlación inversa.

El valor calculado (VC) de la prueba "rho" y el valor "p" se muestran en la siguiente tabla

Tabla 7

Valor Calculado de Spearman Brown

			Deterioro Cognitivo	agresividad (Agrupada)
Rho de Spearman	Deterioro Cognitivo	Coeficiente de correlación	1.000	-.029
		Sig. (bilateral)	.	.874
		N	32	32
agresividad (Agrupada)		Coeficiente de correlación	-.029	1.000
		Sig. (bilateral)	.874	.
		N	32	32

Decisión:

Dado que el valor p es 0,874, que es mayor que 0,05, no se rechaza la hipótesis nula. El criterio “rho” es igual a -0,029, por lo tanto, según los parámetros establecidos, se acerca más a 0 con un valor de significancia de 0,874, lo que indica una correlación negativa débil o ausente.

Tabla 8

Relación entre las dimensiones de deterioro cognitivo y la conducta agresiva

Deterioro cognitivo	Conducta agresiva	
Orientación	Rho de Spearman	,896
Fijación	Rho de Spearman	,845
Concentración y cálculo	Rho de Spearman	,837
Memoria	Rho de Spearman	,851
Lenguaje y construcción	Rho de Spearman	,873

Nota. Rho = Coeficiente de correlación

En la tabla 8 se observa que, en cuanto a la validación de inferencias entre las magnitudes de los déficits cognitivos en las variables, se obtuvieron importancias 896 y 845 para orientación concentración fija y lenguaje computacional y creatividad, memoria y variable comportamiento agresivo. , 837, 851, 873 y $p=0,000$ con una significación estandarizada de 0,05, asumiendo los supuestos del estudio. Por lo tanto, el deterioro cognitivo y la variable conductas agresivas se relacionan directa y significativamente.

IV. DISCUSIÓN

Sobre el objetivo general, determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la conducta agresiva en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral del Paciente Crónico-CRIPC. El estudio estadístico del coeficiente de correlación de Rho Spearman muestra un valor de 0,874 y un valor de p de 0,000 (valor de p 0,05). Los resultados demostraron ser más frecuentes en todas las dimensiones del deterioro cognitivo y la propia variable que la mayoría de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia posterior a la aplicación del instrumento Minimental cognoscitivo se encuentran en el baremo de normal con respecto al deterioro cognitivo en su dimensión orientación, fijación, memoria, lenguaje y construcción, quienes desarrollan agresividad baja. Del mismo modo, su estudio Martínez y Fuente (2020) en su estudio señaló que existe la concordancia general de que exista una relación positiva entre esquizofrenia y conductas violentas en pacientes psiquiátricos.

Asimismo, estos resultados tienen relevancia ante el reporte de Bedoya et al. (2017) quien encontró que no existe relación entre deterioro cognitivo y la variable agresividad, además de otras variables. Asimismo, Díaz y Vasquez (2017) refuerza los hallazgos realizados por los autores anteriores, mencionando que no existe relación entre las distorsiones cognitivas con el nivel de agresividad.

Sobre el primer objetivo específico fue determinar la asociación entre la dimensión orientativa del deterioro cognitivo y la conducta agresiva en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC, se observó un grado de importancia de 0.896 y $p=0.000$ sobre el grado. con una importancia estandarizada de 0.05, sugiriendo una asociación directa y significativa. También hay resultados que no concuerdan con las conclusiones extraídas, por lo que según Martínez y Fuente (2020), existe un consenso general de que existe una asociación positiva entre la esquizofrenia y la conducta violenta en pacientes psiquiátricos. Lo referido sustentado por García et al. (2017) quien define que la alteración del circuito neuronal podría desarrollar pérdida en el proceso de sensibilidad y empatía, evidenciándose la aparición de conductas agresivas. Además, presenta rasgos similares con el estudio de Asby (2017) quien concluyó que existe entre el deterioro cognitivo y el pronóstico de enfermos hombres, diagnosticados

con esquizofrenia del servicio de hospitalización, del Instituto de Neurociencias de La Junta de Beneficencia.

De acuerdo al segundo objetivo específico es establecer la relación entre dimensiones fijas del deterioro cognitivo y la conducta agresiva en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos CRIPC. Se identificó una significancia de 0,845 y $p=0,000$ sobre una significancia estandarizada de 0,05. Esto sugiere que están directa y significativamente relacionados. Del mismo modo, así como Ashby (2017) afirma que el deterioro cognitivo es evidente en los pacientes con esquizofrenia que tienden a tener un peor pronóstico, también Sanguino, et. al (2018) comparte la referencia, que afirma es un aumento de la el empeoramiento del deterioro cognitivo. Las mujeres mayores diagnosticadas con esquizofrenia parecen estar asociadas con una inteligencia fluida previa más baja, no relacionándolos a que estos pacientes terminen siendo agresivos con sus congéneres. Sin embargo, se debe tomar en cuenta el hallazgo de Martínez y Fuente (2020) quienes expresan taxativamente que existe relación positiva entre esquizofrenia y agresividad, viendo dicha relación entre la enfermedad y la conducta del paciente, para nuestro caso se estudió el deterioro cognitivo como secuela de la esquizofrenia que haga que se relacione con la conducta agresiva, siendo así que ambos resultados apuntan en dos direcciones diferente. Por lo que amerita mayor especificidad e identificación de variables que explique puntualmente el motivo de la agresividad en pacientes esquizofrénicos. En tal sentido, la investigación de García et al. (2017) asegura que la alteración del circuito neuronal podría desarrollar pérdida en el proceso de sensibilidad y empatía, evidenciandose la aparición de conductas agresivas.

En función al tercer objetivo específico fue establecer la relación entre las dimensiones de concentración y la contabilización del deterioro cognitivo y la conducta agresiva en pacientes esquizofrénicos paranoides del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos-CRIPC. Se obtuvo un nivel de importancia de 0.837 y $p = 0.000$ por encima del nivel de importancia estándar de 0.05, indicando que la dimensión concentración y cálculo del deterioro cognitivo y conductas agresivas se relacionan directa y de manera significativa. Sobre estos resultados, Brothers (1990) expresa que a diferencia del deterioro cognitivo en su dimensión concentración y cálculo presentan demencia pero que también desarrollan agresividad baja En efecto, al ser sometidas en conjunto al proceso estadístico establecido da como resultado que existe poca o nula relación inversa entre el deterioro

cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. A su vez, el estudio de Sanguino et.al, (2018) consideró que el incremento de deterioro cognitivo en mujeres longebas diagnosticadas con esquizofrenia parecen asociarse a una reducida inteligencia fluida previa.

En cuanto al cuarto objetivo establecer la relación entre la dimensión memoria del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. se estableció el grado de importancia de.851 y un $p=0.000$ sobre el grado de importancia estandarizado de 0.05. De acuerdo con Guanipa (2017) expresa que la memoria siendo una función cognitiva más vulnerable a los perjuicios cerebrales que otras funcionalidades cognitivas está formada por pensamientos, impresiones y vivencias, en oposición a las sensaciones y, por expansión, a los sentimientos. En ese sentido, la memoria funciona en tres fases: codificación, almacenamiento y recuerdo. Conforme el foco de atención del organismo en el instante del registro, la información se codifica una vez que el organismo preselecciona un estímulo.

Por último, un quinto objetivo específico fue establecer la relación entre la dimensión verbal y la construcción del deterioro cognitivo y la conducta agresiva en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC, con un nivel de significación de 0.873 y p fue establecer = 0.000 . El grado de gravedad estandarizado es 0,05. En concordancia con Cavagneri y Ochoa (2019) el lenguaje es la función que nos posibilita distinguimos de otras especies. Se desarrolla por medio de tres procesos, que son los próximos: Los órganos de los sentidos hacen la vía léxica. El lenguaje oral es un canal fenológico, ejecutado por los sentidos. Además, se construye ya que cumple con la función de ordenar y usar los vocablos para transmitir ideas y conceptos. La discapacidad adquirida del lenguaje verbal, la escritura y la lectura popular como "afasia" se genera por una lesión en las zonas cerebrales dedicadas a estas labores.

V. CONCLUSIONES

Después de haber analizado los datos obtenidos se arribaron a las siguientes conclusiones:

El deterioro cognitivo se relaciona directa y significativamente con la conducta agresiva en pacientes esquizofrénicos paranoides del Centro de Rehabilitación Integral del Paciente Crónico-CRIPC se determinó mediante el coeficiente de correlación de Rho Spearman donde los resultados obtenidos fueron 0,874 y un valor de p de 0,000 (valor de p)

La orientación tiene una relación directa y significativa con el comportamiento agresivo como lo demuestran las pruebas estadísticas las cuales están determinadas por el coeficiente de correlación de Rho Spearman donde el resultado es 0.896 y un valor de p de 0.000 (valor de p)

La fijación se relaciona directa y significativamente con el comportamiento agresivo, determinado por el coeficiente de correlación de Rho Spearman donde el resultado es 0,845 y un valor de p de 0,000 (valor de p)

La concentración y los cálculos se relacionan directa y significativamente con el comportamiento agresivo determinado por el coeficiente de correlación de Rho Spearman donde el resultado es 0,837 y un valor de p de 0,000 (valor de p)

La memoria se relaciona directa y significativamente con el comportamiento agresivo, determinado por el coeficiente de correlación de Rho Spearman donde el resultado es 0.851 y el valor p es 0.000 (valor p)

El lenguaje se relaciona directa y significativamente con el comportamiento agresivo determinado por el coeficiente de correlación de Rho Spearman donde el resultado es 0.873 y el valor p es 0.000 (valor p)

VI. RECOMENDACIONES

Al coordinador del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC lo siguiente:

Continuar trabajando con el fin de prevenir y rehabilitar el deterioro cognitivo tomando en cuenta los resultados del presente estudio organizando un programa de ejecución a solucionar este problema.

Realizar una investigación con diseño preexperimental con la misma población y desarrollar acciones mediante capacitación, programas y/o otros que desmientan que el paciente esquizofrénico con mayor deterioro cognitivo desarrolla mayores conductas agresivas.

Al Sr. Director de la Escuela de Posgrado de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI, lo siguiente:

Difunda mediante la plataforma del repositorio institucional la presente tesis, para que la comunidad científica tenga acceso a este documento y de esa manera permita identificar problemas y proponer nuevos estudios.

Incentive la realización de estudios científicos sobre las conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia para aflorar la problemática que les aqueja.

VII. REFERENCIAS

- Akel, A. (1997). *The possibility of different forms of theory of mind impairment in psychiatric and developmental disorders.* Bailey.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10883728/>
- Argibay, J. (2018). The sample in quantitative research. *Subjetividad y procesos cognitivos.*
<http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/719>
- Asby, J. (2017). *Relación existente entre el deterioro cognitivo y el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia.* [Tesis de Maestría, Universidad de Guayaquil].
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/26530/1/Tesis.%20Relaci%C3%B3n%20entre%20deterioro%20cognitivo%20y%20pron%C3%B3stico%20de%20pacientes%20con%20esquizofrenia.pdf>
- Ascencios, T. (2017). *Habilidades comunicativas, cognitivas y desempeño docente en el distrito de Carabayllo.* [Tesis de Maestría, Universidad de César Vallejo]
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/5182/Ascencios_MTJ.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Badertscher, C. (2022). Perspectivas de la Esquizofrenia. *Swissinfo.*
https://www.swissinfo.ch/spa/salud-mental_cerca-del-75---de-latinoamericanos-con-esquizofrenia-no-tiene-tratamiento/46629610
- Barragán, j., y Doria, C. (2017). *Estrategias meta cognitivas para mejorar la comprensión lectora en los niños y niñas de 6 años del grado primero de la Institución Educativa San Lucas.* [Tesis doctoral, Universidad de Cartagena].
<https://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/5128>
- Barrera, A. (2015). Cognitive deficits in schizophrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría.* 5(9),13-16.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272006000300007
- Beck, A. (2018). *El modelo cognitivo genérico.*
<https://www.cop.es/colegiados/PV00520/pdf/Modelo%20cognitivo%20generico%20de%20Beck.%20Traducci%C3%B3n.pdf>

- Bedoya, E., Ardila, W., Cañas, D., y Vázquez, D. (2017). Estrés y deterioro cognitivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista chilena de Neorpsicología*. 6 (8), 8-13. <https://www.redalyc.org/pdf/1793/179354005003.pdf>
- Berkowitz, L. (1996). *Agresión: causas, consecuencias*. American Psychology. 2 (4), 18-21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=236502>
- Berriatua, J. (2013). *Diccionario médico*. Club Universitario. <https://www.editorialecu.com/libro/diccionario-medico-completo-ingles-espanol/>
- Blanco Coneo, Y. P., Matos Cabarcas, M. A., y Vallejo Ruiz, D. D. (2015). *Hostilidad, Ira, Agresión y Rasgos de Trastornos de Personalidad en Estudiantes de Psicología de una Universidad Privada en Cartagena*. [Tesis de Maestría, Universidad de San Buenaventura]. http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/bitstream/10819/3570/1/Hostilidad%2C%20ira%2C%20agresi%C3%B3n_Yessica%20P.%20Blanco%20C_2015.pdf
- Blanco, J., . Taboada, O., y . Docasar, L. (2017). Aggressive behaviour in schizophrenic patients. *Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría*. 2 (4), 18-21 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19359046/>
- Brothers, L. (1990). The social brain: A project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. *Neuroscience*. 4 (7), 12-15. [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2644766](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2644766)
- Bruner, J. (1941). *La revolución cognitiva*. 5 (6), 8-11. <https://www.redalyc.org/pdf/356/35614571028.pdf>
- Buss, A., y Perry, M. (1992). Cuestionario de agresión. *Journal of personality and social psychology*. 6(7), 4-5. <https://www.redalyc.org/pdf/291/29117112.pdf>
- Buss. (1961). *Propiedades psicométricas del cuestionario de agresión de Buss y Perri*. Escuela Profesional de Psicología. <https://core.ac.uk/download/pdf/328019924.pdf>
- Cadavid, Astrid, y Zuluaga, I. (2019). *La lúdica como estrategia para fortalecer el proceso de atención en niños con déficit cognitivo leve*. [Tesis de Maestría, Universidad de Libertadores]

[\]https://repository.libertadores.edu.co/bitstream/handle/11371/1078/ZuluagaIn%C3%A9s.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://repository.libertadores.edu.co/bitstream/handle/11371/1078/ZuluagaIn%C3%A9s.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Cairns, R., y Cairns, B. (2001). *Aggression and attachment: The folly of separatism*. En A. Bohart y D. Stipek (Eds.). American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/record/2001-18146-001>

Cancino, M. (2015). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia Psicológica*, 6(8), 183-189. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082016000300002

Carrasco D., S. (2006). *Metodología de la Investigación Científica*” (1ra ed.). Lima-Perú: San Marcos.

Cavagneri, E., y Ochoa, L. (2019). *Empatía cognitiva y afectiva en los docentes de una Universidad Privada de Lima, sede Ate*. [Tesis de Maestría, Universidad Tecnológica del Perú] https://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12867/2503/Ernesto%20Cavagneri_Luis%20Ochoa_Juan%20Osorio_Cristian%20Pati%20Antonio%20Polaca_Trabajo%20de%20Investigacion_Titulo%20Profesional_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Centro de Adicciones y Salud Mental. (2018). *¿Puede la esquizofrenia hacer que un enfermo se vuelve agresivo?* Angli. <https://www.cat-barcelona.com/faqs/view/puede-la-esquizofrenia-hacer-que-un-enfermo-se-vuelve-agresivo/>

Chanduvi, W. (2019). *Violencia doméstica asociada a esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán*. [Tesis de Maestría, Universidad Ricardo Palma]. <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2975/TESIS%20SAN%20MARTIN%20NARREA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Díaz, M., y Vasquez, G. (2017). *Distorsiones cognitivas y conductas agresivas en internos del centro juvenil de diagnóstico y rehabilitación de menores Chiclayo*. 2017. [Universidad Privada Juan Mejía Baca].

<https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/5264/1/DETERIORO%20COGNITIVO%20EN%20NI%C3%91OS%20Y%20ADOLESCENTES.pdf>

Diccionario de la RAE. (2018). *Busca palabras*.
<https://www.buscapalabra.com/definiciones>

Esbec, E., y Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 70-79.

Fava, M., Rosenbaum, J., McCarthy, M., Pava, J., Steingard, R., y Bless, E. (1991). Anger attacks in depressed outpatients and their response to fluoxetine. *Psychopharm Bulletin* 275 – 279., 1, 275-279.

Fenton, W., McGlashan, T., y Blyler, C. (1997). Violence in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 199-204.

Flores, J. (2020). *El desarrollo de la Conciencia Metacognitiva del aprendizaje de estudiantes de cuarto grado del Nivel Primaria a través del E-portafolio como recurso educativo de Evaluación Formativa en una Institución Educativa Pública del distrito de Pueblo Libre*. [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]
https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/16591/Flores_Sernaqu%c3%a9_Desarrollo_conciencia_metacognitiva1.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Fodor, J. (1989). Why should the mind be modular. (A. George, Ed.) *Reflections on Chomsky* Oxford:, 64.

Gallese, V., y Goldman, A. (1998). *Mirror neurons and the simulation theory of mind reading*. T. EEUU: Trends in Cognitive Sciences.

Gamarra Arias, Y. M. (2018). *Agresión y Autoeficacia en Estudiantes de Secundaria de una Institución Educativa de Pachacámac*. Lima: Universidad Autónoma del Perú.

García, M., Martí, M., Aguilar., y Iturrospe, E. (2017). Neuroimagen funcional en el estudio de las conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia. *Revista de Neurología*, 193.

Girard, R. (2017). *La violencia y lo sagrado*. Barcelona: Anagrama.

- Grzib, G. (2020). *Bases cognitivas y conductuales de la motivación y emoción*.
https://cataleg.uji.es/discovery/fulldisplay?vid=34CVA_UJI:VU1ysearch_scope=M yInst_and_Clityab=Everythingydocid=alma991000126949706336ylang=caycontext =Lyadaptor=Local%20Search%20Engineyquery=sub,exact,Expressi%C3%B3%20 --%20Tests,ANDymode=advanced
- Guanipa, M. y. (2017). *Estilos de aprendizaje y estrategias cognitivas en estudiantes de ingeniería*. Revista de ciencias de la Educación. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/volIn27/27-1.pdf>
- Guerrero, G. (2017). *Las estrategias meta cognitivas y la comprensión lectora de los estudiantes de Lengua Española de la Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle, en el año 2014*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle] <https://repositorio.une.edu.pe/bitstream/handle/UNE/1412/TM%20CE-Du%202985%20G1%20-%20Guerrero%20Gamarra.pdf?sequence=1yisAllowed=y>
- Hardy-Bayle, M.-C. (1994). *El Diagnóstico en Psiquiatría*. España: Biblioteca Nueva.
- Hernández S., F. C. (2014). *“Metodología de la Investigación Científica”* (4ta ed.). Mexico: Mc. Graw-Hill Interamericana.
- Hernández-Sampieri, R., . Fernández-Collado, C., . Baptista-Lucio, P., . Méndez-Valencia, S., y . Mendoza-Torres, C. (2014.). *Metodología de la investigación*. (6a ed. ed.). (Education, Ed.) México, D.F.: McGraw-Hill.
- Hurlock, E. (2016). *Psicología de la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Kanashiro, K. (2015). *Habilidades cognitivas en pacientes con esquizofrenia paranoide*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Martínez-Fernández, C., y Fuente-Diez, E. (30 setiembre de 2020.). Esquizofrenia y conducta agresiva. *Revista Médico Jurídica*, 16-25. <https://revistamedicojuridica.com/blog/2020/09/30/esquizofrenia-y-conducta-agresiva/>
- Matalinares, M., Yaringaño, J., Uceda, J., Fernández, E., y Huari, Y. (2012). Estudio Psicométrico de la Versión Española del Cuestionario de Agresión de Buss y Perry.

Revista IIPS, 147-161.://C:/Users/USUARIO/Downloads/3674-Texto%20del%20art%C3%ADculo-12441-1-10-20140303.pdf

Ministerio de Educación. (2017). *Guía de Estrategias Metacognitivas para Desarrollar la Comprensión Lectora*. Lima.

Molina, R., Ríos, A., y Rivera, C. (2018). *La paráfrasis textual como estrategia cognitiva para la comprensión lectora. Estudio realizado en los grados quinto y séptimo*. https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1041&context=maest_docencia_yopal

Montse, Q. (2016). *Deterioro cognitivo*. Lima: Advance.

National Rehabilitation Information Center. (20 de Agosto de 2012). *National Rehabilitation Information Center Information for Independence*. National Rehabilitation Information Center Information for Independence: [https://naric.com/?q=es/FAQ/%C2%BFqu%C3%A9-es-un-centro-de-rehabilitaci%C3%B3n#:~:text=Un%20centro%20de%20rehabilitaci%C3%B3n%20ofrece,.org%20\(en%20ingl%C3%A9s\)](https://naric.com/?q=es/FAQ/%C2%BFqu%C3%A9-es-un-centro-de-rehabilitaci%C3%B3n#:~:text=Un%20centro%20de%20rehabilitaci%C3%B3n%20ofrece,.org%20(en%20ingl%C3%A9s)).

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (18 de Octubre de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/topics/schizophrenia/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (04 de Octubre de 2019). *Organización Panamericana de la Salud*. Organización Panamericana de la Salud: <https://www.ops.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Oxford. (12 de Enero de 2022). *Diccionarity Oxford language*. Diccionarity Oxford language: <https://languages.oup.com/google-dictionary-es/>

Páez, D., y Ubillos, S. (2013). *Agresión*. Santander: Psicología Social.

Perez, S. (10 de Diciembre de 2018). *Estrategias cognitivas y metacognitivas para la comprensión lectora*. Estrategias cognitivas y metacognitivas para la comprensión lectora. [Tesis de Maestría, Universidad Distrital Francisco José de Caldas]

<http://repository.udistrital.edu.co/bitstream/11349/3951/1/P%C3%A9rezHern%C3%A1ndezSusana2015.pdf>

- Pérez, V. (2015). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 6.
- Perner, J. (1991). Comprender la mente representacional. (T. (M. A. Galmarini, Ed.) *Journal of Experimental Child Psychology*, 437.
- Pinzás, J. (2019). *Guía de estrategias metacognitivas para desarrollar la Comprensión Lectora*. Ministerio de Educación.
- Pose, M., y Manes, F. (2010). Deterioro cognitivo leve. *Acta Neurol Colom*, 7-12.
- Premack, D., y Woodruff, G. (1978). Teoría de la mente un chimpancé. Construir una mente. *En E. S. Martí (Ed.)*, 187-192. <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-TeoriaDeLaMente-5123758.pdf>
- Ramírez, C., Moncada, C., y Baptista, T. (2011). *Validez y confiabilidad del Minimental State Examination (MMSE) y del MMSE modificado (3MS) para el diagnóstico de demencia en Mérida, Venezuela*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4769047>
- Requena, M. (2020). *Resolución de problemas de las olimpiadas matemáticas venezolanas*. https://www.researchgate.net/profile/Marcos-Requena-Arellano/publication/279803354_Libro_Resolucion_de_Problemas_de_las_Olimpiadas_Matematicas_Venezolanas_Procesos_Cognitivos/links/559b041608ae99aa62ce3067/Libro-Resolucion-de-Problemas-de-las-Olimpiadas-M
- Rishovd Rund, B. (2008.). Rehabilitación cognitiva de pacientes con esquizofrenia. (J. M. En Johannessen, Ed.) *Evolución de las psicosis.*, 33-34.
- Robles, S. (2017). *Juegos verbales como estrategia con enfoque socio cognitivo para el desarrollo de la expresión oral en los estudiantes del primer grado de educación primaria* [Tesis de Licenciatura, Universidad los Ángeles de Chimbote]. http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4245/JUEGOS_VERBALES_ROBLES_ALVARADO_SANTA_BETTY.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Rodríguez Palmero, L. (2011). La teoría del aprendizaje significativo: una revisión aplicable a la escuela actual. *Revista Electrónica d'Investigació i Innovació Educativa i Socioeducativa*, 29-37.
- Rubin, J. (2018). *Study of Cognitive Processes in second language learning*. [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1454938#:~:text=More%3E%3E-,Rubin%2C%20J.,Processes%20in%20Second%20Language%20Learning.ytext=Based%20on%20the%20findings%2C%20the,learner%20autonomy%20in%20Ho](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1454938#:~:text=More%3E%3E-,Rubin%2C%20J.,Processes%20in%20Second%20Language%20Learning.ytext=Based%20on%20the%20findings%2C%20the,learner%20autonomy%20in%20Ho)
- Sanguino, R., . López, J., Gonzáles, C., Gonzáles, E., Vaquero, M., y López, M. (2018). Predicción de deterioro cognitivo en esquizofrenia retrospectiva de 31 años. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 141-158.
- Spielberger, C., . Reheiser, E., y Sydeman, S. J. (1995). *Measuring the Experience, Expression and Control of Anger*. En H. Kassinove, *Anger Disorders: Definitions, Diagnosis, and Treatment*. (T. a. Francis., Ed.) Washington:.
- Stucchi-Portocarrero, S. (2022). La Esquizofrenia. *Apoyo a la Investigación*, 3-7.
- Tamayo y Tamayo, M. (2002). *El proceso de la investigación Científica* (4ta Edic. ed.). Mexico: Limusa.
- Tintaya, Y. (2018). Propiedades psicométricas del cuestionario de agresión. *Psicología*, 85-113.
- Unidad Estadística del CRIPC. (2022). *Informe sobre número de paciente internados en el CRIPC*. Cerro de Pasco: CRIPC.
- Vilcapoma, C. (2017). *Estrategias metacognitivas para desarrollar la comprensión de textos escritos en estudiantes del cuarto grado de primaria*. [Tesis de Maestría, Universidad San Ignacio de Loyola]. <https://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/613b5ecb-0701-4252-8678-28fd448be2b3/content>

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos de recolección de la información

MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO

Paciente.....Edad.....

Ocupación.....Diagnóstico.....

Examinado por.....Fecha.....

ORIENTACIÓN

Dígame el día.....fecha.....Mes.....Estación.....Año..... (5 puntos)

Dígame el hospital (o lugar).....

planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... (5 puntos)

FIJACIÓN

Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) (3 puntos)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

Si tiene 30 ptas. Y me dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando? (5 puntos)

Repita estos tres números: 5,9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás (3 puntos)

MEMORIA

¿Recuerda las tres palabras de antes? (3 puntos)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj (2puntos)
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros (1 punto)
- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad? (2 puntos) ¿qué son el rojo y el verde?
- ¿Qué son un perro y un gato? (1 punto)
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos)
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS (1punto)
- Escriba una frase (1 punto)
- Copie este dibujo (1 punto)



CUESTIONARIO DE AGRESIÓN DE BUSS Y PERRY ADAPTACIÓN TINTAYA
(2017)

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____ Sexo: _____

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones con respecto a situaciones que podrían ocurrirte. A las que deberás contestar escribiendo un aspa “X” según la alternativa que mejor describa tu opinión.

CF = Completamente falso para mí

BF = Bastante falso para mí

VF= Ni verdadero, ni falso para mí

BV = Bastante verdadero para mí

CV = Completamente verdadero para mí

Recuerda que no hay respuestas buenas o malas, sólo interesa conocer la forma como tú percibes, sientes y actúas en esas situaciones.

Nº	Ítems	CF	BF	VF	BV	CV
1	De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona.					
2	Cuando no estoy de acuerdo con mis familiares, discuto abiertamente con ellos.					
3	Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida.					
4	A veces soy bastante envidioso.					
5	Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona.					
6	A menudo no estoy de acuerdo con la gente.					
7	Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo.					
8	En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente.					
9	Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también.					
10	Cuando la gente me molesta, discuto con ellos.					
11	Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar.					
12	Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades.					
13	Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal.					
14	Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos.					
15	Soy una persona apacible.					
16	Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas.					
17	Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago.					
18	Mis amigos dicen que discuto mucho					

19	Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva.					
20	Sé que mis «amigos» me critican a mis espaldas.					
21	Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos.					
22	Algunas veces pierdo los estribos sin razón.					
23	Desconfío de desconocidos demasiado amigables.					
24	No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona.					
25	Tengo dificultades para controlar mi genio.					
26	Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas.					
27	He amenazado a gente que conozco.					
28	Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán.					
29	He llegado a estar tan furioso que rompía cosas.					

Ficha técnica

Nombre original del instrumento	Mini examen Cognoscitivo
Autor y año	Folstein (1975)
Objetivo del instrumento	Evaluar la sospecha del déficit cognitivo, proporcionando así un análisis del estado mental de la persona
Usuarios	Pacientes crónicos con esquizofrenia de un centro de rehabilitación en Cerro de Pasco
Forma de Administración o Modo de aplicación:	Individual, dura 5 a 10 minutos, se aplica a personas mayores de edad o personas que presentan una sospecha de deterioro cognitivo
Validez: (Presentar la constancia de validación de expertos)	El coeficiente de correlación de Spearman hallado para analizar la validez concurrente entre puntuación total en MEC y CI en WAIS, presenta tal como refleja la tabla 1 un valor de $Rho = 0,787$; $p = 0,0001$.
Confiabilidad: (Presentar los resultados estadísticos)	El índice de confiabilidad de seguridad interna es aceptable ($\alpha > 0.80$), y en relación a la efectividad de la estructura se han establecido los componentes.

Nombre original del instrumento	Cuestionario de Agresividad
Autor y año	Buss y Perry (1992).
Objetivo del instrumento	Establecer el nivel de agresividad
Usuarios	Pacientes crónicos con esquizofrenia de un centro de rehabilitación en Cerro de Pasco
Forma de Administración o Modo de aplicación:	Individual, dura 5 a 10 minutos, se aplica a personas mayores de edad o personas que presentan una sospecha de deterioro cognitivo
Validez: (Presentar constancia de validación de expertos)	El constructo tetrafactorial identificado con la precisión estandarizaciones Miso de esta manera tiene índices de confiabilidad para volver a probar ($R > 0.70$), demostrando que tiene confiabilidad en el tiempo.
Confiabilidad: (Presentar los resultados estadísticos)	El índice de confiabilidad de seguridad interna es aceptable ($\alpha > 0.70$), y en relación a la efectividad de la estructura es pertinente.

Base de Datos

Datos karina ascanda.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

1: c29 4 Visible: 78 de 78 variables

	c28	c29	examenminim	orientación	fijación	concentracióncalculo	memoria	lenguacnt	agresividad	Deterioro
1	Bastante v...	Bastante v...	28.00	10.00	3.00	5.00	1.00	9.00	90.00	Normal
2	Bastante v...	Completa...	27.00	7.00	3.00	7.00	2.00	8.00	53.00	Normal
3	Completa...	Completa...	1.00	.00	.00	.00	.00	1.00	58.00	Demencia severa
4	Completa...	Completa...	30.00	10.00	3.00	5.00	3.00	9.00	76.00	Normal
5	Ni verdader...	Completa...	6.00	3.00	1.00	.00	.00	2.00	107.00	Demencia severa
6	Completa...	Bastante f...	28.00	9.00	3.00	5.00	2.00	9.00	114.00	Normal
7	Completa...	Completa...	26.00	9.00	3.00	5.00	2.00	7.00	49.00	Normal
8	Bastante v...	Completa...	24.00	7.00	3.00	5.00	.00	9.00	65.00	Demencia
9	Completa...	Completa...	30.00	10.00	.00	8.00	3.00	9.00	41.00	Normal
10	Completa...	Completa...	9.00	2.00	.00	.00	.00	7.00	77.00	Demencia severa
11	Bastante v...	Bastante v...	27.00	8.00	3.00	5.00	2.00	9.00	104.00	Normal
12	Completa...	Bastante v...	29.00	9.00	3.00	5.00	3.00	9.00	88.00	Normal
13	Bastante v...	Completa...	30.00	10.00	3.00	5.00	3.00	9.00	74.00	Normal
14	Completa...	Completa...	29.00	10.00	3.00	5.00	2.00	9.00	43.00	Normal
15	Bastante v...	Completa...	15.00	6.00	2.00	.00	.00	7.00	126.00	Demencia severa
16	Completa...	Completa...	28.00	10.00	3.00	5.00	1.00	9.00	77.00	Normal
17	Completa...	Completa...	24.00	6.00	3.00	6.00	.00	9.00	33.00	Demencia
18	Completa...	Completa...	24.00	7.00	3.00	4.00	2.00	8.00	47.00	Demencia
19	Completa...	Completa...	27.00	9.00	3.00	5.00	1.00	9.00	73.00	Normal
20	Completa...	Completa...	24.00	7.00	3.00	3.00	2.00	9.00	40.00	Demencia
21	Completa...	Completa...	29.00	10.00	3.00	5.00	2.00	9.00	39.00	Normal
22	Completa...	Completa...	23.00	8.00	3.00	5.00	.00	7.00	61.00	Demencia
23	Completa...	Completa...	27.00	7.00	3.00	5.00	3.00	9.00	63.00	Normal

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

9:04 p.m. 06/12/2021

Datos karina ascanda.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

1: Visible: 78 de 78 variables

	lenguacnt	agresividad	Deterioro	orientacion	fijación	concentracióncalculo	memoria1	lenguajeco	agresividadq	var	var
1	9.00	90.00	Normal	Normal	Normal	Demencia	Demencia Sev...	Normal	Agresividad Media		
2	8.00	53.00	Normal	Normal	Normal	Normal	Demencia	Normal	Agresividad Baja		
3	1.00	58.00	Demencia severa	Demencia Severa	Demencia Sev...	Demencia Severa	Demencia Sev...	Demencia Severa	Agresividad Baja		
4	9.00	76.00	Normal	Normal	Normal	Demencia	Normal	Normal	Agresividad Baja		
5	2.00	107.00	Demencia severa	Demencia Severa	Demencia Sev...	Demencia Severa	Demencia Sev...	Demencia Severa	Agresividad Alta		
6	9.00	114.00	Normal	Normal	Normal	Demencia	Demencia	Normal	Agresividad Alta		
7	7.00	49.00	Normal	Normal	Normal	Demencia	Demencia	Normal	Agresividad Baja		
8	9.00	65.00	Demencia	Normal	Normal	Demencia	Demencia Sev...	Normal	Agresividad Baja		
9	9.00	41.00	Normal	Normal	Demencia Sev...	Normal	Normal	Normal	Agresividad Baja		
10	7.00	77.00	Demencia severa	Demencia Severa	Demencia Sev...	Demencia Severa	Demencia Sev...	Normal	Agresividad Baja		
11	9.00	104.00	Normal	Normal	Normal	Demencia	Demencia	Normal	Agresividad Alta		
12	9.00	88.00	Normal	Normal	Normal	Demencia	Normal	Normal	Agresividad Media		
13	9.00	74.00	Normal	Normal	Normal	Demencia	Normal	Normal	Agresividad Baja		
14	9.00	43.00	Normal	Normal	Normal	Demencia	Demencia	Normal	Agresividad Baja		
15	7.00	126.00	Demencia severa	Demencia	Demencia	Demencia Severa	Demencia Sev...	Normal	Agresividad Alta		
16	9.00	77.00	Normal	Normal	Normal	Demencia	Demencia Sev...	Normal	Agresividad Baja		
17	9.00	33.00	Demencia	Demencia	Normal	Demencia	Demencia Sev...	Normal	Agresividad Baja		
18	8.00	47.00	Demencia	Normal	Normal	Demencia	Demencia	Normal	Agresividad Baja		
19	9.00	73.00	Normal	Normal	Normal	Demencia	Demencia Sev...	Normal	Agresividad Baja		
20	9.00	40.00	Demencia	Normal	Normal	Demencia Severa	Demencia	Normal	Agresividad Baja		
21	9.00	39.00	Normal	Normal	Normal	Demencia	Demencia	Normal	Agresividad Baja		
22	7.00	61.00	Demencia	Normal	Normal	Demencia	Demencia Sev...	Normal	Agresividad Baja		
23	9.00	63.00	Normal	Normal	Normal	Demencia	Normal	Normal	Agresividad Baja		

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

9:05 p.m. 06/12/2021

Anexo 2: Consentimiento informado

Anexo 3: Consentimiento Informado

Yo, Graciela Mojica Lengua.....identificada (o)
con DNI N° 09591823..... manifiesto que eh sido informado/a por la profesional
Investigadora sobre los detalles/implicancias/beneficios del estudio de investigación titulado
“DETERIORO COGNITIVO RELACIONADO A CONDUCTAS AGRESIVAS EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
PACIENTES CRÓNICOS-CRIPC”, comprendo y estoy satisfecho(a) con la información
recibida contestándome a todas las preguntas que he considerado conveniente que me fueran
aclaradas.

En consecuencia, doy mi consentimiento, para la aplicación del instrumento de
recoleccion de datos del presente proyecto de investigación.



Graciela Mojica Lengua

Graciela Mojica Lengua

PRESIDENTA

Comité de Familiares

Firma

Apellidos y Nombres MOJICA LENGUA, Graciela Celmira Amelia

DNI 09591823

Anexo 3: Consentimiento Informado

Yo, MASSEY CRUZ MERCEDES ANGÉLICA identificada (o)
con DNI N° 07712993 manifiesto que eh sido informado/a por la profesional
Investigadora sobre los detalles/implicancias/beneficios del estudio de investigación titulado
“DETERIORO COGNITIVO RELACIONADO A CONDUCTAS AGRESIVAS EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
PACIENTES CRÓNICOS-CRIPC”, comprendo y estoy satisfecho(a) con la información
recibida contestándome a todas las preguntas que he considerado conveniente que me fueran
aclaradas.

En consecuencia, doy mi consentimiento, para la aplicación del instrumento de
recolección de datos del presente proyecto de investigación.

Mercedes Angelica Massey Cruz 
Firma
Apellidos y Nombres..... Mercedes Massey Cruz
DNI..... 07712993

Anexo 3: Consentimiento Informado

Yo, PIZARRO RIVAS NADIA BLANCA.....identificada (o)
con DNI N° 2059 2276..... manifiesto que eh sido informado/a por la profesional Investigadora sobre los detalles/implicancias/beneficios del estudio de investigación titulado “DETERIORO COGNITIVO RELACIONADO A CONDUCTAS AGRESIVAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE PACIENTES CRÓNICOS-CRIPC”, comprendo y estoy satisfecho(a) con la información recibida contestándome a todas las preguntas que he considerado conveniente que me fueran aclaradas.

En consecuencia, doy mi consentimiento, para la aplicación del instrumento de recolección de datos del presente proyecto de investigación.



Firma

Apellidos y Nombres NADIA BLANCA PIZARRO R

DNI 2059 2276

Anexo 3: Consentimiento Informado

Yo, MARÍA PUNABICA PARRA.....identificada (o)
con DNI N° 06261974..... manifiesto que eh sido informado/a por la profesional
Investigadora sobre los detalles/implicancias/beneficios del estudio de investigación titulado
“DETERIORO COGNITIVO RELACIONADO A CONDUCTAS AGRESIVAS EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
PACIENTES CRÓNICOS-CRIPC”, comprendo y estoy satisfecho(a) con la información
recibida contestándome a todas las preguntas que he considerado conveniente que me fueran
aclaradas.

En consecuencia, doy mi consentimiento, para la aplicación del instrumento de
recolección de datos del presente proyecto de investigación.



Firma

Apellidos y Nombres María Malaga Punarica.....

DNI 06261974.....

Anexo 3: Consentimiento Informado

Yo, RUEDA SALAS GRACIELA.....identificada (o)
con DNI N° 07903378..... manifiesto que eh sido informado/a por la profesional
Investigadora sobre los detalles/implicancias/beneficios del estudio de investigación titulado
“DETERIORO COGNITIVO RELACIONADO A CONDUCTAS AGRESIVAS EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
PACIENTES CRÓNICOS-CRIPC”, comprendo y estoy satisfecho(a) con la información
recibida contestándome a todas las preguntas que he considerado conveniente que me fueran
aclaradas.

En consecuencia, doy mi consentimiento, para la aplicación del instrumento de
recolección de datos del presente proyecto de investigación.



Firma

Apellidos y Nombres... Rueda Salas Graciela Gonzalez...

DNI... 07903378.....

Anexo 3: Consentimiento Informado

Yo, CARDENAS LAGONES SONIA AUGUSTA identificada (o) con DNI N° 20030967 manifiesto que eh sido informado/a por la profesional Investigadora sobre los detalles/implicancias/beneficios del estudio de investigación titulado “DETERIORO COGNITIVO RELACIONADO A CONDUCTAS AGRESIVAS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE PACIENTES CRÓNICOS-CRIPC”, comprendo y estoy satisfecho(a) con la información recibida contestándome a todas las preguntas que he considerado conveniente que me fueran aclaradas.

En consecuencia, doy mi consentimiento, para la aplicación del instrumento de recolección de datos del presente proyecto de investigación.

Sonia Lagones 

Firma

Apellidos y Nombres Sonia Cardenas Lagones

DNI 20030967

Anexo 3: Consentimiento Informado

Yo, ALEGRE SAGUZ FRANCISCO WIS identificada (o)
con DNI N° 08342779 manifiesto que eh sido informado/a por la profesional
Investigadora sobre los detalles/implicancias/beneficios del estudio de investigación titulado
“DETERIORO COGNITIVO RELACIONADO A CONDUCTAS AGRESIVAS EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
PACIENTES CRÓNICOS-CRIPC”, comprendo y estoy satisfecho(a) con la información
recibida contestándome a todas las preguntas que he considerado conveniente que me fueran
aclaradas.

En consecuencia, doy mi consentimiento, para la aplicación del instrumento de
recolección de datos del presente proyecto de investigación.



Firma

Apellidos y Nombres..... ALEGRE SAGUZ FRANCISCO

DNI..... 08342779

Anexo 3: Consentimiento Informado

Yo, LUIS FERNANDO ACOSTA CONCHUCOS.....identificada (o)
con DNI N° 06133284..... manifiesto que eh sido informado/a por la profesional
Investigadora sobre los detalles/implicancias/beneficios del estudio de investigación titulado
“DETERIORO COGNITIVO RELACIONADO A CONDUCTAS AGRESIVAS EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
PACIENTES CRÓNICOS-CRIPC”, comprendo y estoy satisfecho(a) con la información
recibida contestándome a todas las preguntas que he considerado conveniente que me fueran
aclaradas.

En consecuencia, doy mi consentimiento, para la aplicación del instrumento de
recolección de datos del presente proyecto de investigación.




Firma

Apellidos y Nombres... ACOSTA CONCHUCOS LUIS.....

DNI... 06133284.....

Anexo 3: Consentimiento Informado

Yo, MUJICA LENGUA CESAR JESUS.....identificada (o)
con DNI N° 20201983..... manifiesto que eh sido informado/a por la profesional
Investigadora sobre los detalles/implicancias/beneficios del estudio de investigación titulado
“DETERIORO COGNITIVO RELACIONADO A CONDUCTAS AGRESIVAS EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
PACIENTES CRÓNICOS-CRIPC”, comprendo y estoy satisfecho(a) con la información
recibida contestándome a todas las preguntas que he considerado conveniente que me fueran
aclaradas.

En consecuencia, doy mi consentimiento, para la aplicación del instrumento de
recolección de datos del presente proyecto de investigación.



Firma



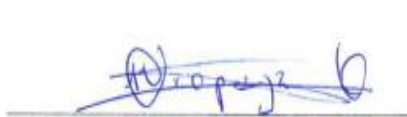
Apellidos y Nombres Mujica Lengua Cesar......

DNI 28201983......

Anexo 3: Consentimiento Informado

Yo, OROPERA QUIPE MARCO ANTONIO.....identificada (o)
con DNI N° 06550664..... manifiesto que eh sido informado/a por la profesional
Investigadora sobre los detalles/implicancias/beneficios del estudio de investigación titulado
“DETERIORO COGNITIVO RELACIONADO A CONDUCTAS AGRESIVAS EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
PACIENTES CRÓNICOS-CRIPC”, comprendo y estoy satisfecho(a) con la información
recibida contestándome a todas las preguntas que he considerado conveniente que me fueran
aclaradas.

En consecuencia, doy mi consentimiento, para la aplicación del instrumento de
recolección de datos del presente proyecto de investigación.



Firma



Apellidos y Nombres Oropera Quipe Marco Antonio

DNI 06550664

Anexo 3: Consentimiento Informado

Yo, GIJERFA PACHECO HECTOR DIMAS.....identificada (o)
con DNI N° 07672781..... manifiesto que eh sido informado/a por la profesional
Investigadora sobre los detalles/implicancias/beneficios del estudio de investigación titulado
“DETERIORO COGNITIVO RELACIONADO A CONDUCTAS AGRESIVAS EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
PACIENTES CRÓNICOS-CRIPC”, comprendo y estoy satisfecho(a) con la información
recibida contestándome a todas las preguntas que he considerado conveniente que me fueran
aclaradas.

En consecuencia, doy mi consentimiento, para la aplicación del instrumento de
recolección de datos del presente proyecto de investigación.



Firma

Apellidos y Nombres..... Hector Dimas Gijerfa Pacheco

DNI..... 07672781

Anexo 3: Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	HIPÓTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Qué relación existe entre el deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC?</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL: Hi: Existe relación entre el deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC.</p>	<p>V₁: Deterioro Cognitivo</p>	<p>Orientación Fijación Concentración Cálculo Memoria Lenguaje-Construcción</p>	<p>Tipo: Básica Método: Hipotético deductivo Diseño: Correlacional Población y muestra: Está conformada por 32 pacientes internados en el Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos con el Diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide Técnica e Instrumentos de recolección de datos: - Escala de agresividad de Buss y Perry - Examen cognoscitivo Mini - Mental (MMSE) Método de análisis de investigación Descriptivo Inferencial</p>
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué relación existe entre la dimensión orientación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC? • ¿Qué relación existe entre la dimensión fijación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de 	<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Existe relación entre la dimensión orientación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. •Existe relación entre la dimensión fijación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral 	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Establecer la relación entre la dimensión orientación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. •Establecer la relación entre la dimensión fijación del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes atendidos en el Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. 	<p>V₂: Conductas agresivas</p>	<p>Física Verbal Hostilidad</p>	<p>Paranoide Técnica e Instrumentos de recolección de datos: - Escala de agresividad de Buss y Perry - Examen cognoscitivo Mini - Mental (MMSE) Método de análisis de investigación Descriptivo Inferencial</p>

<p>Pacientes Crónicos-CRIPC?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué relación existe entre la dimensión concentración y cálculo del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC? • ¿Qué relación existe entre la dimensión memoria del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC? • ¿Qué relación existe entre la dimensión lenguaje y construcción del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC? 	<p>de Pacientes Crónicos-CRIPC.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Existe relación entre la dimensión concentración y cálculo del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. •Existe relación entre la dimensión memoria del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. •Existe relación entre la dimensión lenguaje y construcción del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. 	<ul style="list-style-type: none"> •Establecer la relación entre la dimensión concentración y cálculo del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes atendidos en el Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. •Establecer la relación entre la dimensión memoria del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. •Establecer la relación entre la dimensión lenguaje y construcción del deterioro cognitivo y conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia paranoide del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos-CRIPC. 			
--	---	--	--	--	--

Anexo 4: Constancia emitida por la institución donde se realizó el estudio

CARTA N° 001-KEMM-2023

Huariaca, 14 de Junio del 2023

Señor:

Dr. ALDO VALDERRAMA ROMERO

Coordinador del Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Crónicos

Hospital II E Huariaca

Red Asistencial Pasco

EsSalud.

ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN Y APOYO PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN


De mi mayor consideración:

Mediante la presente, es grato dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente y a la vez manifestarle mi intención de realizar una investigación para la obtención de grado de Maestro en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud en la Universidad Católica de Trujillo, con la investigación titulada "Deterioro Cognitivo relacionado a conductas Agresivas en Pacientes Crónicos con Esquizofrenia de un Centro de Rehabilitación en Cerro de Pasco 2022", mediante la cual se pretende identificar dicha relación para poder generar programas y poder ejecutarlos en beneficio de los pacientes, con un acompañamiento continuo.

Por lo que solicito su valiosa autorización y adicionalmente comunicar al personal pertinente para la obtención de los datos y la aplicación de los instrumentos, agradezco su gentil atención.

Atentamente,


KARINA ESMERALDA MATOS MATOS
DNI 45848338


ALDO VALDERRAMA ROMERO
MEDICO PSIQUIATRA - TERAPEUTA
CMP: 39796 - RNE-46584

AUTORIZACIÓN

Señora:

Karina Esmeralda Matos Matos

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN

De mi mayor consideración:

Mediante la presente, es grato dirigirme a usted para saludarla muy cordialmente y a la vez manifestarle la Autorización para realizar la investigación titulada "Deterioro Cognitivo relacionado a conductas Agresivas en Pacientes Crónicos con Esquizofrenia de un Centro de Rehabilitación en Cerro de Pasco 2022", para la obtención del grado de Maestro en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud en la Universidad Católica de Trujillo, mediante la cual se pretende identificar dicha relación para poder generar programas y poder ejecutarlos en beneficio de los pacientes, con un acompañamiento continuo.

Atentamente,



.....
ALDO VALDERRAMA ROMERO
MEDICO PSIQUIATRA - TERAPEUTA
CMP: 38786 - RNE-45584

COORDINADOR DEL CRIPC

CARTA N° 001-KEMM -2023

Huariaca, 22 de Abril del 2023

Señora:
Graciela Mujica Lengua
Presidenta del Comité de Familiares del CRIPC

ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN Y APOYO PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN

De mi mayor consideración:

Mediante la presente, es grato dirigirme a usted para saludarla muy cordialmente y a la vez manifestarle mi intención de realizar una investigación para la obtención de grado de Maestro en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud en la Universidad Católica de Trujillo, con la investigación titulada "Deterioro Cognitivo relacionado a conductas Agresivas en Pacientes Crónicos con Esquizofrenia de un Centro de Rehabilitación en Cerro de Pasco 2022", mediante la cual se pretende identificar dicha relación para poder generar programas y poder ejecutarlos en beneficio de los pacientes, con un acompañamiento continuo.

Por lo que solicito su valiosa autorización y adicionalmente comunicar al personal pertinente para la obtención de los datos y la aplicación de los instrumentos, agradezco su gentil atención.

Atentamente,



KARINA ESMERALDA MATOS MATOS
DNI 45848338

C.C. Archivo




Graciela Mujica Lengua
PRESIDENTA
Comité de Familiares

AUTORIZACIÓN

Señora:

Ps. Karina Esmeralda Matos Matos

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN

De mi mayor consideración:

Mediante la presente, es grato dirigirme a usted para saludarla muy cordialmente y a la vez manifestarle la Autorización para realizar la investigación titulada "Deterioro Cognitivo relacionado a conductas Agresivas en Pacientes Crónicos con Esquizofrenia de un Centro de Rehabilitación en Cerro de Pasco 2022", para la obtención del grado de Maestro en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud en la Universidad Católica de Trujillo, mediante la cual se pretende identificar dicha relación para poder generar programas y poder ejecutarlos en beneficio de los pacientes, con un acompañamiento continuo.

Atentamente,



Graciela Mujica Lengua
Graciela Mujica Lengua
PRESIDENTA
Comité de Familiares