



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**SÍNDROME DEFICITARIO EN PACIENTES PSICÓTICOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA  
GENERAL DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA  
IRIGOYEN 2016 - 2017**

PRESENTADA POR  
**MÓNICA CAQUI CÁCERES**

ASESOR  
**DR. GABRIEL NIEZEN MATOS**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
PSIQUIATRÍA

LIMA – PERÚ  
2017



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada**  
**CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**SÍNDROME DEFICITARIO EN PACIENTES PSICÓTICOS  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA  
GENERAL DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN  
2016 - 2017**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADO POR  
CAQUI CÁCERES MÓNICA**

**ASESOR  
DR. GABRIEL NIEZEN MATOS**

**LIMA, PERÚ  
2017**

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Portada	
Índice	
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Descripción de la situación problemática	3
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	4
1.3.1 Objetivo general	
1.3.2 Objetivos específicos	
1.4 Justificación	5
1.4.1. Importancia	
1.4.2. Viabilidad	
1.5 Limitaciones	6
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definición de términos básicos	16
<b>CAPÍTULO III: VARIABLES</b>	
3.1 Variables y su operacionalización	18
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	
4.1 Diseño metodológico: Tipo y diseño del estudio	21
4.2 Diseño muestral	21
4.3 Procedimientos de recolección de datos	22
4.4 Procesamiento y análisis de los datos	22
4.5 Aspectos éticos	22
<b>CRONOGRAMA</b>	<b>25</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>28</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>32</b>

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la situación problemática**

El síndrome deficitario se encuentra con mucha frecuencia en pacientes psicóticos. Este se manifiesta principalmente como una alteración de las actividades mentales superiores y persistencia de los síntomas negativos: aplanamiento afectivo, rango emocional disminuido, alogia, abulia, anhedonia, apática, anergia, empobrecimiento ideo-afectivo, pérdida de interés en actividades sociales, no siendo considerados como secundarios a la medicación y/o trastornos afectivos. Por lo general, pueden encontrarse en los episodios psicóticos con o sin síntomas desorganizados o positivos.

El síndrome deficitario por sí mismo puede llevar a una gran morbilidad, pues altera grandemente el desenvolvimiento del paciente en todas las esferas de su vida, la familiar, social e incluso laboral, además de también ocasiona problemas neurológicos y cognitivos.<sup>1</sup>Por todo esto, debemos tener en cuenta que los mencionados pueden estar presentes desde el inicio de la enfermedad y mucho antes de la aparición de los síntomas positivos, que son los más fáciles de identificar y estos generalmente llevan al paciente a consulta por el servicio de psiquiatría. Esta dificultad para reconocer síntomas negativos y dar el tratamiento oportuno, ocasiona mayor deterioro neurocognitivo en el paciente, generando en él una pérdida del funcionamiento global en todos los ámbitos de su vida, además de la interacción con las demás personas o su desempeño laboral.

Diversas investigaciones demostraron que existe una relación entre la gravedad de los síntomas negativos y la mengua en su desenvolviendo laboral, familiar y social, además de encontrarse que la anhedonía anticipatoria y la abolición los síntomas tienen gran importancia. Entonces, serían estos los responsables del temprano pobre funcionamiento del paciente que es característico de la esquizofrenia. Por todo, esto resulta curioso que a pesar de que es necesario, para el diagnóstico de esquizofrenia, que este presenté el deterioro del paciente a nivel social, familiar y laboral que son síntomas negativos, sean de tan poca

importancia para el diagnóstico y su clasificación diagnóstica como en el CIE y DSM.<sup>2</sup>

Por toda la problemática descrita resulta importante estudiar el síndrome deficitario ya que tiene gran influencia en el pronóstico de los pacientes psicóticos a largo plazo y porque actualmente no existen muchos estudios que nos brinden información sobre la prevalencia de este síndrome en el Perú.

La prevalencia del síndrome deficitario, se encuentra entre un 15 a 20%, según los estudios disponibles,<sup>3</sup> por lo que resulta una problemática muy común de encontrar en pacientes con síntomas psicóticos agudos y crónicos. Por esta significativa prevalencia en otros estudios, y al no contar con estudios de este tipo en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen se plantea la realización de este proyecto de investigación.

## **1.2 Formulación del problema**

- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome deficitario en pacientes psicóticos hospitalizados en el servicio de psiquiatría general del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de setiembre 2016 a febrero 2017?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo general**

- Determinar la prevalencia del síndrome deficitario en pacientes psicóticos hospitalizados en el servicio de psiquiatría general del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del 2016 al 2017.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Establecer la prevalencia del síndrome deficitario en pacientes con psicosis esquizofrénica hospitalizados en el servicio de psiquiatría general del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de setiembre del 2016 a febrero del 2017.

- Señalar la prevalencia de los síndromes deficitarios en pacientes con psicosis esquizoafectivo hospitalizados en el servicio de psiquiatría general del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de setiembre del 2016 a febrero del 2017.
- Identificar la prevalencia del síndrome deficitario en pacientes con psicosis afectivas hospitalizados en el servicio de psiquiatría general del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de setiembre del 2016 a febrero del 2017.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1 Importancia**

La presente investigación representaría una fortaleza para el cuerpo de conocimiento psiquiátrico peruano por los siguientes motivos:

- a) Tener información relacionada con la prevalencia del síndrome deficitario en los pacientes psicóticos nos permitiría tener una mejor perspectiva de esta dimensión psicopatológica, lo que nos llevaría a poder elaborar programas de rehabilitación de acuerdo a la presentación del síndrome deficitario en las diferentes formas de psicosis.
- b) En nuestro país, son pocos los trabajos de investigación sobre el síndrome deficitario en psicosis, por lo que este representaría un aporte académico, sirviendo como antecedente para futuros estudios, pudiendo convertirse en una línea de investigación y permitiendo realizar las mediciones del síndrome deficitario a todos los pacientes con psicosis.

### **1.4.2 Viabilidad**

El estudio a realizar es viable ya que en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) donde se realizará este proyecto, cuenta con una población considerable de pacientes hospitalizados por episodios psicóticos lo que nos da un buen número de pacientes para la obtención de la muestra obteniendo resultados significativos. Además, se cuenta con la autorización de la jefatura del Servicio de Psiquiatría del HNGAI.

El presente estudio será realizado en un corte de tiempo prospectivo recolectando información de los pacientes hospitalizados en el servicio de psiquiatría general del HNGAI de setiembre del 2016 a febrero del 2017. El costo que demandará el presente estudio será accesible ya que los gastos están centrados en el material de escritorio, software y recursos humanos.

### **1.5 Limitaciones**

Una de las principales limitaciones de este trabajo de investigación es el que no se encuentra actualmente mucha bibliografía internacional y nacional sobre el síndrome deficitario. Además, las escalas validadas para este síndrome han sido realizadas en población de pacientes con psicosis esquizofrénica.

Otra limitación que podemos encontrar es que algunos pacientes no colaborarían en su fase aguda con la realización de la escala por su mismo cuadro psicótico.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

Thomas H. McQlashan, Tandy J. Miller and Scott W. Woods en el 2001 hacen una revisión sobre la detección temprana de síntomas, el diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia donde refuerzan la importancia de la identificación de los síntomas prodrómicos que se pueden detectar en la fase tempranas de la enfermedad, llevando así a un diagnóstico y tratamiento precoz mejorando así el pronóstico del paciente a largo plazo.<sup>4</sup>

En el 2004, Alex S. Cohen y Nancy M. Docherty realizaron un estudio en 40 individuos con esquizofrenia. Los resultados sugieren que el deterioro neurocognitivo está asociado con la gravedad de la sintomatología de déficit además los síntomas negativos y de déficit difieren en sus respectivas asociaciones con el desempeño de las tareas que necesitan mayor atencional en la vida cotidiana.<sup>5</sup>

Celso Arango, Robert W. Buchanan, Kirkpatrick B, Carpenter WT, en el 2004 hacen una revisión sobre el síndrome deficitario en pacientes con esquizofrenia, llegando a concluir que la presencia de los síntomas negativos es algo característico encontrado en el síndrome deficitario. Además, documentan el uso de antipsicóticos tiene eficacia para los síntomas negativos primarios.<sup>6</sup>

En el 2005, Delamillieure P, Ochoa-Torres D, Vasse T, Brazo P, Gourevitch R, Langlois S. realizan un estudio donde se evaluó la calidad de vida subjetiva de treinta pacientes con esquizofrenia deficitaria comparándolos con ciento doce pacientes con esquizofrenia no deficitaria, ellos concluyeron que, en cuanto a la calidad de vida subjetiva, no se observó diferencia significativa entre ambos, sugiriendo una ausencia de los síntomas negativos primarios en la calidad de vida subjetiva de los pacientes esquizofrénicos.<sup>7</sup>

Palma C, Crespillo J, Farriols N, Soler F. y Julià J. realizan un estudio en el 2005, de correlación entre el consumo de sustancias y el primer episodio psicótico con 82 pacientes, llegando a la conclusión que no existe una correlación entre el

consumo de drogas en los trastornos psicóticos, pero podrían asociarse de alguna manera.<sup>8</sup>

En el 2005, Simon A, Dvorsky D, Boesch J, Roth B, Isler E, Schueler P, realizan un estudio donde hablan de la habilidad para detectar individuos con alto riesgo de desarrollar esquizofrenia antes de que expresen la enfermedad para una intervención temprana. Tuvieron una muestra de 104 pacientes, concluyeron que, al incluir los síntomas básicos en un conjunto de criterios de riesgo, solo unas pocas diferencias en las medidas clínicas y cognitivas permanecieron significativas entre los pacientes con esquizofrenia y los de primer episodio.<sup>9</sup>

Kimhy D, Yale S, Goetz R, Marcinko L y Malaspina D. en el 2006 realizan un metanálisis sobre los factores estructurales de síndrome deficitario en la esquizofrenia. Estos autores consideraron a la esquizofrenia deficitaria como un subtipo de esquizofrenia; siendo dos factores los como la abolición de la conducta social y la mala expresión emocional como las características principales.<sup>10</sup>

El 2006, Robert W. Buchanan en su ensayo clínico nos redacta sobre los síntomas negativos persistentes, estos están diseñados para captar aquellos síntomas que llevan a un deterioro funcional. Llega a la conclusión que los síntomas negativos persistentes afectan a más pacientes los cuales generan mayor deterioro.<sup>3</sup>

Hans-Ju"rgenMo"ller, en el 2007 realizo una discusión sobre la importancia del reconocimiento de los síntomas negativos (afecto aplastado, habla empobrecida, apatía, abulia, anhedonia) ya que son más sutiles y más difíciles de reconocer y diagnosticar a pesar de ser un aspecto intrínseco de la esquizofrenia ocasionado en ellos los peores resultados clínicos.<sup>11</sup>

El 2008, el autor Berenbaum H, Kerns J, Vernon L., Gomez J. realizaron un estudio con 47 individuos con Trastornos del espectro esquizofrenia (39 pacientes con esquizofrenia y 8 pacientes con trastorno esquizoafectivo); se concluyó que la elocuencia de su lenguaje disminuida se asoció significativamente con un menor rendimiento en la fluidez, pero no en la memoria episódica o de trabajo. Por el contrario, la coherencia del discurso perturbado

exhibió el patrón opuesto, asociados con el desempeño más pobre en la memoria episódica y tareas de memoria de trabajo.<sup>12</sup>

Brian Kirkpatrick y Silvana Galderisi, en el 2009 hacen una revisión donde se compararon a pacientes con esquizofrenia deficitaria y esquizofrenia no deficitaria encontrándose relación con la seropositividad por citomegalovirus siendo potencialmente importante porque podría ser útil para estudios como marcador.<sup>13</sup>

También en el 2009, S. Galderisi y M. Maj. concluye que el diagnóstico de esquizofrenia con déficit es difícil, requiriendo evaluación longitudinal, diferentes fuentes de información y una cuidadosa investigación clínica para juzgar si los síntomas negativos observados deben considerarse primarios o secundarios.<sup>14</sup>

En el 2012, Gerardo Téllez R, Ricardo Sánchez P, Luis Eduardo Jaramillo realizaron un estudio un estudio observacional, analítico, con un total de 232 pacientes, con esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno psicótico no especificado. Llegando a la conclusión que el síndrome psicótico agudo se encontró conformado por ocho subtipos, siendo uno de ellos el deterioro. La mayor limitación fue Incluir pacientes con diferentes tipos de cuadros psicóticos, tratando de elaborar agrupaciones sintomáticas a partir de características transversales puede generar una clasificación sesgada.<sup>15</sup>

El 2013, M. Paz García-Portilla y Julio Bobes nos hablan sobre el síndrome negativo, la dificultad en la identificación, reconocimiento y evaluación del síndrome negativo en pacientes con esquizofrenia; por lo que en la práctica clínica el registro de estos síntomas son menores al de los síntomas positivos a pesar de ser frecuente y ocasionar un gran impacto en el desarrollo de los pacientes en todos los ámbitos de su vida, esto se debe en gran parte a las limitadas herramientas para la evaluación.<sup>2</sup>

SiriHelle, Rolf Gjestad, Erik Johnsen, Rune Andreas Kroken, Hugo Jorgensen, en el 2014 estudian como los fármacos ilícitos pueden influir en la cognición de la psicosis cognoscitiva. Llegan a la conclusión que el grupo de psicosis con el

consumo de drogas ilícitas, presentan el mayor aumento de la medida global del funcionamiento cognitivo, especialmente un grupo de los pacientes más jóvenes de este grupo.<sup>16</sup>

En el 2017, E. Bora, B. Binnur A. and K. Alptekin realizan un meta análisis donde comparar los rendimientos cognitivos de la esquizofrenia deficitaria y la no deficitaria. Se examinaron las diferencias en las capacidades cognitivas entre 897 déficit y 1636 pacientes no deficitarios con esquizofrenia. Rendimientos cognitivos de 899 además se compararon los controles con 350 pacientes con déficit y 592 esquizofrenia no deficitaria. El resultado fue que ambos déficits y no-déficit esquizofrenia se asociaron con deterioro significativos en todos los dominios cognitivos.<sup>17</sup>

## **2.2. Bases Teóricas**

El síndrome deficitario manifiesta principalmente como una alteración de las actividades mentales superiores y persistencia de los síntomas negativos; se pueden encontrar entre y durante el desarrollo de los episodios de exacerbación psicótica donde se hallan síntomas desorganizados, positivos o negativos.

Actualmente, existen criterios para el síndrome deficitario, pero en pacientes con esquizofrenia como a) la presencia de dos síntomas o más síntomas negativos: aplanamiento afectivo, nivel emocional disminuido, alogia, anhedonía, ausencia de objetivos, pérdida de interés para realizar actividades sociales. b) Una combinación de dos o más síntomas negativos que estuvieran presentes durante el último año y se ha encontrado todo el tiempo presente en los períodos de estabilidad clínica, esto incluye a pacientes psicóticos crónicos. c) Los síntomas negativos deben ser primarios, es decir, no consecuencia de otras enfermedades como: la ansiedad, efectos de la medicación, suspicacia, trastornos formales del pensamiento, alucinaciones o delirios, retraso mental, depresión. d) El paciente que cumple los criterios del DSM-IV para esquizofrenia.<sup>13,17</sup>

En 1942, Clérambault introdujo en el mundo de la psiquiatría la diferencia entre los síntomas positivos y negativos de los pacientes con esquizofrenia, pero sin mucho éxito.<sup>14</sup> Crow, en 1980 catalogó la esquizofrenia en subtipos I y II, esta clasificación se realizó de acuerdo a la sintomatología predominante en el

paciente, positiva o productiva y la negativa o de déficit, Crow describe los síntomas negativos como aplanamiento o embotamiento afectivo, alogia, bloqueos del pensamiento, pobre cuidado personal, pérdida de motivación, anhedonía y retraimiento social.<sup>15</sup>

La primera vez que se describió el síndrome de déficit fue en pacientes con esquizofrenia crónica, es por ello que las escalas para evaluar se centran básicamente en evaluar el síndrome deficitario en pacientes con esquizofrenia pero con el tiempo otras investigaciones pudieron demostrar que estos síntomas también puede encontrarse en pacientes no esquizofrénicos, en estos estudios observaron un síndrome de déficit en pacientes de con primer ingreso con psicosis o esquizofrenia o trastornos esquizofreniforme. Por ello, estos estudios mostraron que el síndrome de déficit podría no ser específico para la esquizofrenia crónica.<sup>16</sup>

Una de las investigaciones que demostraron que los síntomas negativos no eran exclusivos de los pacientes esquizofrénicos fue el realizado por H. Gerbaldo en 1997, donde comparan la frecuencia de los síntomas negativos primarios en pacientes con esquizofrenia y trastornos no esquizofrénicos en su primera hospitalización y en hospitalizaciones recurrentes; concluyeron que se podían observar en ambos grupos, el primero (17%) y el ingreso recurrente (22%); es decir la frecuencia fue mayor en los pacientes con hospitalizaciones recurrentes que en los pacientes de primera admisión. Sin embargo, estas diferencias no fueron significativas. Considerando a los que es su primera hospitalización, los trastornos psicóticos (31%) tenían mayor frecuencia de presentar síndrome de deficitario a comparación de los trastornos afectivos y otros no psicóticos (8%) además de encontrarse que en los pacientes con hospitalizaciones recurrentes, existe un aumento de los síntomas negativos que se van a mantener constantes, en episodios esquizofrénicos y trastornos esquizoafectivos (44%) en comparación con los trastornos no psicóticos (17%).<sup>18</sup>

El término psicótico hace referencia principalmente a la pérdida de la capacidad de evaluar la realidad y el deterioro del funcionamiento mental que se puede manifiesta con delirios, alucinaciones, confusión y deterioro de la memoria. Este término también puede usarse para describir el comportamiento de una persona en un instante o un trastorno mental al que por lo general se asocia a un grave

deterioro de la evaluación del ambiente que lo rodea por lo que los lleva a conclusiones erróneas de la realidad a pesar de que haya evidencia de lo contrario.<sup>19</sup>

La definición utilizada en anteriores clasificaciones del DSM-II y CIE-9 de psicosis se enfoca principalmente a la severidad del deterioro funcional, de tal manera que un trastorno mental se denomina psicótico si logra ocasionar un deterioro que entorpecía en gran medida su capacidad para desenvolverse en sus actividades de la vida diaria. En conclusión, el término es definido como una pérdida de la conciencia del yo o un grave deterioro de la evaluación de la realidad.<sup>20</sup>

En la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico breve, el término psicótico hace referencia a ideas delirantes, alucinación, lenguaje desorganizado o a la conducta desorganizada o catatónica. En el trastorno psicótico secundario a una enfermedad médica y en el trastorno psicótico inducido por sustancias, el término psicótico hace referencia a las ideas delirantes o solo a aquellas alucinaciones en las que el paciente no tiene conciencia de enfermedad; en el trastorno delirante y en el trastorno psicótico simultáneo, el término psicótico es semejante a decir síntomas delirantes.<sup>20</sup>

Los síntomas psicóticos citados anteriormente pueden acompañarse de diversas alteraciones psicomotoras como: síntomas catatónicos, agitación psicomotriz, excitación, negativismo, mutismo, flexibilidad cérica, posturas anormales – catalepsia, ecopraxia o ecolalia, manierismos, estereotipias; además de alteraciones autonómicas como: en frecuencia cardíaca y respiratoria, temperatura, presión arterial y sudoración; también pueden aparecer manifestaciones extra-piramidales como: rigidez, hipo o acinesia, temblor, acatisia, tics, discinesias y distonías; otras alteraciones que pueden existir son los neurológicos menores que son alteraciones motoras subclínicas, estos siguen a conductas más complejas como coordinación motora, secuenciación de actos motores complejos, integración sensorial y reflejos primarios. Se ha demostrado que los pacientes con esquizofrenia tienen una mayor prevalencia de signos neurológicos menores, en comparación con las

personas libres de enfermedades y con otros pacientes que tengan diferentes diagnósticos psiquiátricos.<sup>21</sup>

Los trastornos psicóticos pueden afectar a cada persona de manera diferente; lo acostumbrado es que el primer episodio psicótico se produzca durante la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta, y que se presente un periodo premórbido, un período prodrómico y la última etapa es psicosis, en la que la duración puede variar según cada individuo.<sup>22</sup>

Esta fase pre mórbida fue descrita por primera vez por Klaus Conrad en su libro *Esquizofrenia Incipiente*, describe fase prodrómica o trema, apofánica, apocalíptica, consolidación y residual. La trema, es un término tomado del teatro que hace referencia a la tensión que presentan los actores antes de salir a escena, es el estado extraño que precede al desencadenante del delirio, aquí es característico la angustia (puede ser experimentado como depresión, culpa, pesadumbre); un alto número de esquizofrénicos comienzan con distimia endógena (depresión, inhibición, incapacidad de decisiones, malhumorado, ideas de suicidio, hipobulia) pero en pocos casos podemos encontrar a esquizofrénicos que comienzan con desinhibición eufórica maniaca. En la apofanía, Conrad considera el factor más importante de la vivencia apofónica en la que el paciente refiere tener la sensación de que todo gira en torno a él; el enfermo considera que esta como preso, ya no es capaz de trascender y esta aprisionado en su propio yo; Conrad emplea la palabra “anastrophé” que es una forma en la que el “yo” se manifiesta a sí misma. La fase apocalíptica como un aumento de grado de todas las alteraciones que caracterizan a la fase apofónica, con aumento de la relajación de la conciencia. Los pacientes pasan por una etapa paranoide antes de la aparición de la catatonía esta transición puede ser muy rápida y pasar inadvertida ante la irrupción de la agitación, estupor, catalepsia. En la fase de consolidación, se produce el cambio total de estructura, un giro de 360 grados, ya no es el enfermo el centro del mundo, sino el mundo sigue su curso como siempre y él no es más que una pequeña parte de este.<sup>23</sup>

El diagnóstico de los pacientes con esquizofrenia se fundamentó en el criterio diagnóstico, según el DSM V son:<sup>20</sup>

Criterio A. **Síntomas característicos:** Dos o más síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos, cada uno de ellos presente durante una gran parte del tiempo, aproximadamente 1 mes.<sup>20</sup>

Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes son de una voz que expone permanentemente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.<sup>20</sup>

Criterio B. **Disfunción social y/o laboral:** que se manifieste durante una gran parte del tiempo desde el inicio de la enfermedad, además debe afectar una o más áreas significativas de sus actividades de la vida diaria como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, están deben estar visiblemente por debajo del nivel que tenía antes del inicio del trastorno; cuando el inicio es tempranamente (infancia o adolescencia) se debe tener en cuenta que no llegue a alcanzar el nivel esperable de relaciones interpersonales, actividades académicas o laborales).<sup>20</sup>

Criterio C. **Duración:** los signos continuos deben persistir por lómenos seis meses. Esta etapa debería de tener por lómenos un mes de síntomas que cumplan el Criterio A y puede encontrarse en las etapas de síntomas prodrómicos y residuales.<sup>20</sup>

Criterio D. **Descarte del trastorno Esquizoafectivo y del estado de ánimo,** es decir no debe de haber tenido antes algún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto simultáneamente con síntomas en la fase activa de la enfermedad además si estos episodios de alteraciones del ánimo aparecen durante los síntomas de la fase activa, estos deben tener una duración transitoria en correlación con la duración de los estados activo y residual.<sup>20</sup>

Criterio E. **Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica:** al comprobar que estos síntomas no son producto de efectos directos fisiológicos de sustancias o a causa de alguna enfermedad médica.<sup>20</sup>

Criterio F. **Relación con un trastorno generalizado del desarrollo:** se debe de tener en cuenta la historia de trastorno del espectro autista o algún trastorno del

desarrollo, el diagnóstico agregado de esquizofrenia se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones se mantienen por lo menos un mes (salvo si fue tratado con éxito).<sup>20</sup>

Como podemos ver el diagnóstico de esquizofrenia es clínico lo que no nos permite tener una valoración apropiada de los síntomas negativos en pacientes; pero actualmente existen criterios que nos permiten delimitar el tipo de sintomatología predominante en cada paciente, ya sea síntomas positivos, negativos, desorganizados y residual lo que permitiría encontrar con más precisión el predominio de síntomas del paciente con esquizofrenia, esto nos ayudara a su mejor clasificación y a la selección del tratamiento farmacológico y terapias, más adecuado.

El desarrollo de estas escalas entonces evalúa a fondo los síntomas negativos en la esquizofrenia es un tema clave y crítico en la salud mental.<sup>24,25</sup> Actualmente se cuentan con escalas, que nos ayudan a los clínicos e investigaciones, estos proporcionan la detección y calificación de la gravedad de los síntomas negativos. Las principales son la Brief Psychiatric Rating Scala (BPRS)<sup>26</sup> y La Positive and Negative Sindrom Scale (PAMSS).<sup>27</sup>

Estas escalas están dirigidas a la medición de los síntomas negativos para su diferenciación de otro tipo de síntomas, como los positivos, afectivos y los motores, como el parkinsonismo inducido por fármacos, aspectos que no se habían resuelto con las escalas anteriores que presentaban limitaciones en su discriminación.

Para evaluar el síndrome deficitario se introdujo la escala Schedule for the Deficit Syndrome (SDS), esta consta de 6 dominios fundamentales en el síndrome deficitario, cuatro criterios del síndrome deficitario de Carpenter más dos criterios que evalúan la gravedad global y el déficit global; las calificaciones se realizan mediante una escala de 5 puntos siendo 0 (ausente) y 4 (muy grave), la información que se usa se puede obtener de la observación directa del paciente además de otros recursos disponibles como la historia clínica pero cuando la información conseguida es contradictoria, sobre la intensidad emocional, intereses y la motivación social, debemos utilizar la información de otras personas que estuvieron atendiendo al paciente. Para decir que el paciente

cumple con los criterios para déficit, debe obtener una puntuación mayor 2 en más de dos de los seis síntomas negativos: aplanamiento afectivo, nivel emocional disminuido, alogia, anhedonía, falta de objetivos, pérdida de interés para realizar actividades sociales.<sup>28</sup>

### **2.3. Definición de términos básicos**

La **esquizofrenia** es una enfermedad permanente durante al menos seis meses además incluye al menos un mes de síntomas de la fase activa, que pueden ser: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos. Además se puede usar para las definiciones de los subtipos de esquizofrenia como son: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual.<sup>19</sup>

El **trastorno Esquizofreniforme** se define al presentarse con síntomas semejantes a la esquizofrenia, exceptuado el tiempo de duración y la ausencia de la obligación de la existencia de un deterioro funcional.<sup>19</sup>

El **trastorno Esquizoafectivo** es una alteración en la que podemos encontrar juntamente a un episodio afectivo y los síntomas encontrados en la fase activa de la esquizofrenia ya mencionados anteriormente, y está seguida de al menos dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas significativos de alteraciones del estado de ánimo.<sup>19</sup>

El **trastorno delirante** se caracteriza por al menos un mes de ideas delirantes no extrañas sin otros síntomas de la fase activa de la esquizofrenia ya mencionados anteriormente.<sup>19</sup>

El **trastorno psicótico breve** es una alteración psicótica que dura más de un día y que remite antes de un mes.<sup>19</sup>

El **trastorno psicótico compartido** es una alteración que se desarrolla en un sujeto que está influenciado por alguien que presenta una idea delirante de contenido equivalente.<sup>19</sup>

En el **trastorno psicótico debido a enfermedad médica**, los síntomas psicóticos son el resultado fisiológica directa de la enfermedad médica.<sup>19</sup>

En el **trastorno psicótico inducido por sustancias**, los síntomas psicóticos son un efecto de la fisiológica directa del abuso una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico.<sup>19</sup>

Los trastornos psicóticos no especificados se mencionan para clasificar las presentaciones psicóticas que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos psicóticos específicos ya mencionados, o la sintomatología psicótica acerca de la que se dispone de una información insuficiente o contradictoria.<sup>19</sup>

**Aplanamiento afectivo** se puede evaluar observando el comportamiento del individuo, principalmente las expresiones faciales, los gestos descriptivos y los cambios vocales.<sup>28</sup>

**Rango emocional disminuido** se describe una reducción en la intensidad y alcance de la experiencia emocional subjetiva del paciente y una incapacidad para experimentar placer en cualquier campo que le interese al paciente.<sup>28</sup>

**Alogia**, es la disminución tanto de la cantidad de palabras como de la cantidad de información que debe ser transmitida.<sup>28</sup>

**Anhedonía**, es pérdida de interés en el mundo que rodea al paciente ya sea en las ideas, eventos y aficiones.<sup>28</sup>

**Falta de objetivos** se refiere a una deficiencia en la consecución de los objetivos de la vida, incapacidad para iniciar o mantener actividades dirigidas a alcanzar una meta.<sup>28</sup>

**Pérdida de interés para realizar actividades sociales.** Es la pérdida cuantitativa del interés e iniciación de la interacción social.<sup>28</sup>

## CAPÍTULO III: VARIABLES

### 3.1 Variables y su operacionalización

La variable que se encontrar en este proyecto de investigación ya que se tiene como objetivo: Determinar la prevalencia del síndrome deficitario en pacientes

psicóticos hospitalizados en el servicio de psiquiatría general del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del 2016 al 2017; la variable de estudio sería el síndrome deficitario.

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	VALORES DE LAS CATEGORÍAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Síndrome Deficitario	Es la Alteración de las actividades mentales superiores y persistencia de los síntomas negativos	Cualitativa	1.Aplanamiento afectivo 2.Rango emocional disminuido 3.Alogia 4.Pérdida de intereses 5.Falta de objetivos 6.Pérdida de interés en actividades sociales	Nominal	- El paciente se muestra normal respecto a esta característica. - El empeoramiento del funcionamiento es de severidad cuestionable. - El paciente tiene esta área de funcionamiento claramente empeorada pero algunos aspectos clínicos están intactos. - Claro empeoramiento en relación a la mayoría de aspectos de la característica. -Empeoramiento en relación a todos los aspectos de la característica.	0 1 2 3 4	Encuesta
		Cualitativa	1.Esquizofrenia según DSM-IV 2.Dos síntomas negativos tienen una severidad de 2 o más. 3.Estos síntomas negativos son considerados primarios. 4.Estos síntomas negativos son características estables durante	Nominal	No Si Ninguna de las Anteriores	0 1 2	Encuesta

			períodos de relativa remisión durante el año anterior.				
		Cualitativa	Categorización global	Nominal	Deficitario  No deficitario	1  0	Encuesta
		Cualitativa	Severidad Global	Nominal	- El paciente se muestra normal respecto a esta característica. - El empeoramiento del funcionamiento es de severidad cuestionable. - El paciente tiene esta área de funcionamiento claramente empeorada pero algunos aspectos clínicos están intactos. - Claro empeoramiento en relación a la mayoría de aspectos de la característica. -Empeoramiento en relación a todos los aspectos de la característica.	0 1 2 3 4	Encuesta

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1 Diseño metodológico

El presente proyecto de investigación tiene un diseño descriptivo, de corte transversal el cual está enfocado en la evaluación de la prevalencia del síndrome deficitario en pacientes psicóticos hospitalizados en el servicio de psiquiatría general del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del 2016 al 2017.

### 4.2 Diseño muestral

La población de estudio está formada por todos los pacientes hospitalizados en el servicio de Psiquiatría General del Hospital Guillermo Almenara entre 2016 al 2017 de los cuales solo se incluirán a los pacientes que cumplan los criterios de selección.

Como muestra se tomarán a los pacientes psicóticos hospitalizados en el servicio de Psiquiatría General del Hospital Guillermo Almenara entre 2016 al 2017, en la cual se escogerá una muestra representativa esta se estimará con la fórmula de cálculo de tamaño de muestra para poblaciones finitas que es  $n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$  luego del cálculo del tamaño de la muestra la selección de pacientes se utilizará un muestreo aleatorio simple.

La población de estudio será delimitada mediante los criterios de selección que son los de inclusión y exclusión:

- **Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores de 18 años hasta los 60 años que cumplan el criterio diagnóstico según el DSM V de Psicosis hospitalizados en el servicio de Psiquiatría General del Hospital Guillermo Almenara entre 2016 al 2017.

- **Criterios de Exclusión**

- Pacientes menores de 18 años o mayores de 60 años hospitalizados en el servicio de Psiquiatría General del Hospital Guillermo Almenara entre 2016 al 2017.

- Pacientes con antecedentes de enfermedades neurológicas, traumatismo encéfalo craneano, diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol o sustancias en los últimos 12 meses antes de su participación en el proyecto de investigación.

#### **4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La recolección de datos sobre el Síndrome Deficitario se hará mediante la revisión de las historias clínicas, de las cuales se obtendrá información para aplicar la Escala Schedule for the Deficit Syndrome (SDS)SCORESHEET (Ver ANEXO N° 2), esta se conforma por tres partes síntomas negativos, criterios del síndrome Deficitario y la categorización; conformado por 12 preguntas que ya fueron descritas en la sección de marco teórico. La aplicación de la escala tomando un tiempo aproximado de 15 minutos.

#### **4.4 Procesamiento y análisis de la información**

Para el procesamiento de la información después de ser recolectados se le asignará un código para así generará una base de datos, a la cual se le colocará una contraseña encriptada que solo será accesible al investigador principal; con esta base de datos se realizarán los cálculos estadísticos para conocer la prevalencia del síndrome deficitario en pacientes psicóticos utilizando el programa Office Excel y el programa SPSS versión 22.0.0.0.

#### **4.5 Aspectos éticos**

Las acciones realizadas en la investigación serán realizadas respetando las normas éticas.

Se pedirá la autorización para la realización del proyecto de investigación al Servicio de Psiquiatría General del Hospital Guillermo Almenara, informándoles previamente del estudio y procedimiento a realizar, todo esto siguiendo el código de Nuremberg.

Las escalas realizadas serán anónimas para que conociendo el resultado del servicio de Psiquiatría General del Hospital Guillermo Almenara se beneficiaron al recibir una charla informativa de los resultados obtenidos, cumpliendo así con el código de Belmont.

La información que se obtenga serán mantenidas bajo estricta confidencialidad, con los procedimientos antes mencionados.

## CRONOGRAMA Y RECURSOS

### 1. Cronograma

2017	EN.	FEB.	MAR.	ABR.	MAYO - AGOSTO					SET. - OCTUB.		NOV.	DIC.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>ACTIVIDAD MENSUAL</b>													
Presentación proyecto investigación	X												
Investigación bibliográfica		X											
Solicitud de historias clínicas			X										
Recolección de información en historias				X									
Procedimiento					X	X	X	X	X				
Registro de información en ficha					X	X	X	X	X				
Análisis de la información										X	X		
Revisión de resultados										X	X		
Elaboración del informe final												X	
Presentación de Trabajo de investigación													X

## 2. Recursos

### a) Humanos

- Asesor de la investigación
- Metodólogo
- Especialista en estilo
- Estadístico
- Mecnógrafo ó digitador
- Revisor del informe final

### b) Económicos

- Peculio personal

### c) Físicos

- Archivo de historias clínicas
- Escritorio
- Computadora
- Internet
- Impresora
- Utilería
- Software SPSS

## 3. Presupuesto

Rubro	Detalle	Monto
<b>Asesoría</b>	Metodólogo	500
	Estilo	500
	Estadístico	500
<b>Utilería</b>	Papel	20
	Tinta	100
	Lapiceros	20
	Lápices	10

	Folder	30
	Corrector	20
	Borrador	10
<b>Servicios</b>	Internet	200
	Imprenta	300
	Empaste	300
<b>Mantenimiento</b>	Impresora	50
	PC	100
<b>TOTAL</b>		2660

## FUENTES DE INFORMACION

1. Kirkpatrick B, Buchanan RW, Ross DE, Carpenter Jr, WT. Una enfermedad aparte dentro del síndrome de la esquizofrenia. En Esquizofrenia negativa. Coordinado por Parellada E. *Psiquiatría Global*, Bibliotecas Aula Médica; 2002;13-31.
2. M. Paz García-Portilla y Julio Bobes. Ante el nuevo reto de identificar el síndrome negativo de la esquizofrenia. *RevPsiquia. Salud Ment (Barc.)*. 2013;6(4):141---143.
3. Robert W. Buchanan. Persistent Negative Symptoms in Schizophrenia: An Overview. *Schizophr Bull* 2007;33 (4):1013-1022.
4. Thomas H. McQuilashan, Tandy J. Miller, and Scott W. Woods. Pre-onset Detection and Intervention Research in Schizophrenia Psychoses: Current Estimates of Benefit and Risk. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 27, No. 4, 2001.
5. Alex S. Cohen and Nancy M. Docherty. Deficit Versus Negative Syndrome in Schizophrenia: Prediction of Attentional Impairment. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 30, No. 4, 2004
6. Celso Arango, Robert W. Buchanan, Kirkpatrick B, Carpenter WT. The deficit syndrome in schizophrenia: implications for the treatment of negative symptoms. *European Psychiatry* 19 (2004) 21–26.
7. Delamillieure P, Ochoa-Torres D, Vasse T, Brazo P, Gourevitch R, Langlois S et al. The subjective quality of life in deficit and nondeficit schizophrenic patients. *European Psychiatry*. 2005;20(4):346-348.
8. Sevillano CP, Crespillo JC, Hernando NF, Llobet FS, Zapata JJ. Primeros episodios psicóticos: características clínicas y patrones de consumo de

- sustancias en pacientes ingresados en una unidad de agudos. *Anales de Psicología*. 2005; 21(2):286–93.
9. Simon AE, Dvorsky DN, Boesch J, Roth B, Isler E, Schueler P, et al. Defining subjects at risk for psychosis: a comparison of two approaches. *Schizophr Res*. 2006 Jan 1;81(1):83–90.
  10. Kimhy D, Yale S, Goetz RR, McFarr LM, Malaspina D. The Factorial Structure of the Schedule for the Deficit Syndrome in Schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006 Apr: 32(2):274–8.
  11. Hans-Ju"rgen Mo"ller. Clinical evaluation of negative symptoms in schizophrenia. *European Psychiatry* 2007, 380 – 386.
  12. Berenbaum H, Kerns JG, Vernon LL, Gomez JJ. Cognitive correlates of schizophrenia signs and symptoms: I. Verbal communication disturbances. *Psychiatry Res*. 2008;159: 147-156.
  13. Brian Kirkpatrick, Silvana Galderisi. Deficit schizophrenia: an update. *World Psychiatry* 2008;7:143-147.
  14. S. Galderisi, M. Maj. Deficit schizophrenia: An overview of clinical, biological and treatment aspects. *European Psychiatry* 2009, 493–500.
  15. Gerardo Téllez R, Ricardo Sánchez P, Luis Eduardo Jaramillo. Análisis de la estructura del síndrome psicótico agudo. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 41 / No. 1 / 2012
  16. SiriHelle, Rolf Gjestad, Erik Johnsen, Rune Andreas Kroken, Hugo Jorgensen, Else-Marie Loberg a Cognitive changes in patients with a acute phase psychosis—Effects of illicit drug use. *Psychiatry Research* 2014, 818–824.

17. E. Bora, B. Binnur A. and K. Alptekin. Neurocognitive impairment in deficit and non-deficit schizophrenia: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, Page 1 of 14. Cambridge University Press 2017
18. Arango C, Kirkpatrick B, Buchanan RW, Carpenter WT. El síndrome deficitario: un dominio dentro de la esquizofrenia. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1998; 26: 180-186.
19. Berrios GE. Positive and negative symptoms and Jackson. *Arch Gen Psychiatry*. 1985; 42: 95--7.
20. Crow TJ. Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine. *Br J Psychiatry*. 1980; 137:383.
21. Carpenter WT, Heinrichs DW, Wagman AM. Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept. *Am J Psychiatry*. 1988 May; 145(5):578–83.
22. Kirkpatrick B, Buchanan RW y colaboradores. The Schedule for the Deficit syndrome: an instrument for research in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 1989 Nov;30(2):119-23.
23. H Gerbaldo, K Georgi, D Pieschl. The deficit syndrome in first-admission patients with psychotic and non-psychotic disorders. *Eur. Psychiatry* 1991; 12:53-I.
24. Sadock B, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Edición: Ninth, Two Volume Set. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009. 4884 p.
25. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. 5 edition. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing; 2013. 279-322 p.

26. Pozo NO. La predicción del diagnóstico de esquizofrenia: El rol de la neurocognición en el primer episodio de la psicosis. Universidad de Deusto; 2009. 150 p.
27. McGlashan TH, Miller TJ, Woods SW. Pre-onset Detection and Intervention Research in Schizophrenia Psychoses: Current Estimates of Benefit and Risk. *Schizophr Bull* [Internet]. 2001 Jan 1 [cited 2017 Sep 5]; 27(4):563–70.
28. Klaus Conrad. La esquizofrenia incipiente Historia y teoría de la Psiquiatría; 1988: 319 – 25.
29. Kane, J.M., Tools to assess negative symptoms in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 2013. 74(6): p. e12.
30. Marder, S.R and B. Kirkpatrick; Defining and measuring negative symptoms of schizophrenia in clinical trials. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2014. 24(5): p 737-43
31. Escala breve de Evaluación Psiquiátrica Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Instrumento de evaluación nº 7 de la publicación “Detección e intervención temprana en las psicosis”. Servicio Andaluz de Salud, 2010.
32. Kring, A.M., et al. The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS): final development and validation. *Am J Psychiatry*, 2013. 170(2): 165 – 72p.
33. Serhat CITAK, E. Timucin ORAL, A. Tamer AKER, Mustafa ŞENOCAK. Reliability and Validity of the Schedule for Deficit Syndrome in Schizophrenia. *TurkPsikiyatriDergisi* 2006; 17(2).

## **ANEXOS**

## ANEXO N. 1

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la investigación	Pregunta de investigación	Objetivos de la investigación	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>Síndrome Deficitario En Pacientes Psicóticos Hospitalizados En El Servicio De Psiquiatría General Del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen 2016 - 2017</p>	<p>¿Cuál es la prevalencia del síndrome deficitario en pacientes psicóticos hospitalizados en el servicio de psiquiatría general del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de setiembre 2016 a febrero 2017?</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar la prevalencia del síndrome deficitario en pacientes psicóticos hospitalizados en el servicio de psiquiatría general del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del 2016 al 2017.</li> </ul> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer la prevalencia del síndrome deficitario en pacientes con psicosis esquizofrénica hospitalizados en el servicio de psiquiatría general del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de</li> </ul>	<p>El presente proyecto de investigación tiene un diseño Descriptivo, de corte transversales el cual está enfocado en la evaluación de la prevalencia del síndrome deficitario en pacientes psicóticos hospitalizados en el servicio de psiquiatría general del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen del 2016 al 2017.</p>	<p>La población de estudio está formada por todos los pacientes hospitalizados en el servicio de Psiquiatría General del Hospital Guillermo Almenara entre 2016 al 2017 de los cuales solo se incluirán a los pacientes que cumplan los criterios de selección. Como muestra se tomarán a los pacientes psicóticos hospitalizados en el servicio de Psiquiatría General del Hospital Guillermo Almenara entre 2016 al 2017, en la cual se escogerá una muestra representativa la cual se estimará con la fórmula de cálculo de tamaño de muestra para poblaciones finitas que es luego <math>n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}</math> del cálculo del tamaño de la muestra la selección de pacientes se utilizará un muestreo aleatorio simple.</p>	<p>La recolección de datos sobre el Síndrome Deficitario se hará mediante la revisión de las historias clínicas, de las cuales se obtendrá información para aplicar la Escala Schedule for the Deficit Syndrome (SDS) SCORESHEET (Ver ANEXO N° 2), esta se conforma por tres partes: Síntomas</p>

		<p>setiembre del 2016 a febrero del 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Señalar la prevalencia de los síndromes deficitarios en pacientes con psicosis Esquizoafectivo hospitalizados en el servicio de psiquiatría general del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de setiembre del 2016 a febrero del 2017.</li> <li>• Identificar la prevalencia del síndrome deficitario en pacientes con psicosis afectivas hospitalizados en el servicio de psiquiatría general del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de setiembre del 2016 a febrero del 2017.</li> </ul>		<p>Para el procesamiento de la información después de ser recolectados se le asignará un código para así generará una base de datos, a la cual se le colocará una contraseña encriptada que solo será accesible al investigador principal; con esta base de datos se realizarán los cálculos estadísticos para conocer la prevalencia del síndrome deficitario en pacientes psicóticos utilizando el programa Office Excel y el programa SPSS versión 22.0.0.0.</p>	<p>negativos, Criterios del Síndrome Deficitario y la Categorización; conformado por 12 preguntas que ya fueron descritas en la sección de marco teórico. La aplicación de la escala tomando un tiempo aproximado de 15 minutos.</p>
--	--	---	--	---	--

## ANEXO N.2

### INVENTARIO PARA LA PUNTUACIÓN DEL SÍNDROME DEFICITARIO (SDS)

Iniciales sujeto \_\_\_\_\_ Evaluador \_\_\_\_\_

Nº ID \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

I. Síntomas negativos	Severidad	Primarios			Estables		
		No	Sí	NA*	No	Sí	NA*
Aplanamiento afectivo	0 1 2 3 4	1	2	9	1	2	9
Rango emocional disminuido	0 1 2 3 4	1	2	9	1	2	9
Alogia (discurso pobre)	0 1 2 3 4	1	2	9	1	2	9
Pérdida de intereses	0 1 2 3 4	1	2	9	1	2	9
Falta de objetivos	0 1 2 3 4	1	2	9	1	2	9
Pérdida de interés en act. sociales	0 1 2 3 4	1	2	9	1	2	9

(\* no aplicable si la severidad es 0 ó 1)

#### II. CRITERIOS PARA EL SÍNDROME DEFICITARIO

	No	Sí	NA*
1. Esquizofrenia según DSM-IV	1	2	
2. Dos síntomas negativos tienen una severidad de 2 o más	1	2	
3. Estos síntomas negativos son considerados primarios	1	2	9
4. Estos síntomas negativos son características estables durante períodos de relativa remisión durante el año anterior.	1	2	9

(\* no aplicable)

#### III. CATEGORIZACIÓN

Categorización global	Deficitario = 2	No-deficitario = 3					
Severidad Global			0	1	2	3	4

Adaptación y validación en castellano del Inventario para la Esquizofrenia Deficitaria (SDS).  
Artículo publicado en Medicina Clínica, 2006.