

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales

Carrera: Lic. En Psicología

TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

Título: “Aspectos del rendimiento cognitivo en la esquizofrenia, durante el curso de su evolución”.

Autor: Maisterra, Andrea Carla

Tutor: de la Iglesia, Guadalupe

1. Introducción.....	2
2. Objetivos.....	2
2.1 Objetivo General.....	2
2.2 Objetivos Específicos.....	2
2.3 Hipótesis.....	3
3. Marco Teórico	3
3.1 Esquizofrenia: Características principales.....	3
3.1.1 Diagnóstico: Criterios del DSM-5 TM.....	4
3.1.2 Curso, Pronóstico y Tratamiento.....	6
3.1.3 Modelos explicativos de la etiología en esquizofrenia.....	7
3.2 Neuropsicología y neurobiología en el estudio de la esquizofrenia.....	10
3.2.1 Neuropsicología: concepto y objetivo.....	10
3.2.2 La evaluación neuropsicológica en esquizofrenia.....	10
3.2.3 Aportes de la neurobiología en el perfil cognitivo de la esquizofrenia.....	12
3.3 Impacto de la esquizofrenia en el funcionamiento cognitivo.....	13
3.3.1 Introducción a las funciones cognitivas objeto de estudio.....	13
3.3.2 Alteraciones de las funciones cognitivas en esquizofrenia.....	16
3.4 Neurocognición en el curso evolutivo de la esquizofrenia.....	19
3.4.1 Controversias.....	19
3.4.2 Neurocognición en fase pre mórbida o en sujetos de alto riesgo.....	20
3.4.3 Neurocognición en pacientes que cursan primeros episodios.....	21
3.4.4 Neurocognición en pacientes crónicos.....	23
4. Método.....	26
4.1 Participantes.....	26
4.2 Instrumentos.....	26
4.3 Procedimiento.....	27
4.4 Tipo de estudio	29

4.5 Tipo de diseño	29
5. Desarrollo.....	29
5.1 Resultados	29
6. Conclusiones.....	33
7. Referencias.....	44

1) Introducción

La práctica profesional se realizó dentro del área de evaluación neuropsicológica, que forma parte de la atención brindada en los consultorios externos de una reconocida institución ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dedicada con carácter interdisciplinario al tratamiento y abordaje de patología psiquiátrica. La población predominante abarca a pacientes adultos, ambulatorios mayormente diagnosticados con esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión mayor. A su vez, dicha atención se extiende a pacientes de sexo femenino, derivados de otro nosocomio de similares características.

La batería de tests que se administraron, miden el nivel de desempeño de los sujetos en aspectos de memoria, lenguaje, atención, visopercepción y funciones ejecutivas. Asimismo, se practicaron evaluaciones de cociente intelectual con fines de asistencia social. Durante el período de pasantía se procedió a observar las evaluaciones neuropsicológicas, complementarias al diagnóstico clínico y orientativo acerca del nivel de rendimiento cognitivo de dichos pacientes. A su vez, se analizaron los diferentes resultados y perfiles neuropsicológicos de las distintas patologías.

La razón del tema elegido, surgió de la observación efectuada a pacientes que padecen esquizofrenia y se obtuvieron datos referentes a los sujetos que iniciaron su tratamiento en primeros episodios psicóticos y de aquellos que se encontraban cursando la enfermedad de manera crónica. Se intentó indagar acerca de cómo se hallaban al momento de la evaluación las diferentes funciones superiores y de ese modo se intentó arribar a alguna conclusión sobre la incidencia de la patología en el rendimiento cognitivo durante el curso de su evolución.

2) Objetivos

2.1) Objetivo General:

Comparar el funcionamiento cognitivo en pacientes diagnosticados con esquizofrenia que se encuentran en los primeros episodios psicóticos en relación con pacientes diagnosticados de curso crónico y un grupo control.

2.2) Objetivos Específicos:

1) Evaluar el funcionamiento cognitivo en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en primeros episodios (EPE), en pacientes diagnosticados con esquizofrenia de curso crónico (ECC) y grupo control (GC) en las funciones de memoria episódica verbal en curva de aprendizaje y recuerdo diferido, memoria de trabajo y fluencia verbal fonológica.

2) Comparar el funcionamiento cognitivo en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en primeros episodios (EPE) en las funciones de memoria episódica verbal en curva de aprendizaje y recuerdo diferido, en relación con pacientes diagnosticados con esquizofrenia de curso crónico (ECC) y grupo control (GC).

3) Comparar el funcionamiento cognitivo en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en primeros episodios (EPE) en las funciones de memoria de trabajo, en relación con pacientes diagnosticados con esquizofrenia de curso crónico (ECC) y grupo control (GC).

4) Comparar el funcionamiento cognitivo en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en primeros episodios (EPE) en las funciones de fluencia verbal fonológica, en relación con pacientes diagnosticados con esquizofrenia de curso crónico (ECC) y grupo control (GC).

2.3) Hipótesis:

No existen diferencias significativas en el deterioro de las funciones cognitivas en memoria episódica verbal, curva de aprendizaje y recuerdo diferido, en memoria de trabajo y fluencia verbal fonológica en pacientes diagnosticados con esquizofrenia que cursan los primeros episodios psicóticos y aquellos diagnosticados con la patología crónica.

3) Marco Teórico

3.1) Esquizofrenia. Características principales

La noción de psicosis como sinónimo de locura tiene su origen en el año 1845. En años posteriores y hasta 1868 se aduce que poseía una base orgánica y la neuropatología era el medio para acceder a la sintomatología. En 1893, Kraepelin utiliza por primera vez el término de demencia precoz para unificar la hebefrenia y otras demencias paranoides, definiéndola como endógena, hereditaria, crónica y deteriorante enfocándose en el curso de su evolución. Bleuler en 1911, continúa estas investigaciones redefiniendo a ese grupo de trastornos como esquizofrenia, centrándose en el estudio transversal de los síntomas (Freund Llovera, García Ramos & Ayala Ballesteros, 2015).

La esquizofrenia constituye un trastorno psiquiátrico de curso crónico y degenerativo que afecta al 1% de la población general. Su pronóstico es reservado y dentro del abanico de enfermedades psiquiátricas, constituye el grupo de patologías más estudiadas, debido a la complejidad de su diagnóstico y evolución. Su prevalencia es similar en hombres y en mujeres, aunque en los hombres suele iniciarse en edades más tempranas (10 a 25 años versus 25 a 35 años) por lo que su curso y pronóstico también serán diferentes en ambos sexos (Sadock & Sadock, 2008). Sin embargo, investigaciones han comprobado una prevalencia que oscila entre 1 y 45 cada mil habitantes, basadas entre otros factores, por las limitaciones existentes al momento de ponderar la edad, y tasa de población afectada, en función de los criterios diagnósticos establecidos en los manuales de psiquiatría, como el DSM-5 (Moreno-Küstner, Martín & Almenara, 2014).

Sadock y Sadock (2008) sostienen que la esquizofrenia es un síndrome clínico que afecta diversas áreas del ser humano como la cognición, las emociones, la percepción y la conducta las cuales comportan manifestaciones que pueden resultar diferentes en cada sujeto. Su etiología puede responder a múltiples factores como los familiares y genéticos, biológicos y psicosociales. Sin embargo, no existe una única categorización debido a que el momento cronológico de aparición y el tipo de expresión y tratamiento, determinarán su evolución y pronóstico.

El DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), la incluye dentro del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, sosteniendo la clasificación de los síntomas positivos (alucinaciones, delirios, discurso y comportamiento desorganizados o catatónico) y síntomas negativos (expresión emotiva disminuida o abulia). Según Silva y Jerez (2014), a diferencia de la versión anterior, se introdujo la ampliación de definiciones acerca de la psicosis para describir la organización de los trastornos incluidos en la sección, de acuerdo a su etiología, severidad y duración.

Existen diversos postulados que tratan de explicar la patología. El avance de las neurociencias en este trastorno ha permitido arribar a una aproximación más amplia del concepto de esquizofrenia (Freund Llovera et al., 2015). Debido a que el tema central es de crucial interés para diversas áreas de la salud como la psiquiatría, psicología, neurobiología, neurología, etc. se abordará la temática desde la neuropsicología como disciplina convergente,

complementaria y competencia del psicólogo clínico, tal como se desarrollará en los apartados siguientes.

3.1.1) Diagnóstico: Criterios del DSM-5

Bleuler identificó los cuatro síntomas principales de la esquizofrenia y los denominó “Las cuatro A”: la asociación laxa (trastornos asociativos del pensamiento), afectividad, autismo y ambivalencia. Asimismo, identificó como los síntomas accesorios a las alucinaciones e ideas delirantes. A diferencia de Kraepelin que establecía que los principales indicadores de demencia se referían a los síntomas positivos de la esquizofrenia, Bleuler sostenía que la patología no tenía porqué presentar evolución de deterioro. Otros autores como Schneider en años posteriores, han contribuido a la determinación de síntomas y al diagnóstico, para poder diferenciar la esquizofrenia de otros trastornos psiquiátricos y Jasper, que sentó las bases para abordar desde la psicología los signos y síntomas de la enfermedad como las alucinaciones e ideas delirantes (Sadock & Sadock 2008).

El diagnóstico de los trastornos psicóticos es exclusivamente clínico, por lo que resulta imperioso poder determinar los síntomas que pueden presentarse en cada fase de la enfermedad para poder realizar un abordaje terapéutico integral y un mejor pronóstico futuro (Freund Llovera et al., 2015).

Según Sadock y Sadock, (2008) se suele tratar a la esquizofrenia como una sola enfermedad, cuando entiende que corresponde a un grupo de trastornos con múltiples etiologías, es por ello que su diagnóstico debe basarse en los antecedentes psiquiátricos y la exploración psicopatológica del paciente.

Como se ha indicado precedentemente el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), ubica al trastorno de la esquizofrenia dentro del “espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” y clasifica a los criterios en seis apartados desde la letra A hasta la F.

El criterio A se refiere a los síntomas y establece que para el diagnóstico deben darse dos o más del total de cinco ítems y estar presentes durante una parte significativa de tiempo y durante un mes (o menos si se trató con éxito) y al menos uno de ellos deben ser los mencionados en los puntos 1, 2 y 3. Su enumeración se compone por: 1. Delirios, 2. Alucinaciones, 3. Discurso desorganizado (p.ej. disgregación o incoherencia frecuente), 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico y 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

El resto de criterios que menciona el manual de diagnóstico DSM-5, se refieren a temas específicos de duración y comportamiento de los pacientes, los que contribuirían a diferenciar la esquizofrenia de otros trastornos psiquiátricos. Estos criterios tienen relación con el funcionamiento del individuo antes y durante el trastorno, como por ejemplo su desempeño en la vida cotidiana en las esferas del trabajo, las relaciones interpersonales y el cuidado personal, los cuales deben hallarse por debajo de los parámetros esperados para la edad del paciente. En cuanto a la duración de los síntomas, estos deben persistir durante un mínimo de seis meses, el cual debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan con el criterio A y pueden incluir períodos prodrómicos o residuales. Por último, se incluyen otras clasificaciones

respecto del tipo de aparición del trastorno que deben utilizarse a partir del primer año posterior al inicio, con el fin de determinar el curso evolutivo (vgr. primer episodio con remisión parcial, total, episodios múltiples, etc.)

En síntesis, la esquizofrenia ha de diagnosticarse por la presencia de síntomas psicóticos severos, persistentes al menos por un período de seis meses y con una clara disminución del funcionamiento global (Freund Llovera et al., 2015).

3.1.2) Curso, pronóstico y tratamientos

Se estima que el curso de la esquizofrenia tiende a ser crónico y recurrente, aunque existen diferencias interpersonales. El 20 a 30% de los casos que comienzan con episodios agudos, pueden presentarse una sola vez, o bien pueden tender a la estabilización y recuperación completa. A su vez, se estima que el porcentual de pacientes que tienden a la cronificación y/o recaídas se ubicaría entre el 14% y 24%. Por otra parte, la duración de las remisiones, pueden afectar la funcionalidad del paciente y afectar la refractariedad a futuros tratamientos. Asimismo, se consideran como factores de buen pronóstico: el inicio agudo y tardío, factores desencadenantes, buena adaptación social, laboral y afectiva premórbida, la ausencia de antecedentes psiquiátricos familiares, contención social y familiar, conciencia de la enfermedad y predominio de síntomas positivos. Los factores que indican un mal pronóstico, se refieren a las circunstancias que se dan de manera contraria a las mencionadas anteriormente, a las que se suman la ausencia de remisiones en tres años y las frecuentes recaídas (Freund Llovera, et al., 2015).

En cuanto a la esperanza de vida, se puede reducir en un período de 15 años, producto de numerosos factores como el suicidio, las patologías médicas comórbidas (enfermedades cardiovasculares), el consumo de sustancias tóxicas que suele darse en más de la mitad de los casos así como la situación personal, académica y laboral que contribuyen al aislamiento social (Freund Llovera, et al., 2015).

Respecto a los tratamientos posibles en esquizofrenia, se encuentran los farmacológicos y psicoterapéuticos. Dentro de los primeros, se hallan de manera predominante los fármacos antipsicóticos (de primera generación o típicos y de segunda generación o atípicos, como la clozapina) que constituyen la primera línea de tratamiento de los síntomas positivos (Freund Llovera et al., 2015).

Desde el abordaje psicoterapéutico para complementar el nivel funcional de los pacientes, se destacan los modelos asistenciales para la esquizofrenia que abarcan desde el tratamiento individual y familiar hasta el comunitario. Asimismo, la National Institute for Health and Care Excellence (NICE), sugiere los objetivos para el abordaje psicológico en esquizofrenia, recomendando para estos casos, la psicoterapia cognitivo conductual y la terapia familiar, con el fin de que los pacientes adquieran herramientas realistas, atribuciones no estresantes y estrategias de afrontamiento de la enfermedad (Freund Llovera et al., 2015).

3.1.3) Modelos Explicativos de la etiología en esquizofrenia

Selma Sánchez (2008) sostiene que la multiplicidad de variables y fenómenos que intervienen en el estudio de la patología, tales como factores ambientales, psicopatológicos, alteraciones neurológicas, etc. dieron lugar a la formación de diferentes hipótesis de estudio planteando el trastorno de la esquizofrenia, desde diferentes perspectivas, incluso pudiendo mostrar cuestiones controversiales entre los diferentes hallazgos.

La perspectiva de investigación que propone cada modelo, no posee una opinión unívoca. Según Cuesta, Peralta y Zarzuela (2000) se dividen en dos grandes grupos: los modelos de la enfermedad y los modelos cognitivos. Los primeros, explicarían las causas de la esquizofrenia y los déficits cognitivos como alteraciones secundarias. En cambio, los modelos cognitivos de la esquizofrenia, sostienen que la patología se debe a un mal funcionamiento cerebral.

3.1.3.1) Modelos de Enfermedad

Estos enfoques explican las causas del trastorno e integran los déficits cognitivos. A su vez se clasifican en:

- Modelos de Curso: apoyados en la observación e investigación. Constituye el modelo más antiguo apoyado en la tesis de Kraepelin, quien sostiene una encefalopatía progresiva. Según Lozano y Acosta (2009), este modelo se identifica con el concepto de demencia praecox.

- Modelo de la Encefalopatía Estática: contrario al anterior, sostiene que las alteraciones cognitivas se encuentran presentes incluso antes del primer episodio psicótico, manteniéndose sin variaciones a lo largo de su curso, con excepción de aquellas relacionadas con la edad.

- Modelo de Vulnerabilidad- Estrés: Según Lozano y Acosta (2009), este modelo ha sido influenciado por el paradigma del procesamiento de la información, por lo que un déficit cognitivo podría deberse a una falla en algún punto de este proceso. Cuesta et al., (2000) sostienen que ciertos individuos estarían más vulnerables que otros a desarrollar esquizofrenia, esto es, en función de los factores ambientales estresantes que podrían influir en la activación del trastorno. La existencia de factores protectores personales (capacidad propia del individuo sumado a tratamientos con neurolépticos) junto con los factores ambientales (red de apoyo psicosocial y familiar) serían mutuamente excluyentes para el desarrollo de la patología. Este modelo fue el más aceptado en un principio aunque en la actualidad cae en desuso (Selma Sánchez, 2008).

- Modelo del Neurodesarrollo: sostiene la existencia de una alteración neurológica desde los primeros meses de gestación, provocado por la incidencia de factores genéticos hereditarios y/o congénitos en el sistema nervioso central, lo que se traducirá en los distintos déficits cognitivos que se harán más evidentes a raíz del desarrollo de las distintas etapas de crecimiento.

3.1.3.2) Modelos de la función cognitiva

Su enfoque mantiene relación directa con el funcionamiento cerebral y se dividen en:

- Modelo Psicoorgánico: este supuesto fue el más estudiado durante los S. XIX y XX y nace de los descubrimientos realizados por Broca, Wernicke y Broadman. Sostiene que la causa radica

en una disfunción producto de daños en las estructuras cerebrales. A su vez, fue el promotor de numerosas investigaciones sobre el funcionamiento de cerebros sanos y dañados, potenciando el desarrollo de pruebas psicométricas para comparar dichas funciones y sus déficits. Sin embargo, las evidencias no resultaron lineales, puesto que numerosos resultados contradecían sus postulados, debido a que existían funciones alternadas que no se correspondían con el daño cerebral y viceversa (Cuesta et al., 2000).

- Modelo del Procesamiento Distribuido en Paralelo: sostiene que “el cerebro es una estructura física, que actúa de acuerdo a las leyes de la bioquímica operando en forma paralela, por lo que el balance final de la sinápsis excitatorias e inhibitorias determinarán el flujo de la respuesta neuronal, de allí que el déficit cognitivo se produciría por una alteración en el balance final de la sinápsis” (Cuesta et al., 2000, p.57).

- Modelos de Redes Neuronales: este modelo “considera al cerebro como un computador, así los procesos simbólicos resultan de la actividad de unidades neuronales de procesamiento que se encuentran interconectadas entre sí. Al tratarse de una red neuronal, los procesos podrían realizarse a pesar de que alguna parte estuviera dañada, debido a que es de un sistema complejo y en comunicación, una misma función podría realizarse por diferentes vías, siempre que las partes básicas del sistema se encuentren intactas” (Cuesta et al., 2000, p.57). A partir de allí, autores se dedicaron a investigar distintos circuitos neuronales, por donde se ejecutan diferentes funciones.

Los dos últimos surgen durante el S. XX con un enfoque directo en las funciones, convirtiéndose en postulados más dinámicos y complejos, pero difieren en su concepción del funcionamiento cerebral. Asimismo, estos modelos toman sus bases de otros más funcionales como el Modelo de Niveles Funcionales de Luria o el Modelo de Módulos de Gazzaniga relacionado con el empirismo en el desarrollo de las computadoras (Cuesta et al., 2000).

Dentro de los modelos cognitivos de la esquizofrenia, otros autores han desarrollado hipótesis para su etiología, haciendo hincapié en las distintas áreas y circuitos cerebrales que presentarían una comunicación disfuncional entre ellos, originando en consecuencia los déficits cognitivos. Los estudios de neuroimagen funcional, y estudios de resonancia magnética han complementado la descripción del funcionamiento cognitivo y comportamental de los sujetos que padecen esquizofrenia, como por ejemplo el modelo de Cummings que relaciona las estructuras frontales y subcorticales y su impacto en la conducta a través de los denominados síndromes frontales observados en las funciones ejecutivas, en la personalidad y en la inhibición del comportamiento (Cuesta et al., 2000).

Continúa el modelo del trastorno de la conectividad funcional en esquizofrenia, basado en la hipótesis de una patología en la Corteza Prefrontal Dorsolateral (CPFDL) y sus conexiones con el lóbulo temporal medial, con estructuras subcorticales y con la corteza parietal, que explicarían los déficits en las funciones ejecutivas, la memoria y la atención. Estas fallas en la conectividad mostrarían en consecuencia, un rendimiento cognitivo deteriorado desde una fase prodrómica, aunque no de orden progresivo (Orellana, Slachevsky & Silva, 2005). Asimismo, este modelo se ha servido de diferentes evaluaciones psicométricas para dar sustento a su hipótesis (Orellana et al., 2006).

Por último, existen otros autores que explicarían el trastorno de la esquizofrenia a través de la perspectiva neurocognitiva, atribuyendo a distintos factores que la caracterizan, así se puede citar el modelo de Frith que explicaría las disfunciones cognitivas como consecuencia de los síntomas positivos y negativos del trastorno, el modelo de Goldman- Rakic que la explicaría desde una de las funciones cognitivas específicas, como la memoria de trabajo y el modelo de Cohen que se apoyaría en el contexto, entre otros (Orellana et al., 2006).

Como se detallará en apartados siguientes, en la búsqueda de la compleja etiología que presenta la esquizofrenia y en el estudio acerca del desempeño en todas las esferas de la vida cotidiana de los sujetos que la padecen, se destacarán los aportes efectuados por la neuropsicología y la neurobiología, dedicadas a estudiar la relación entre las estructuras cerebrales y sus funciones. Ambas suelen complementarse en la explicación del funcionamiento cognitivo y conductual de los individuos e intentan por sobre todo, elaborar intervenciones y estrategias que ayuden a mejorar la calidad de vida de los individuos. Los instrumentos de medición utilizados al efecto, serán aporte de la psicología y del avance de la neuropsicología aplicada al estudio de la enfermedad.

3.2) Neuropsicología y neurobiología en el estudio de la esquizofrenia

3.2.1) Neuropsicología: concepto y objetivo

Se considera a la neuropsicología como un área de convergencia entre el nivel de análisis neurológico y el nivel de análisis psicológico, por consiguiente se trata de una disciplina clínica que se ubica por un lado, entre la neurología y las ciencias biológicas y por otro, entre la psicología y las ciencias comportamentales (Ardila & Ostrosky, 2012).

Por su parte, Drake (2013) sostiene que la neuropsicología permite estudiar la relación entre las estructuras y el funcionamiento del sistema nervioso central y los procesos cognitivos-comportamentales. De esto modo, se desprende que la presencia de alteraciones neuroanatómicas pueden medirse mediante diferentes evaluaciones que propone esta disciplina para las funciones superiores como memoria, percepción, lenguaje, razonamiento y pensamiento, convirtiéndose en ciencia complementaria para un mejor diagnóstico clínico, pronóstico y rehabilitación.

Pareciera haber consenso que la historia de la neuropsicología se da en el avance y profundización del conocimiento de las relaciones entre cerebro y conducta, y en ese sentido cuenta con su principal instrumento que es la evaluación neuropsicológica. Asimismo, se plantea como uno de sus objetivos principales la descripción de perfiles y de los cambios que se producen a raíz del curso de una patología, con el fin de planificar posibles programas de intervención y rehabilitación (Jurado & Pueyo, 2012).

Va de suyo que la neuropsicología no se abstrae únicamente en un solo objetivo que es la medición de funciones cognitivas, sino que posee relevancia como ciencia complementaria a un diagnóstico clínico y supone un aporte crucial para las terapias de rehabilitación, es por ello que debe servirse de la flexibilidad que pudiera existir respecto de los diferentes perfiles o alteraciones neuropsicológicas, que se observan en el curso de la esquizofrenia. Según López

Luengo (2003) conocer la individualidad de los diferentes perfiles cognitivos de los pacientes que padecen esquizofrenia, ayuda a comprender su funcionamiento desde la perspectiva clínica y de esa manera poder establecer una terapia que contribuya a un mejoramiento de los síntomas y desempeño funcional. Así el hecho de conocer el perfil neuropsicológico individual, permite detectar fortalezas y debilidades de cada sujeto, favoreciendo la creación de programas de rehabilitación más acordes con las necesidades del paciente (Bausela, 2009).

3.3.2) La evaluación neuropsicológica en esquizofrenia

Según Jurado y Pueyo (2012) “la evaluación neuropsicológica consiste principalmente en la identificación de las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas de la disfunción cerebral, mediante el análisis de los déficits cognitivos, los procesos preservados y la forma en que le sujeto se desenvuelve en la vida cotidiana” (p.126). De un modo más específico Kessels y Hendriks (2016), atribuyen a la evaluación neuropsicológica la medición de funciones cognitivas y procesos con el objetivo de establecer si la disfunción cognitiva o deterioro se encuentra presente en individuos, o en pacientes con indicios de enfermedad cerebral, trastorno psiquiátrico o problemas de procesamiento de información. Asimismo, la tarea de evaluar será competencia de los neuropsicólogos con sobrada experiencia en el conocimiento y estudio de los correlatos neurales del comportamiento y la cognición. Las funciones y procesos cognitivos sujetos a evaluación incluyen funciones involucradas en el pensamiento, la planificación, en las acciones motoras, en el recuerdo, lenguaje, la visión y en el modo de sentir, es por ello que una alteración en alguno de estos procesos puede afectar directamente el funcionamiento de la vida cotidiana (Kessels & Hendriks, 2016).

Como se ha mencionado previamente, la patología de la esquizofrenia presenta alteraciones a nivel neuropsicológico que se traducen en déficits, los cuales pueden ser mensurados mediante las pruebas a las que se someten los diferentes dominios cognitivos. En este sentido se pone en relieve la hipótesis de que se trataría de una enfermedad cerebral que tiene como consecuencia un deterioro en la función neuropsicológica (Espert, Navarro & Gadea, 1998).

Los antecedentes de la evaluación neuropsicológica en el estudio de los déficits cognitivos en esquizofrenia, surgen a partir de las investigaciones realizadas por la neuropsicología. De esto modo, su desarrollo se podría citar en cuatro etapas: la primera de ellas que abarca la década del 70, se enfocó principalmente en detectar los déficits cognitivos de los pacientes esquizofrénicos al compararlos con pacientes que padecían daño cerebral y otros trastornos psiquiátricos, utilizando para estas mediciones, baterías neuropsicológicas estandarizadas como la Escala de Inteligencia de Wechsler y Batería Luria Nebraska, entre otras. Los descubrimientos más destacados fueron que los pacientes esquizofrénicos con episodios agudos rendían mejor que aquellos que padecían el trastorno de manera crónica y a su vez, que no existían diferencias marcadas entre éstos últimos y los sujetos con trastornos psicoorgánicos.

La segunda etapa abarcó la década del 80 y se utilizaron baterías más flexibles enfocadas en evaluar las diferentes funciones cognitivas, aportando evidencia sobre la existencia de alteraciones a nivel frontotemporal y la conservación de las funciones parietales.

En este período, se profundizó en el análisis de la especificidad de las alteraciones cognitivas en esquizofrenia, que se referían a los dominios cognitivos de la atención, memoria, funciones ejecutivas y aprendizaje. La tercera y cuarta etapa, se desarrollaron a partir de la década del 90. En este período las investigaciones añadieron a los antecedentes, la existencia de otras variables como la edad, el sexo, los antecedentes familiares, la duración y curso de la enfermedad, así como también el impacto que los tratamientos farmacológicos podían tener sobre las diferentes funciones cognitivas. La última etapa, se ha abocado a explicar los fenómenos y causas de la enfermedad desde otros paradigmas, avanzando hacia el desarrollo de los diferentes modelos explicativos de la etiología de la enfermedad, mencionados en apartados precedentes (Selma Sánchez, 2008).

3.2.3) Aportes de la neurobiología en el estudio del perfil cognitivo en la esquizofrenia

Otra área que integra el enfoque multidisciplinario para la comprensión de la esquizofrenia es la ciencia de la neurobiología. Según Saiz Ruiz, de la Vega Sánchez y Sánchez Páez (2010), las bases neurobiológicas de la esquizofrenia, han avanzado a partir de estudios realizados con neuroimagen funcional para obtener información en la fase inicial de la enfermedad y no en un estadio y avance crónicos. Se observaron diversas áreas cerebrales afectadas y alteraciones histopatológicas en pacientes diagnosticados y sus familiares: aumento del tamaño ventricular cerebral, sistema límbico y áreas temporo-límbicas; así como una disminución del córtex prefrontal, del volumen de la sustancia gris prefrontal, ya en primeros episodios, y del volumen total cerebral asociado al ensanchamiento de los surcos corticales, alteraciones a nivel talámico (procesamiento de la información) y un aumento del volumen de los ganglios de la base y del tamaño hipofisario. Asimismo, aunque los resultados presentan similitudes, éstos demuestran la gran dimensión clínica que la compone, por lo que subsisten interrogantes sin responder en la determinación de su etiología.

Así, la llegada de los métodos de neuroimagen y estudios funcionales como la tomografía computarizada, el SPECT y TEP, han permitido detectar que diferentes áreas cerebrales presentaban anomalías (tamaño ventricular aumentado, atrofia hipocámpal e hipofrontalidad). Estos estudios han permitido correlacionar de manera positiva, con los resultados arrojados por las pruebas neuropsicológicas como por ejemplo el Wisconsin Sorting Card Test (WCST), por lo que se reforzaba la idea de que la esquizofrenia se trataba de una disfunción cerebral (Espert et al. 1998).

Por último, si bien los hallazgos precedentes han mostrado gran consistencia, no existiría una respuesta única sobre el tema. De este modo, autores como Pardo (2005), sostiene que a pesar del avance de las neurociencias en los campos de la neuropsicología, estudios de neuroimagen, fisiología cerebral etc, la esquizofrenia continúa siendo una enfermedad compleja, debido a su etiología y patofisiología, aun difíciles de determinar.

3.3) Impacto de la esquizofrenia en el funcionamiento cognitivo

3.3.1) Introducción a las funciones cognitivas objeto de estudio

A continuación, se procederá a la descripción de tres funciones cognitivas básicas: memoria, memoria de trabajo y fluencia verbal como componente de las funciones ejecutivas

y el lenguaje. Estas variables serán objeto de estudio por su relevancia en la esquizofrenia, debido a que se mantienen alteradas tanto en la fase premórbida pudiendo actuar de factor predictor de la enfermedad, así como durante el curso de su evolución.

3.3.1.1) Memoria

Según Ardila y Ostrosky (2012), la memoria es un proceso cognoscitivo complejo que permite al ser humano, desarrollar mecanismos adaptativos y desenvolverse en la vida cotidiana, puesto que en ella se almacenan experiencias pasadas, a la vez que provee una guía en el presente y posibilita proyectar el futuro. Así como la atención, la memoria permite el adecuado funcionamiento de otros procesos cognoscitivos. Este proceso consta de tres fases: adquisición de información (registro-retención), almacenamiento de dicha información (conservación) y posterior evocación (recuperación). La clasificación más común las divide en memoria sensorial, memoria de corto plazo y memoria a largo plazo, en función de su capacidad de almacenamiento.

- Memoria sensorial: consiste en la primera fase del proceso y se trata de un reconocimiento de milisegundos. En ella se reciben cantidad de estímulos sensoriales, tales como los visuales, olfativos, auditivos, etc. Por un mecanismo de adaptación al medio, comienzan a integrar el proceso de la memoria aquellos estímulos a los cuales el individuo enfoca su atención.

- Memoria a corto plazo: al registrarse los primeros estímulos la información captada por la memoria sensorial, pasa a la segunda fase del proceso. Luego de que la información ha sido presentada y codificada, la memoria a corto plazo se relacionará con la evocación de aquella. A su vez, posee capacidad limitada, esto significa que parte de la información recibida puede perderse por un proceso de desplazamiento y una tasa de olvido más lenta.

- Memoria a largo plazo: a diferencia de la anterior, se caracteriza por el resguardo de la información durante un tiempo ilimitado, es decir, aquella que podrá evocarse después de que el sujeto haya dirigido su atención a otras tareas o bien, pasado por un período de interferencia de otros registros. La memoria a largo plazo dependerá de que el proceso de consolidación de la información se haya producido correctamente permitiendo su posterior evocación. Asimismo, se divide en memoria semántica donde se almacena la información relacionada con el conocimiento del mundo, es la memoria de la información categórica y conceptual y por otro lado, y a diferencia de la anterior, la memoria episódica, que se vincula directamente con los hechos autobiográficos de las personas y las ubica tanto espacial como temporalmente. A su vez, la memoria episódica se divide en verbal y no verbal refiriéndose al almacenamiento del material codificado verbalmente o visualmente.

Su importancia en el estudio neuropsicológico radica en poder discriminar dónde se producen las fallas del proceso, es decir, qué déficits cognitivos pueden provocar por ejemplo, dificultades en el registro de la información, lo cual afecta al aprendizaje, y por consiguiente a su posterior evocación, si se trata de problemas más complejos que involucran a más de una fase o bien al dominio cognitivo completo. Ardila y Ostrosky (2012), sostienen que en la clínica debe distinguirse si los problemas se detectan en la memoria a corto plazo o en la memoria a largo plazo, para poder determinar dónde se localizan las dificultades cognitivas.

3.3.1.2) Memoria de Trabajo

Denominada también *working memory* o memoria operativa y en relación con la memoria a corto plazo, no depende de sistemas únicos. Quienes mejor han explicado su funcionamiento son Baddely y Hitch (1974 citado en Ardila & Ostrosky 2012, Tirapú- Uztarroz, et al. 2011). En su modelo definen la memoria de trabajo como un proceso complejo que involucra diversos procesos cognitivos como la comprensión del lenguaje, la lectura y diversas formas de razonamiento, de esta manera, ha pasado de ser descripta no solo como el sistema que mantiene la información, sino que también la manipula temporalmente y la utiliza para planificar acciones y guiar conductas. El modelo, supone la existencia de un componente principal que es el ejecutivo central, que opera como sistema de atención controlador de otros subsistemas subordinados denominados bucle fonológico y boceto viso-espacial, quienes permiten que la información se pueda mantener temporalmente. Cada uno de los subsistemas permite almacenar los estímulos verbales y visuales respectivamente, donde serán organizados en contenidos y utilizados para guiar las conductas.

Se describe al ejecutivo central como responsable de cuatro funciones específicas y complejas: la coordinación o realización mental de dos actividades, la realización de cambios en las estrategias de la evocación de la información, la activación de la información almacenada en la memoria a largo plazo y las funciones de atención selectiva. Se trata de un procesamiento ejecutivo, que interviene en la dirección de la atención selectiva, inhibiendo aquellos estímulos irrelevantes, a la vez que supervisa el proceso de integración de la información, coordinando los procesos cognitivos que se desarrollan en paralelo y los subsistemas (Ardila & Ostrosky, 2012).

Por otra parte, la memoria de trabajo se clasifica como verbal y no verbal, al involucrar en sus procesos dos áreas del cerebro que se mencionarán en apartados siguientes, como la corteza prefrontal dorso lateral (CPF DL) izquierda y derecha, es decir que las áreas del lenguaje y las de figuras y diseños, así como las relativas al procesamiento de rostros, serán procesadas por diferentes cortezas (Ardila & Ostrosky, 2012).

Desde la neuropsicología, existen varios instrumentos encargados de evaluar las distintas funciones y procesamientos cognitivos complejos, como por ejemplo, en el caso de la memoria episódica verbal se puede utilizar el test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey (RAVLT) y para evaluar la Memoria de Trabajo, el subtest de Dígitos Inversos del WAIS (como se citó en Harris, 2013).

3.3.1.3) Funciones Ejecutivas y Fluencia Verbal

Varios autores coinciden en que la presencia de lesiones o daños producidos en los lóbulos frontales y en la corteza prefrontal, afectan diferentes funciones cognitivas como el lenguaje, la percepción, la memoria, metacognición, aprendizaje, resolución de problemas, emociones y conductas. Ambas regiones, sobre todo las prefrontales se encargan de controlar, organizar y coordinar el conjunto de estas manifestaciones, mediante las denominadas funciones ejecutivas, definidas éstas “como las capacidades mentales esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y aceptada socialmente” (Tirapú-Uztarroz, García-Molina, Luna-Lario, Roig-Rivera & Pelgrín-Valero, 2008, p.684).

Debido a que esta área neuroanatómica nos diferencia como seres humanos al considerarse la zona más evolucionada del cerebro, alberga en ella los procesos cognitivos más complejos como la creatividad, el cálculo, el pensamiento ético y moral y la toma de decisiones; es por ello que una afectación en este dominio produce alteraciones emocionales, conductuales y cognitivas. Así, los déficits ejecutivos mantienen una relación directa con el mencionado control ejecutivo, que se encargará de optimizar estos mecanismos complejos para la resolución de tareas novedosas (Tirapú-Uztarroz & Luna-Lario, 2011).

Otro de los componentes bajo estudio se refiere a la fluencia verbal. Según Ramírez, Ostrosky-Solís, Fernández y Ardila-Ardila (2005) los pacientes que poseen daño en el lóbulo frontal como en la esquizofrenia, se encuentran alteraciones relacionadas con esta función cognitiva. La fluidez verbal mide principalmente la velocidad y facilidad de producción verbal; evalúa la capacidad para iniciar una conducta en respuesta a una tarea novedosa que involucra diferentes procesos cognitivos incluyendo la atención, la memoria a corto y largo plazo y la memoria de trabajo, entre otras.

Por otra parte, la fluencia verbal se encuentra relacionada con tareas que abarcan los aspectos semánticos y fonológicos del lenguaje. Estas actividades responden a un tiempo limitado de acción y por tanto involucran estrategias de búsqueda de información y de inhibición de respuestas automáticas. Según Coni y Vivas (2014) la realización de tareas que involucran la fluidez verbal requerirán tanto de un componente ejecutivo compuesto por clusters y la posibilidad de ir de uno a otro switching en los que intervienen la flexibilidad cognitiva, la memoria de trabajo y la inhibición así como de un componente asociativo relacionado con la integridad léxica y semántica que se corresponde con el tamaño de clusters. Su intervención en los procesos de recuperación de la información semántica y la memoria de trabajo implican la región frontal y temporal cerebral. Así, al producirse búsqueda de información léxica semántica relacionadas con aspectos categóricos (como categorías de animales) se activa el lóbulo temporal, mientras que en la búsqueda de palabras, que no respondan a categorías específicas tendrán relación directa con la actividad del lóbulo frontal, que se corresponde con el funcionamiento ejecutivo.

Por último, otros aspectos que se encuentran comprometidos a raíz de lesiones prefrontales, se relacionan con la memoria, que pueden tener su origen en las dificultades para mantener la atención, en los aspectos perseverativos y en la dificultad de poder hallar estrategias para resolver problemas y planificar conductas.

Como se desarrollará en los apartados siguientes, los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, presentan alteraciones en diferentes áreas cerebrales sobre todo en aquellas donde predominan las funciones ejecutivas (Espert et al., 1998).

3.3.2) Alteraciones en las funciones cognitivas en la esquizofrenia

Según Espert et al. (1998), la enfermedad fue descrita desde las investigaciones realizadas por Kraepelin en 1896 como un trastorno que presentaba alteraciones a nivel cognitivo en diferentes dominios como la atención, la memoria y las funciones ejecutivas.

En un principio, las evaluaciones neuropsicológicas realizadas a pacientes esquizofrénicos arrojaban resultados muy similares a los obtenidos por pacientes con lesiones cerebrales, concluyendo la existencia de un perfil cognitivo único en esquizofrenia. Sin embargo, investigaciones posteriores plantean que los pacientes con esquizofrenia presentaban un rendimiento cognitivo inferior y diferente, comparado con sujetos que han padecido traumatismos craneoencefálicos, u otro tipo de patologías como la epilepsia focal de tipo frontal o temporal, o pacientes crónicos por consumo de sustancias como el alcohol (Alvaro Barrera, 2006).

A raíz de las nuevas hipótesis, comenzaron a realizarse los estudios comparando a los pacientes esquizofrénicos con controles sanos, de allí ha surgido que las alteraciones neuropsicológicas en el curso de la enfermedad, correlacionaban con la presencia de cociente intelectual (CI) disminuido, resaltando las características de distracción, pérdida de asociaciones y comportamiento social inadecuado por parte de los pacientes (Orellana & Slachevsky, 2006). Asimismo, se sostiene la existencia de un funcionamiento cognitivo general disminuido, no solo en la esquizofrenia sino también en otros trastornos del espectro de la psicosis (Bausela, 2009).

Según Orellana et al. (2005), los síntomas que presenta el trastorno, “afectan a múltiples dominios comportamentales: percepción (alucinaciones), pensamiento deductivo (delirios), fluidez del pensamiento y discurso (alogia), claridad y organización del pensamiento (desorden formal del pensamiento), actividad motora (catatonía), expresión emocional (afecto aplanado), capacidad de iniciar y terminar una conducta dirigida a una meta (abulia) y la capacidad de buscar y experimentar satisfacción (anhedonia)” (p.39). Tales manifestaciones, se producen a través de una distorsión de la realidad, empobrecimiento psicomotor y un discurso desorganizado, a partir de allí, la patología presentará sus distintas clasificaciones (paranoide, catatónica, etc.) (Orellana & Salevsky, 2006).

Dentro de los trastornos cognitivos postulados, se halla consistencia entre diversos autores respecto de cuáles serían aquellos dominios cerebrales más afectados, así se pueden mencionar: déficits atencionales, trastornos relativos a la memoria principalmente la del tipo verbal, déficits en funciones ejecutivas, trastornos práxicos y trastornos del lenguaje así como el cociente intelectual disminuido a nivel global. Asimismo, sostienen que estos déficits, pueden estar disociados de los síntomas psiquiátricos y ligados a la disfunción social de la esquizofrenia (Espert et al., 1998, Orellana & Slachevsky, 2006).

Otros autores como Bausela, (2009), se apoyan en las conclusiones que afirman que las fallas cognitivas son propias de la enfermedad y que la complejidad y variedad de funciones afectadas, dan por resultado un amplio rango de déficits y por tanto variaciones en el funcionamiento cognitivo a nivel neuropsicológico. Sin embargo, aún se encuentra en discusión la evolución de dicho deterioro cognitivo, es decir, si se trata de un deterioro que acompaña el curso de la enfermedad y que aumenta a medida que se desarrolla, si se trata de un deterioro lento pero progresivo, o bien si se mantiene estable, como una cuestión intrínseca e independiente del curso de la patología

A continuación se describirán los trastornos de los dominios cognitivos de acuerdo con los hallazgos realizados por las diferentes investigaciones en el estudio de la esquizofrenia.

3.3.2.1) Alteración en las principales funciones: atención, memoria funciones ejecutivas.

De acuerdo a los aspectos relaciones con el dominio de la atención, López Luengo (2003) sostiene que los déficits en esta función han representado los hallazgos más consistentes en los estudios realizados, observándose un enlentecimiento en el momento de iniciar la conducta hacia una tarea, al igual que una reducción de la amplitud del span atencional, y en general un rendimiento cognitivo disminuido en aquellas pruebas que demanden un esfuerzo atencional sostenido. Sin embargo, Bausela, (2009), sostiene que esta función, puede presentar diferentes niveles de deterioro, de acuerdo a la clasificación de pacientes, es decir que se ha observado que aquellos sujetos que poseen la enfermedad de manera instalada (crónica) con sintomatología predominantemente negativa, realizan las tareas atencionales mostrando más errores de omisión, a diferencia de los pacientes esquizofrénicos agudos con sintomatología positiva, que presentarían más errores del tipo comisión, es decir, que se observaría una conducta de menor inhibición en estos pacientes, producto de alteraciones en el control atencional.

Considerando la alteración en la memoria, se observa que sus hallazgos presentan cuestiones inespecíficas, debido a los aspectos que se deben evaluar en sus diferentes fases (codificación, evocación y almacenamiento) y de acuerdo a sus diferentes modalidades (sensorial, visual, verbal a mediano y corto plazo), las que parecen ser independientes de la motivación, rendimiento de otras funciones cognoscitivas y del curso de la enfermedad. En este sentido, la esquizofrenia mostraría impacto en la memoria declarativa, hallándose mayores déficits en la memoria episódica y en menor grado a la semántica. Sin embargo la memoria no declarativa, la implícita y el priming perceptivo permanecerían intactos. Los déficits en la fase de evocación serían los de mayor relevancia, atribuyéndose a fallas en la organización semántica asociada a dificultades en la codificación o en la dificultad para generar estrategias útiles para evocar la información almacenada. Asimismo, la fase de reconocimiento se encontraría menos alterada. Por otra parte, una alteración en la memoria verbal constituye un mejor predictor del funcionamiento social (Bausela, 2009).

Por su parte, respecto a las alteraciones en la memoria de trabajo, López Luengo (2003), sostiene que si bien reviste un aspecto significativo en comparación con sujetos sanos, se han encontrado en ciertas investigaciones que solo un porcentaje menor al 50% de pacientes esquizofrénicos manifestarían un deterioro marcado en el área de la memoria de trabajo tanto del tipo verbal como visual. Sin embargo, la mayor proporción de la población estudiada en su conjunto presentaría un nivel de rendimiento disminuido en tareas de recuerdo y en las que se requiere manipulación de la información y organización del material.

Considerando las alteraciones que se producen en las funciones ejecutivas, y tal como se ha mencionado previamente, los pacientes esquizofrénicos demuestran conductas perseverativas tanto en tareas conceptuales como psicomotrices. Asimismo, se encuentran fallas en la planificación, organización de tareas, falta de persistencia y dificultades para hallar soluciones novedosas a problemas nuevos o complejos (López Luengo, 2003).

Por último, otro aspecto de interés, se relaciona con los efectos de los fármacos sobre el rendimiento neuropsicológico en pacientes esquizofrénicos. De este modo, una hipótesis planteada sería que si los fármacos antipsicóticos actúan sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia (vgr. alucinaciones), el rendimiento cognitivo debería mejorar a partir del tratamiento, pero se ha comprobado que el efecto de los neurolépticos suele ser nulo o ligeramente positivo. El uso de medicación en fase aguda podría provocar enlentecimiento de las funciones motoras y en fase crónica podría mejorar levemente o bien no alterar la ejecución de las diferentes funciones que se encuentran alteradas a raíz de la patología (Espert et al., 1998).

3.4) Neurocognición en el curso evolutivo de la esquizofrenia

3.4.1) Controversias

Como se ha desarrollado en apartados previos, existe consenso respecto del impacto que la esquizofrenia produce en el nivel del rendimiento cognitivo. Sin embargo existen controversias respecto de cómo se produce ese deterioro durante el curso evolutivo de la enfermedad.

A continuación, se exponen en líneas generales las distintas conclusiones que ofrecen los diferentes estudios realizados en esquizofrenia. El tiempo dedicado a la investigación de un grupo determinado de pacientes y su seguimiento posterior, indicarían diferencias significativas respecto a la teoría neurodegenerativa.

Diversos estudios de investigación de corte transversal, han demostrado a través de las técnicas de evaluación neuropsicológica en pacientes con esquizofrenia, una alteración cognitiva a nivel global, a partir del análisis de la relación entre el deterioro cognitivo con los síntomas positivos y negativos de la enfermedad. Así, se ha sostenido la hipótesis de que a medida que avanza el curso de la patología, se produce un deterioro progresivo en las diferentes áreas cerebrales y en consecuencia, resultados significativamente reducidos en las evaluaciones neuropsicológicas en comparación con controles sanos. Sin embargo, las investigaciones de corte longitudinal, sostienen que esta hipótesis no sería del todo consistente, debido a que las comparaciones realizadas en el estado cognitivo se efectúan sobre pacientes que cursan diferentes estadios de la enfermedad, con la consecuente incapacidad de medir el deterioro a lo largo de su evolución. A su vez, los estudios de investigación superiores a un año, refieren mayoritariamente estabilidad cognitiva (Napal et al., 2012).

De este modo, los estudios de investigación transversales y longitudinales publicados durante los últimos 20 años, realizados en sujetos que cursan los primeros episodios de esquizofrenia, demuestran una alteración significativa presente en esta fase de la enfermedad similar al nivel de déficit cognitivo en pacientes con enfermedad instaurada, y un peor rendimiento en comparación con el estado premórbido. Esta comparación, sostiene la conclusión de que el deterioro ya se encuentra presente en la fase premórbida y la fase de primer episodio, seguido por una estabilidad en el déficit global durante el curso de la enfermedad (Napal et al., 2012).

Respecto de los pacientes de curso crónico, otros autores como Iraní et al. (2011), coinciden en afirmar un deterioro cognitivo generalizado en comparación con los controles. Sin embargo, la

existencia de múltiples variables podrían influir en tales resultados, como por ejemplo: la edad avanzada, las condiciones de hospitalización e institución, edad de inicio de la patología, etc., por lo cual no existiría un perfil de deterioro cognitivo específico para estos sujetos.

Por último, tal como sostiene Drake (2013) la identificación de los cambios en el funcionamiento cognitivo en el transcurso del tiempo en pacientes con patologías crónicas como la esquizofrenia, constituye un asunto de suma relevancia y se debe hacer hincapié en la importancia de las evaluaciones periódicas de los sujetos, con el objetivo de poder determinar su impacto sobre la cognición.

3.4.2) Neurocognición en fase premórbida o en sujetos de alto riesgo

Diversos autores sostienen la hipótesis de la existencia de síndromes cognitivos en sujetos que poseen alto riesgo de desarrollar la patología. Asimismo, sostienen que estas disfunciones neuropsicológicas se hallan presentes en las fases premórbidas de la enfermedad. Urfer Parnas et al. (2007), aducen que los estudios epidemiológicos en población diagnosticada con esquizofrenia, demuestran un CI premórbido bajo como factor de riesgo. Existen investigaciones que ponen en relieve hallazgos de niveles de rendimiento cognitivo inferior en comparación con controles sanos desde la infancia, es decir, antes de la aparición de los síntomas, por lo que la medición de diversos dominios cognitivos, junto con otros factores como la historia familiar y el desempeño del rol social de los individuos ofician de predictores para un posterior desarrollo de la esquizofrenia. (Bozikas & Andreou, 2011, Kremen et al., 2010, Niendam, et al., 2007, Seidman et al., 2010,). De este modo, existe la noción de que la detección temprana y la intervención pueden prevenir la expresión de psicosis o deterioro funcional (Bozikas & Andreu, 2011, Seidman et al., 2010). Asimismo, como indicadores de condiciones premórbidas hacia el desarrollo de esquizofrenia, los resultados hallados en distintas investigaciones sugieren un menor rendimiento en tareas que involucran la atención, memoria declarativa, y memoria de trabajo. Por otra parte, se hallaron déficits en el olfato y funciones ejecutivas medidos a través de fluencia verbal, siendo menos consistente los hallazgos en percepción visual. Se consideran que algunos déficits como la atención sostenida puede representar indicadores estables de vulnerabilidad, mientras que los mencionados anteriormente, incluso la velocidad de procesamiento y el cociente intelectual disminuidos, pueden resultar marcadores estables predictivos de conversión a psicosis (Seidman et al., 2010). Según Niendam et al., (2007) los déficits cognitivos suelen incrementarse durante el período prodrómico que abarca desde la niñez a la adolescencia, esto podría atribuirse a los cambios cerebrales que se producen durante el desarrollo. Respecto a los sujetos con alto riesgo de padecer esquizofrenia, coincide con los hallazgos de Seidman et al. (2010), en relación a los déficits más observados en fases tempranas y a su vez, plantea que un menor rendimiento en el aprendizaje verbal y la memoria pueden ser predictores del funcionamiento social.

Por su parte Kremen et al. (2010) a raíz del estudio longitudinal que abarcó 33 años, donde se han analizado los hallazgos obtenidos en las diferentes mediciones neuropsicológicas desde la infancia hasta la edad media en población de pacientes esquizofrénicos y en comparación con los controles sanos, coinciden en que se trata de rasgos presentes previos a la aparición de la psicosis y posterior desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, a pesar de las consistencias

encontradas, en la actualidad resulta inusual obtener medidas cognitivas en los mismos individuos en períodos anteriores y posteriores al desarrollo de los síntomas. De todas maneras, concluye que trabajar con grupos sanos, permite poder comparar el dinamismo en los cambios que pueden producirse durante el curso del desarrollo, debido a que algunas funciones pueden presentar mejorías hasta finales de la mediana edad.

3.4.3) Neurocognición en pacientes que cursan los primeros episodios

Se ha dejado de manifiesto hasta este punto, que la disfunción cognitiva precede a síntomas de la psicosis. La hipótesis de que a partir de la estabilidad que conlleva el tratamiento el rendimiento cognitivo podría mantenerse estable o bien progresar en el curso de su evolución, continúa siendo un punto de discusión entre los diferentes resultados aportados por las investigaciones, debido a que aún no estaría del todo claro si el deterioro es global o selectivo durante las primeras fases de la enfermedad. El conocimiento de la disfunción cognitiva permite contar con indicadores acerca de la adaptación funcional y pronóstico de los individuos que la padecen (Garrido García & Coderch, 2010).

Las evaluaciones del cociente intelectual a través de la Escala de Inteleigencia de Wechsler, muestra rendimientos inferiores en comparación con los grupos sanos, sin embargo, este criterio no se cumpliría en todos los dominios que evalúa el test. Asimismo, otras investigaciones equiparan los rendimientos tanto en la fase premórbida como durante los primeros episodios, con los resultados obtenidos por los controles, es decir, que se encontrarían dentro de parámetros normales, aunque esto podría tener relación con determinados tipos de pacientes que pudieran contar con reservas cognitivas que compensen los déficits funcionales (Garrido García & Coderch, 2010).

Por otra parte, los dominios cognitivos más afectados son coincidentes con los hallados en la fase premórbida de la patología: menor CI, alteraciones en la atención, aprendizaje, memoria, memoria de trabajo funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento (Garrido García & Coderch, 2010, Wosniak, Blok, White, Jensen & Schulz, 2008). Sin embargo, se encontrarían evidencias que permiten conocer un trastorno marcado en la memoria episódica verbal en estas primeras fases de la enfermedad. Asimismo, esta alteración se produciría en el proceso de codificación y recuerdo a largo plazo en la memoria episódica, es decir al mostrar ciertas fallas en el registro de la información, los recuerdos también se evocarían con dificultad. Este aspecto supone que durante los primeros episodios las alteraciones en el aprendizaje verbal, la función ejecutiva sobre todo en la memoria de trabajo y el cociente intelectual, podrían dar cuenta de fallas en el procesamiento de la información en la CPF (Garrido García & Coderch, 2010).

Debido a que el inicio de la patología puede ocurrir en la adolescencia, otros estudios longitudinales encargados de hallar resultados en la disminución de las funciones cognitivas, han determinado que los déficits generalizados existen en pacientes con inicio temprano de la enfermedad. Asimismo, han tratado de asociar el hecho de que la adolescencia es un período crítico en la remodelación cerebral, por ello las disfunciones cognitivas podrían tener un menor rendimiento y luego estabilizarse, pero esta relación aun no estaría del todo clara. Así se han analizado un grupo de pacientes adolescentes con esquizofrenia de inicio temprano y un grupo

control por un período de 4 años, y concluyeron que no existieron diferencias entre ambos grupos en las medidas de la función intelectual general y la capacidad de planificación. Sin embargo, se produjo disminución en la memoria verbal inmediata y la atención lo cual impactaría en el nuevo aprendizaje, más que en la consolidación y recuperación de la información, pero se hallaron mejorías en otras funciones como la velocidad de procesamiento. De esta manera, concluyeron que la función cognitiva permanece relativamente estable durante este período. Sin embargo, otros estudios han rechazado esta hipótesis sosteniendo que la disminución de la función intelectual general no se encontraría asociada a un período de desarrollo, sino que se produciría en los años precedentes y posteriores a la aparición de psicosis, pero a pesar de ello, se estima que las alteraciones en la memoria se producirían en fase premórbida y permanecerían estables a lo largo de la adolescencia (Frangou, Hadjulis & Vourdas, 2008).

Algunas de las conclusiones a las que se han arribado en otros estudios longitudinales, aducen que el inicio de tratamiento podría reflejar mejoras en la memoria verbal y percepción visual, entre las primeras semanas y seis meses y el resto de las funciones permanecerían estables durante los primeros dos años. Asimismo, reflejan que el rendimiento cognitivo en pacientes que cursan los primeros episodios de esquizofrenia, presentan peores resultados en todas las áreas cognitivas en comparación con controles sanos. Sin embargo, a los cinco años se encontraron mejorías en su rendimiento sin diferencias significativas respecto de dichos controles, excepto en medidas de fluidez verbal y memoria, que presentaban menor recuperación (Napal et al., 2012).

Por último, otros autores coinciden con las hipótesis previas, luego de realizar el seguimiento en pacientes y grupos de controles durante un período de 10 años, concluyendo que en ningún caso se hallaron deterioros significativos debido a que los pacientes de primer episodio, poseían un deterioro cognitivo previo a su primera hospitalización referidos al funcionamiento verbal intelectual, retraso de la memoria verbal y no verbal y en tareas que demandaban procesos de inhibición de conductas. A pesar de los resultados, sostienen que no existiría un deterioro real en el funcionamiento de los pacientes, permaneciendo relativamente estable durante ese período y a pesar de no mostrar mejoría versus los controles (Hoff, Svetina, Shields, Stewart & DeLisi, 2005).

3.4.4) Neurocognición en pacientes crónicos

Respecto a los hallazgos en el nivel neurocognitivo en pacientes que padecen esquizofrenia de curso crónico, la mayoría reafirma la existencia de los déficits en las funciones que se han mencionado en los apartados previos. Existiría un nivel intelectual disminuido así como también dominios específicos que se encuentran alterados en estos pacientes, especialmente en lo que respecta a las funciones ejecutivas, memoria y lenguaje, específicamente en tareas de fluencia verbal (Firovanti, Carlone, Vitale, Cinti & Clare, 2005, Iraní, Kalkstein, Moberg & Moberg, 2011). De esta manera, así como pueden observarse en los pacientes jóvenes, los pacientes crónicos también han demostrado poseer múltiples déficits cognitivos consecuentes a patrones variables de rendimiento y no un deterioro aislado. Algunos autores sostienen que ciertos aspectos cognitivos estarían en peligro en la aparición de los síntomas, sin un posterior

deterioro a lo largo de 12 años, mientras que otras funciones como las visuales estarían a salvo en el primer episodio pero que luego se deteriorarían con el tiempo. Sin embargo, otros estudios hallaron mejorías, quizás debido al efecto de la práctica en las pruebas neuropsicológicas, lo cual cuestionaría el curso longitudinal de trastorno (Iraní et al., 2011).

La esquizofrenia, no solo se caracteriza por déficits en el nivel intelectual, sino que como se ha mencionado anteriormente, esta patología afecta la funcionalidad del individuo a lo largo de su vida, y es por ello que las investigaciones que tratan de hallar resultado consistentes respecto del impacto que tiene la evolución de la enfermedad sobre la cognición, sostienen que existen numerosas variables a la hora de poder determinar estos efectos. Los pacientes que padecen esquizofrenia, en su mayoría, pueden ser hospitalizados en alguna oportunidad del desarrollo de la enfermedad, pasando luego a formar parte de la población de pacientes ambulatorios en tratamiento constante, sin embargo otros serán institucionalizados de por vida, lo cual a pesar de poseer la misma patología, el grado de severidad junto con otros factores de la vida individual, producirán diferentes efectos en la funcionalidad de cada paciente. Al respecto, Iraní et al. (2011) sostienen que existen variables indispensables a la hora de encausar las investigaciones en pacientes de mayor edad con patología crónica, como por ejemplo, la edad que produce un declive cognitivo per sé, el sexo, debido a que las mujeres presentan mejores resultados que los hombres, así como el nivel de educación que impacta sobre el deterioro cognitivo a nivel global independientemente de que una persona posea la patología. Respecto a la medicación, pareciera no haber investigaciones exhaustivas que pudieran comprobar los efectos que los antipsicóticos pudieran ocasionar sobre la cognición, existe la idea de que los pacientes mayores hayan sido incididos por los fármacos de primera generación los que podrían haber impactado negativamente sobre su condición, a diferencia de otros pacientes que serían tratados con medicamentos menos agresivos en la era actual.

Otro aspecto importante se refiere a la institucionalización de los pacientes, los cuales han demostrado un menor rendimiento cognitivo a nivel global en comparación con los de población ambulatoria. Respecto del momento de inicio de la enfermedad, si bien es corriente la afirmación que la aparición en edades tempranas y el curso más prolongado de la patología se asocian a síntomas más severos con mayores implicancias a nivel social y ocupacional, se plantea que estas cuestiones también mostrarían interrogantes, debido que se ha demostrado que la edad no produciría una alteración significativa en el curso de los síntomas en pacientes que se encuentran en tratamiento, a la vez que se ha planteado que los síntomas positivos pueden disminuir con el tiempo (Iraní et al., 2011).

Otros autores sostienen la hipótesis de una asociación entre demencias y esquizofrenia crónica, en relación a la teoría inicial planteada por Kraepelin referente al deterioro cognitivo característico. Sin embargo, existen numerosos factores que inciden en la progresión de la esquizofrenia a otras patologías como la demencia. Los factores psicosociales y su incidencia en el curso de la enfermedad, podrían ser atenuantes de la aparición de esta patología, al igual que otros factores de riesgo que contribuirían a un peor pronóstico como la educación, la edad, los factores de riesgo cardiovasculares (hipertensión, diabetes, etc) provenientes del sedentarismo, alimentación, tabaquismo, y la medicación crónica, la historia genética y familiar, entre otras variables, aunque esto dependerá de futuras investigaciones que puedan

determinar si la demencia es causada por el curso neurodegenerativo de la esquizofrenia o bien, se debe a la coexistencia de otra forma de demencia (Shah, Qureshi, Jawaid & Schulz, 2011).

Por último, el deterioro cognitivo suele agravarse a lo largo de la vida pero en pacientes con esquizofrenia parecieran tener un período de estabilidad mínima de 6 años, es por ello que consideran que los estudios de seguimiento deben contemplar todas las variables disminuyendo la heterogeneidad que suele darse en los grupos sujetos a estudio (duración de la enfermedad, edad cronológica, historia clínica, tratamiento terapéutico y farmacológico) a los fines de poder aportar conocimiento sobre la temática ya que ayudaría a la prevención, a la detección e intervención tempranas, mejorando la calidad de vida futura de los pacientes (Iraní et al., 2011).

Según Iraní et al. (2011) los estudios de investigación se abocaron sobre poblaciones de jóvenes, demostrando menor interés por la población de pacientes de mayor edad. Asimismo, sostiene que la trayectoria del trastorno con el envejecimiento progresivo, continúa produciendo la discusión acerca de si la esquizofrenia sigue al neurodesarrollo, al curso neurodegenerativo o bien a una combinación de ambos.

En función de lo expuesto, el paciente diagnosticado con esquizofrenia no respondería a un perfil único y característico. Rundt (1998, citado en López Luengo, 2003), sostiene que aunque existan funciones cognitivas afectadas en la esquizofrenia, no se puede hablar de un perfil consistente para todos los pacientes con alteraciones neuropsicológicas. Sin embargo, como se ha descrito las funciones cognitivas más afectadas se encuentran en el área de funciones ejecutivas que son permanentes y se encuentran aun antes y durante de los episodios psicóticos (Lopera Restrepo, 2008). Estos déficits neurocognitivos influyen en el desempeño y desarrollo de estrategias de aprendizaje y de la utilización más eficiente del conjunto de los recursos cognitivos que presenta un sujeto sano. Esto debido a las bases neurobiológicas involucradas en la patología objeto de estudio, entre los diversos hallazgos y teorías expuestas en otras disciplinas.

4) Método

4.1) Participantes

La muestra estuvo constituida por 31 participantes que fueron clasificados en 3 grupos: 2 de ellos conformados por pacientes diagnosticados con esquizofrenia según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) y 1 grupo control, equiparado de acuerdo a las características sociodemográficas de los sujetos clínicos. Los grupos de pacientes (n = 20) se compusieron por 80% varones y 20% mujeres. El 50% (n = 10) conformaron el grupo de pacientes que cursaban los primeros episodios (EPE), con edades comprendidas entre los 19 y 43 años (M = 28.60; DE = 7.15). El restante 50% conformaron el grupo de pacientes de curso crónico (ECC), con edades comprendidas entre los 38 y 69 años (M = 52.20; DE= 10.62). El grupo control (n = 11) (GC), se compuso por 82% varones y 18% mujeres, con edades comprendidas entre los 19 y 65 años (M = 52.20; DE = 10.62). De la totalidad de la muestra (N = 31) el 61% residió en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 39% en la Provincia de Buenos Aires y al momento de la evaluación, el 13% había alcanzado el nivel de primaria completa, el 52% no había completado la formación secundaria, el 23% había culminado el nivel secundario, el 6% no había completado la formación universitaria y el 6% restante había completado los estudios universitarios.

4.2) Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron los siguientes:

4.2.1) Test de de Aprendizaje Auditivo - Verbal de Rey (RVDLT): Desarrollado por Rey (1964, citado en Harris, 2013), analiza la retención y evocación inmediata, el aprendizaje verbal de una lista de palabras, y la cantidad de ítems que el sujeto recuerda, después de una labor de interferencia no mnésica (recuerdo diferido). Para evaluar la Memoria Episódica

Verbal, se utilizó la versión argentina del instrumento desarrollada en Buenos Aires (TAVR-BA) por Burin, Ramenzoni y Arizaga, (2003, citado en Harris, 2013).

4.2.2) Fluencia Verbal Fonológica (Letras F, A y S): medidas de fluencia verbal fonológica desarrollado por Spreen y Benton (1969,1977, citado en Jaichenco, Wilson & Ruiz,. 2013). En español se utilizan las letras P, L y M. Desde el lenguaje se evalúa la capacidad para acceder al léxico y recuperar información semántica y formal acerca de las palabras. También incluye aspectos de la atención y la memoria, como así también de las habilidades de planificación y control de cambios. Además de detectar fallas en el procesamiento del lenguaje, evalúa alteraciones relacionadas con el lóbulo frontal.

4.2.3) Prueba de Dígitos Inversos (Wais): desarrollado por Wechsler (1988, citado en Harris, 2013) se utiliza para evaluar la memoria de trabajo verbal y es sensible a distintos tipos de lesión cerebral. Se puede puntuar en función de dos criterios, uno de ellos siguiendo las indicaciones del WAIS (Wechsler, 1988) obteniendo un valor para dígitos (directos e inversos), o considerarlos por separado para obtener mayor información.

4.2.4) Observación No participante en la evaluación neuropsicológica de pacientes con esquizofrenia.

4.2.5) Relevamiento de historias clínicas: obtenidas del sector de consultorios externos de la institución.

4.2.6) Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional: (Sheean et al., 1997, citado en Bobes García, Portilla, Bascarán Fernández, Sáiz Martínez & Bousoño García, 2002), entrevista diagnóstica estructurada breve. Explora, para detección y/u orientación diagnóstica, evaluando los principales trastornos psiquiátricos del Eje I. DSM-IV y la CIE-10.

4.3) Procedimiento

Para recabar los datos que luego formaron la base de la muestra, se procedió por una parte a relevar información proveniente de las historias clínicas dentro de la institución psiquiátrica, algunos de los pacientes que se incluyeron, fueron observados de manera no participante por la pasante. Asimismo, otra proporción de pacientes compone la base de datos de la coordinadora de la práctica profesional.

Los tests de evaluación neuropsicológica fueron administrados por la coordinadora dentro del área de consultorios externos de la institución, en ausencia y presencia de la pasante. Los pacientes concurren derivados por el médico psiquiatra quien solicitó su evaluación durante el tratamiento. Las pruebas realizadas en ese contexto, se efectuaron sin consentimiento informado, ya que su autorización y derivación formaron parte de su historia clínica. Asimismo, las pruebas se realizaron en una sesión de tres horas, dependiendo de la disponibilidad y fatiga mental del paciente, la que en algún caso pudo abarcar hasta dos sesiones, consecutivas o no, dentro de la misma semana.

Los criterios utilizados para armar la base de datos fueron los siguientes: que el paciente estuviera diagnosticado con esquizofrenia según el DSM 5 y en tratamiento ambulatorio, asimismo se identificó el grado de evolución de la enfermedad expresado en la historia clínica, es decir, aquellos pacientes que se encontraron al momento de las evaluaciones neuropsicológicas cursando los primeros episodios psicóticos y aquellos que se encontraban en curso crónico, clasificando de esta manera a ambos grupos para su posterior comparación.

Posteriormente, se volcaron los datos en una planilla base dentro del programa Microsoft Excel, identificando las variables principales relacionadas con el tipo de paciente (grado de evolución de la enfermedad), edad, sexo, lugar de residencia y nivel educativo.

Una vez confeccionada la base de casos clínicos se procedió a buscar los sujetos que pertenecieron al grupo control.

Los sujetos sanos fueron seleccionados de manera equivalente con los pacientes en cuanto a la edad, sexo y nivel educativo. Previa explicación de las pruebas y estudio al que se sometieron de manera voluntaria, se les facilitó la planilla de consentimiento informado.

Posteriormente, se procedió a identificar mediante una entrevista verbal dirigida, la ausencia de antecedentes psiquiátricos, traumatismos, lesiones o ingesta de alguna medicación que

podieran interferir en los posteriores resultados. Esta situación fue corroborada además, por la pasante mediante la administración de la prueba de screening denominada Mini Entrevista Neuropsiquiátrica internacional para descartar patología.

Las evaluaciones, fueron administradas en una misma sesión de una hora y media aproximadamente. En la primera parte se solicitó el consentimiento informado, y se detectó la ausencia de patología psiquiátrica y en la segunda parte realizaron las evaluaciones neuropsicológicas objeto de estudio, administrando los tiempos de espera que solicitó cada test, para la evaluación de los respectivos recalls. Asimismo, cabe mencionar que las pruebas de evaluación neuropsicológica que se administraron para analizar el funcionamiento cognitivo en este grupo, se correspondieron con los instrumentos utilizados para los grupos de pacientes.

Posteriormente, se volcaron los datos obtenidos a la base mencionada anteriormente, para conformar el grupo control. De esta manera se formaron los tres grupos sujetos a comparación.

Asimismo, para el procedimiento que se llevó a cabo en el análisis del proceso de aprendizaje (aspecto cualitativo de la variable en la lista de Rey), se procedió a analizar para cada participante de forma individual, el sentido que tomó el gráfico de la curva (producto de los puntajes obtenidos en los 5 ensayos del instrumento utilizado) y luego se clasificaron de manera similar a la aprendida por la pasante en las prácticas (ascendente, descendente, regular e irregular). Posteriormente se analizó cada grupo por separado asignándoles proporciones de acuerdo a lo observado.

Una vez que la pasante recolectó los datos necesarios para el análisis de las variables sujetas a estudio (datos clínicos, sociodemográficos, y los resultados de las pruebas: puntajes brutos y puntajes transformados a z), procedió a analizar los datos con el software para análisis estadístico de datos, denominado InfoStat versión 2016 desarrollado en Argentina por el grupo InfoStat, compuesto por un equipo de investigadores en estadística aplicada. Las pruebas utilizadas fueron las siguientes: para el objetivo 1, medidas de estadística descriptiva (medias, desvíos, mínimos y máximos) y para los objetivos 2 a 4 se realizaron cálculos de ANOVA y pruebas post-hoc test de Bonferroni.

4.4) Tipo de estudio

Correlacional y de diferencias entre grupos.

4.5) Tipo de diseño

No experimental/transversal.

5) Desarrollo

5.1) Resultados

Luego de haberse aplicado el procedimiento descrito en el apartado precedente se procedió a analizar e interpretar la información obtenida en relación a los objetivos propuestos en el presente estudio, los cuales se presentan a continuación.

5.1.1) Objetivo 1: Evaluación del funcionamiento cognitivo según grupos, en las funciones de memoria episódica verbal en curva de aprendizaje y recuerdo diferido, memoria de trabajo y fluencia verbal fonológica.

Con el fin de evaluar el desempeño en el funcionamiento cognitivo en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en primeros episodios y de curso crónico y un grupo control en relación a las variables estudiadas, se procedió a calcular estadísticos descriptivos de las pruebas a las que fueron sometidos. La Tabla 1 muestra los resultados obtenidos por los diferentes grupos en los tests neuropsicológicos utilizados. Respecto de las medidas obtenidas en memoria episódica verbal en recuerdo diferido, la media y la desviación estándar indicaron que la mayoría de la población perteneciente al grupo EPE se ubicó entre los valores de z -2.58 y - .42, a su vez, la mayor proporción de la población perteneciente al grupo ECC se ubicó entre los valores de z -1.83 y .11 y por último, la mayoría de la población perteneciente al grupo GC se ubicó entre los valores de z .58 y 1.15.

Respecto de las medidas obtenidas en memoria de trabajo, la media y la desviación estándar indicaron que la mayoría de la población perteneciente al EPE se ubicó entre los valores de z -1.93 y - .57, mientras que la mayor proporción de la población perteneciente al grupo ECC se ubicó entre los valores de z -1.88 y -1.08 y por último, la mayoría de la población perteneciente al grupo control GC se ubicó entre los valores de z .34 y .98.

Respecto de las medidas obtenidas en fluencia verbal fonológica, la media y la desviación estándar indicaron que la mayoría de la población perteneciente al grupo EPE se ubicó entre los valores de z -5.30 y -1.82, mientras que la mayor proporción de la población perteneciente al grupo ECC se ubicó entre los valores de z -2.58 y - .26 y por último, la mayoría de la población perteneciente al grupo GC se ubicó entre los valores de z - .76 y - .58.

Tabla 1.

Estadísticos descriptivos del funcionamiento cognitivo según grupo.

	Grupo EPE (n = 10)		Grupo ECC (n = 10)		Grupo C (n = 11)	
	M (DE)	Min./Max.	M (DE)	Min./Max.	M (DE)	Min./Max.
MVE. R.Dif.	-1.50 (1.08)	-3.40, 0.30	-0.86 (0.97)	-2.60, 0.70	0.58 (0.57)	- 0.20, 1.70
MT	-1.25 (0.68)	-2.00, 0.00	-1.48 (0.40)	-2.20, -1.00	- 0.32 (0.66)	- 1.30, 1.30
FLV.F.	-3.56 (1.74)	-5.80, -1.10	-1.42 (1.16)	-2.60, 0.90	- 0.09 (0.67)	- 1.00, 1.50

Respecto al análisis e interpretación relacionada con la curva de aprendizaje, se produce una limitación debido al tamaño de la muestra debido a que no se cuenta con un n suficiente como para cumplir con los supuestos estadísticos necesarios para realizar las inferencias correspondientes. Sin embargo, se podría analizar de manera descriptiva el proceso de aprendizaje de los participantes en las pruebas de memoria episódica verbal, en función de los resultados obtenidos individualmente y para cada uno de los 5 ensayos que componen la lista (A) de palabras del test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey citado previamente.

La Tabla 2 muestra los porcentajes que se obtuvieron en el análisis cualitativo de los diferentes grupos, luego de interpretar individualmente y de manera gráfica los resultados de la prueba. De este modo, se podría inferir que tanto el grupo de pacientes EPE como los ECC, presentaron un nivel de rendimiento menor que los sujetos sanos. Los resultados indicarían entonces, que el 40% de ambos grupos de pacientes, mostraría un proceso de aprendizaje con una curva descendente en comparación con el GC que no calificaría para esa descripción. Sin embargo, se observarían algunas diferencias entre los grupos patológicos: el grupo ECC revelaría en mayor proporción, un mejor desempeño comparado con el grupo de EPE durante la evaluación neuropsicológica al obtener una curva de carácter ascendente (30% vs. 10%) e irregular, producto de las oscilaciones en los puntajes (20 % vs. 50%). Esto podría indicar la existencia de dificultades en la formulación de estrategias cognitivas más eficientes para la adquisición de nueva información en ambos grupos clínicos respecto del grupo control, (vgr. fallas en el proceso de atención y/o codificación de la información que impactaría en la memoria en fase de almacenamiento y/o en su posterior evocación).

Tabla 2.

Descripción del funcionamiento cognitivo en memoria episódica verbal en curva de aprendizaje según grupo.

	Curva de Aprendizaje Ascendente (%)	Curva de Aprendizaje Descendente (%)	Curva de Aprendizaje Regular (%)	Curva de Aprendizaje Irregular (%)	N
Grupo EPE	10	40	0	50	10
Grupo ECC	30	40	10	20	10
Grupo C	64	0	0	36	11

5.1.2) Objetivo 2: Comparación del funcionamiento cognitivo según grupos, en memoria episódica verbal en curva de aprendizaje y recuerdo diferido.

Con el fin de comparar el funcionamiento cognitivo en el desempeño de las tareas relacionadas con las variables objeto de análisis y según la clasificación de los grupos, se calculó un ANOVA y se reveló la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en la variable recuerdo diferido [$F(28,2) = 15,14, p < .001$]. Posteriormente como prueba post-hoc se utilizó el test de Bonferroni. La Tabla 3 muestra que los grupos de EPE y ECC presentaron peor desempeño en la función de memoria episódica en recuerdo diferido en comparación con en el GC ($M = -1.50$ y $M = -.86$ vs. $M = .58$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos clínicos ($p > .05$).

Respecto a la comparación del funcionamiento cognitivo en la función de memoria episódica verbal en curva de aprendizaje, como se ha explicitado en el primer objetivo, no se han dado los supuestos estadísticos suficientes para realizar dicho análisis.

Tabla 3.

Diferencias en el funcionamiento cognitivo en memoria episódica verbal recuerdo diferido según grupos.

	Grupo EPE (n = 10)	Grupo ECC (n = 10)	Grupo C (n = 11)	P
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	
MVE R.Dif	-1.50 (1.08) ^A	-.86 (.97) ^A	.58 (.57) ^B	< .001

Medias con una letra común no son significativamente diferentes ($p \leq .05$)

5.1.3) Comparación en el funcionamiento cognitivo según grupos, en memoria de trabajo.

Con el fin de comparar el funcionamiento cognitivo en el desempeño de las tareas relacionadas con la función de memoria de trabajo según la clasificación de los grupos, se calculó un ANOVA y se reveló la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en la variable estudiada [$F(28,2) = 11,47, p = .002$]. Posteriormente como prueba post-hoc se utilizó el test de Bonferroni. La Tabla 4 muestra que los grupos de EPE y ECC presentaron peor desempeño en comparación con en el GC ($M = -1.25$ y $M = -1.48$ vs. $M = -.32$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos clínicos ($p > .05$).

Tabla 4.*Diferencias en el funcionamiento cognitivo en memoria de trabajo según grupos.*

	Grupo EPE (n = 10)	Grupo ECC (n = 10)	Grupo C (n = 11)	P
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	
MT	-1.25 (.68) ^A	-1.48 (.40) ^A	-.32 (.66) ^B	.002

Medias con una letra común no son significativamente diferentes ($p \leq .05$)

5.1.4) Objetivo 4: Comparación del funcionamiento cognitivo según grupos, en fluencia verbal fonológica.

Con el fin de comparar el funcionamiento cognitivo en el desempeño de las tareas relacionadas con la función de fluencia verbal fonológica según la clasificación de los grupos, se calculó un ANOVA y se reveló la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en la variable estudiada [$F(28, 2) = 20,35, p < .001$]. Posteriormente como prueba post-hoc se utilizó el test de Bonferroni. La Tabla 5 muestra que los grupos de EPE presentaron un peor desempeño en comparación con en el ECC y el GC. ($M = -3.56$ vs. $M = -1.42$ y $M = -.09$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre estos dos últimos grupos ($p > .05$).

Tabla 5.*Diferencias en el funcionamiento cognitivo en fluencia verbal fonológica según grupos.*

	Grupo EPE (n = 10)	Grupo ECC (n = 10)	Grupo C (n = 11)	P
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	
FLV.F.	-3.56 (1.74) ^A	-1.42 (1.16) ^B	-.09 (.67) ^B	< .001

Medias con una letra común no son significativamente diferentes ($p \leq .05$)

6) Conclusiones

El objetivo general del presente trabajo ha sido indagar acerca de la teoría neurodegenerativa para la esquizofrenia en relación al deterioro cognitivo que supone el curso evolutivo de la enfermedad. Tal como se ha planteado en la teoría, existe consenso respecto al impacto que el trastorno ejerce sobre el funcionamiento cognitivo y conductual en los pacientes, manifestaciones que se observan en la organización del pensamiento, en el discurso y en las emociones, entre otras (Orellana et al., 2005). Estas características principales del trastorno se basan en los lineamientos planteados por Kraepelin en 1893, precursor en la investigación y clasificación de la patología como endógena y deteriorante y su concepto de *dementia praecox* con el que unificó la hebefrenia y otras demencias paranoides (Espert et al., 1998, Freund Llovera et al., 2015, Lozano & Acosta 2009, Sadock & Sadock 2008). Si bien esta teoría se ha extendido en el tiempo y continúa vigente, en la actualidad, pareciera haber encontrado puntos de discusión. Las controversias planteadas por las investigaciones actuales, originadas en los diferentes tipos de estudios (transversales versus longitudinales) parecieran dar cuenta que este proceso de deterioro podría no ser directamente proporcional a los años de la enfermedad (Napal et al., 2012), esto debido a que si bien el diagnóstico clínico presenta características ineludibles, aun no estaría del todo claro si el deterioro acompaña su curso, se mantiene estable, o resulta independiente de éste (Bausela, 2009, Iraní et al., 2011). En referencia a estos supuestos, se procedió a comparar el desempeño en tareas que demandaron la utilización de diferentes dominios cognitivos en pacientes clasificados según el grado de evolución, a los efectos de poder identificar su impacto sobre la cognición.

A través del objetivo 1, se ha propuesto obtener información general acerca del desempeño alcanzado por los pacientes y los sujetos sanos en las evaluaciones neuropsicológicas a las que fueron sometidos (memoria episódica verbal en curva de aprendizaje y recuerdo diferido, memoria de trabajo y fluencia verbal fonológica). La estadística descriptiva en los diferentes grupos resultó consistente con la teoría previa, evidenciando la existencia de cierta alteración en las funciones cognitivas (Espert et al., 1998). Los resultados obtenidos en esta primera parte del estudio, indicaron a simple vista, que la mayoría de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia mostraron un desempeño que se ubicaría en diagnósticos de bajo rendimiento a comparación de los controles, quienes se ubicaron en su mayor parte entre valores de z , dentro de los considerados como un rendimiento normal en todos los dominios evaluados. Asimismo y de acuerdo al interrogante que se ha intentado responder respecto al nivel de deterioro cognitivo durante el curso de la patología, los datos obtenidos parecieron ir en correlato con los estudios longitudinales como por ejemplo, los realizados por Hoff et al. (2005) y Kremen et al. (2010) en relación a la existencia de declive cognitivo desde fase premórbida y durante los primeros episodios, los que post inicio del tratamiento, podrían permanecer estables o bien, mejorar aunque siempre en proporción menor que los sujetos sanos. En este sentido de análisis, el objetivo también permitió inferir que los pacientes de curso crónico, parecieron haber mostrado a través de la observación descriptiva, un mejor desempeño en todas las tareas cognitivas a diferencia del grupo de pacientes agudos, en línea acorde con las consideraciones planteadas por Iraní et al. (2011).

Para finalizar con el análisis descriptivo en relación al desempeño obtenido por los participantes en la variable curva de aprendizaje, podría inferirse en línea similar a la anterior,

que ambos grupos clínicos obtendrían un nivel de desempeño más bajo en las tareas que involucraron este proceso a diferencia del grupo control. Sin embargo, el grupo de pacientes de curso crónico parecería haber permanecido más estable o bien haberse desempeñado de manera más eficiente que el grupo de primeros episodios.

Asimismo, y con el fin de someter a prueba a la Hipótesis planteada en este estudio, se realizó un análisis sobre las variables observadas en los objetivos 2 a 4.

Comenzando por el objetivo 2, en el que se han tratado los resultados obtenidos en la performance de los grupos clínicos y el grupo control en las evaluaciones de memoria episódica verbal en curva de aprendizaje y recuerdo diferido, los hallazgos resultaron consistentes con la teoría previa al confirmar la existencia de diferencias en el desempeño de los tres grupos (Garrido García & Coderch, 2010, Urfer Parnas et al., 2007). En este aspecto, se pudo corroborar la hipótesis mencionada, ya que no existirían diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes que cursaban los primeros episodios versus los pacientes de curso crónico.

Del mismo modo, los resultados fueron consistentes con la teoría, respecto a los dominios cognitivos más afectados en la esquizofrenia, principalmente los déficits de tipo atencional y las fallas en la memoria episódica verbal (Orellana & Slachevsky, 2006), a la vez que fueron coincidentes con los estudios realizados por Wosniak et al. (2008) y Seidman et al. (2010), en cuanto a la existencia de un menor rendimiento de los sujetos con esquizofrenia comparados con sujetos sanos, a raíz de alteraciones en los niveles de atención, aprendizaje verbal, la memoria declarativa y la memoria de trabajo. Asimismo, y en relación al proceso de adquisición de nueva información que confluye en el aprendizaje y cómo impacta a posteriori en el proceso de la memoria, corresponderían las consideraciones teóricas respecto a la localización de la dificultad que afectaría total o parcialmente a este dominio (Ardila & Ostrosky, 2012).

Una de las características clave en este proceso, tal como se ha mencionado, se vincularía estrechamente con la amplitud del span atencional que podría presentar diferentes niveles de deterioro en cada paciente y según el estadio de la patología (Bausela, 2009). Estas fallas atencionales en consecuencia podrían afectar en menor o mayor medida las tareas que demanda el proceso de memoria y por consiguiente, los distintos niveles de desempeño en este área. De allí, que los déficits en el registro y codificación de la información pudieron haber impactado en la retención y posterior recuperación de los datos presentados (fases de almacenamiento y evocación) produciendo un nivel de desempeño bajo, aunque no significativo, entre ambos grupos de pacientes. Por otra parte, no habría que dejar de lado la idea de que las variables estudiadas no constituyen procesos aislados sino que involucran diferentes y complejos procesos cognitivos, por lo cual la etapa de aprendizaje demandará además de la atención, la confluencia de otros sistemas y redes para poder realizar una estrategia válida y eficiente en el proceso de consolidación de la memoria, situación que podría depender de cada individuo particular, de los recursos que posee y de las reservas cognitivas con las que podría compensar ciertas disfunciones (Garrido García & Coderch, 2010).

Continuando con el análisis del objetivo 3, en relación al desempeño observado en la variable memoria de trabajo, al igual que el objetivo anterior, sus resultados fueron consistentes con la teoría y las investigaciones previas. Esta función cognitiva, involucra diversos procesos cognitivos manteniendo y manipulando la información de manera útil para realizar acciones o conductas (modelo de Baddely y Hitch, 1974), es por ello que las alteraciones halladas en esta variable, resultarían también una característica principal del trastorno (Lopez Luengo, 2003). En este punto, el rendimiento fue similar en ambos grupos de pacientes, corroborando en este sentido la hipótesis planteada, ya que no existiría una brecha significativa entre los grupos clínicos. Este aspecto también coincide con la teoría expuesta, debido a que la alteraciones tanto en el aprendizaje verbal como en la memoria de trabajo (dominios más afectados al inicio de la enfermedad), podrían indicar la existencia de fallas en el procesamiento de la información que involucra la CPF en esquizofrenia (Garrido García & Coderch, 2010). Asimismo, las diferencias halladas entre ambos grupos clínicos, podría asociarse con los resultados de investigaciones longitudinales en donde se ha indicado que los pacientes de primeros episodios han demostrado un nivel de rendimiento cognitivo inferior a los controles pero al tiempo de iniciar el tratamiento, mostraron cierta mejoría en tareas de memoria (Napal et al., 2012). Esto podría convertirse en una explicación posible del porqué los pacientes crónicos podrían estabilizarse con el tiempo, al menos por períodos prolongados entre 6 a 12 años en el curso evolutivo de la enfermedad (Iraní et al., 2011) y en consecuencia, obtener mejores resultados en las pruebas.

Otro aspecto que podría considerarse en este análisis a raíz de la observación no participante realizada por la pasante en la institución psiquiátrica y en comparación con las evaluaciones realizadas a los sujetos sanos, podría relacionarse con el hecho de cómo los distintos individuos intentaban resolver las tareas que requerían este dominio. De allí, que los controles realizaban un mayor esfuerzo para poder retener e invertir la serie de dígitos que contemplaba el instrumento, a la vez que planificaban conductas y estrategias para poder evocar la información de manera correcta y así alcanzar un mayor puntaje. En cambio los grupos clínicos solían recurrir a la queja previa o bien, a presentar un menor desinterés en dicha labor, obteniendo puntajes bajos en su desempeño. Si bien el componente motivacional ha quedado por fuera de este estudio, las manifestaciones conductuales externas, podrían dar ciertos indicios de cómo estaría operando tal función de manera interna. Para concluir, la memoria de trabajo se observó alterada en los pacientes que padecen esquizofrenia independientemente del curso evolutivo del trastorno, y a diferencia del grupo control, siendo consistente con la teoría planteada respecto a que la patología impacta sobre este componente cognitivo fundamental, el cual podría verse reflejado a través de su comportamiento.

Por último y en relación al objetivo 4, en cuanto a los hallazgos correspondientes a la variable fluencia verbal fonológica, no se han podido verificar los aspectos planteados en la hipótesis, puesto que la diferencia significativa se originó en el desempeño de los pacientes que cursaban los primeros episodios comparados con los pacientes crónicos. Al guiarse por el nivel de rendimiento obtenido por cada grupo, si bien los controles sanos puntuaron mejor que los grupos clínicos, no existieron diferencias significativas entre últimos y los pacientes con el trastorno instaurado. Esta situación podría deberse al tamaño de la muestra analizada para el

presente estudio. Sin embargo, la función cognitiva presenta signos de alteración en los sujetos patológicos a diferencia del grupo control, lo cual resultó consistente con las investigaciones y la teoría desarrollada en apartados previos (Firovanti et al., 2005, Iraní et al., 2011).

Por otra parte, esta labor involucra otros dominios analizados como la atención, la memoria, así como los aspectos semánticos y fonológicos del lenguaje. El aspecto fonológico, involucra acciones relacionadas con las funciones ejecutivas (Coni & Vivas, 2014), así la flexibilidad cognitiva, la velocidad en el inicio de tareas y la inhibición de respuestas automáticas influirían en el rendimiento esperado. De este modo podrían inferirse múltiples variables, por un lado, una mayor cantidad de tiempo para responder en comparación con un sujeto sano, debido a las acciones que tenderían a realizar internamente para buscar y obtener información léxico semántica (velocidad e iniciación). De la misma manera, se podría inferir que al mostrar inconvenientes al momento de inhibir respuestas automáticas, el contenido en la producción del lenguaje podría referenciar palabras que no cumplieran con la consigna, o bien existieran perseveraciones sin tener en consideración la repetición cometida, originada en posibles errores de omisión o de comisión (Bausela, 2009). Asimismo, no se deberían dejar de lado los aspectos neurobiológicos, ya que tal como se ha indicado, la esquizofrenia se caracteriza por lesiones en distintas áreas del cerebro las que han sido estudiadas a través de neuroimágenes (Saiz Ruiz et al., 2010) situación que podría tener implicancia en un desempeño eficiente en las pruebas que requieran de un componente ejecutivo (Espert et al., 1998).

Por otra parte y en relación a la muestra analizada, el nivel de instrucción alcanzado por los participantes, podría ser un factor que incida en la producción total del lenguaje, tanto en el aspecto fonológico como en el semántico. De este modo, se podría inferir que aquellos sujetos con mayor nivel de instrucción poseyeran un amplio bagaje cultural y por consiguiente, una mayor producción de palabras a diferencia de otros con menor nivel educativo.

Por último, respecto a las diferencias significativas que presentó el grupo EPE en comparación con ECC, podrían asociarse a los efectos positivos que el tratamiento constante produciría sobre el funcionamiento cognitivo, tal como se ha planteado en las investigaciones previas (Firovanti et al., 2005, Iraní et al., 2011, Napal et al., 2012). Sin embargo, no habría que dejar de lado otras consideraciones mencionadas por otros autores, quienes han aducido que ciertas mejorías podrían deberse al efecto del aprendizaje en las pruebas neuropsicológicas, cuestión que también pondría en duda las posiciones debatidas acerca del deterioro progresivo que supone el curso de la enfermedad (Iraní et al., 2011).

A modo de conclusión general, se podría afirmar que los objetivos propuestos en el presente trabajo fueron cumplidos en su totalidad, excepto por las cuestiones relativas al análisis de la función memoria episódica verbal en curva de aprendizaje, a la que se ha recurrido a interpretar de manera descriptiva, tal como se ha explicitado en el objetivo 1. Asimismo, se pudieron obtener datos aproximados del desempeño cognitivo en las evaluaciones realizadas por los pacientes diagnosticados con esquizofrenia durante el curso evolutivo de la enfermedad en comparación con el grupo control. Los datos obtenidos en las pruebas, indicaron un nivel de desempeño disminuido de los pacientes en las tareas concernientes a las variables objeto de análisis, las que permanecerían alteradas durante el curso de la patología.

De este modo, la estadística resultó consistente con la teoría planteada en las investigaciones previas. Sin embargo, no habría que descartar otras variables podrían haber influenciado en dichos resultados y que quedaron por fuera del presente estudio.

Con el fin de confirmar la hipótesis planteada en el presente trabajo y en función de las interpretaciones a las que fueron sometidos los objetivos 2 a 4, se ha podido verificar que no existieron diferencias significativas en el deterioro de las funciones cognitivas entre ambos grupos clínicos, respecto a la función de memoria episódica verbal en recuerdo diferido, así como en el desempeño en las tareas que involucran la función memoria de trabajo. Sin embargo, no se ha podido verificar la hipótesis en aquellas tareas que involucraron la función memoria episódica verbal en curva de aprendizaje por no cumplir con los estadísticos necesarios, y la fluencia verbal fonológica, donde el grupo de pacientes que cursaban los primeros episodios al momento de las evaluaciones, reveló una diferencia significativa mostrando un peor desempeño en comparación con el grupo de pacientes crónicos.

Habiendo culminado con los objetivos de este estudio, es menester poner a consideración las limitaciones presentadas. En primer lugar, el tamaño de la muestra no ha sido suficiente para poder realizar interpretaciones que pudieran inducir a la pasante a un análisis de mayor profundidad, especialmente en el objetivo 1. Asimismo, las variables objeto de estudio, se han limitado a los resultados obtenidos por los participantes en las pruebas de evaluación neuropsicológica, por lo que se han excluido aquellas que también podrían ejercer efecto sobre dichos resultados, por ejemplo: la cantidad de hospitalizaciones, los factores psicosociales como el ambiente, la contención familiar, las redes de apoyo que ayudarían a garantizar la continuidad de la atención con una mejor calidad de vida, así como otros que tendrían relación directa con los recursos económicos y el acceso a los diferentes tratamientos que propone la psiquiatría y la psicoterapia para mejorar las condiciones de la población que padece el trastorno.

Otra limitación que presento la característica de la muestra, se refiere a que las comparaciones realizadas fueron de corte transversal y por tanto, no se estaría comparando el rendimiento y su posible declive cognitivo en los mismos pacientes. Este punto sería de interés para futuras investigaciones de corte longitudinal a los fines de continuar indagando sobre el efecto neurodegenerativo que produciría la esquizofrenia.

En relación a lo expuesto precedentemente, y si se tiene en consideración que la edad ya supone un declive cognitivo per sé, ha surgido el interrogante acorde con la teoría planteada por los estudios de investigación longitudinales. Si los pacientes de curso crónico han puntuado mejor que los pacientes que cursaban los primeros episodios, esto daría lugar a pensar, que el estado cognitivo se mantendría estable con el paso del tiempo o bien podrían verse mejoras en algunos dominios cognitivos, aunque con niveles por debajo de los sujetos sanos. En este punto es dable traer a colación lo planteado por Iraní et al. (2011) respecto a la falta de realización de investigaciones sobre la población de mayor edad con la patología instaurada, lo cual podría relacionarse con otros estudios realizados como el de Shah et al. (2011) acerca de la posición existente sobre la progresión de la esquizofrenia a demencia. Estas cuestiones podrían ser objeto de próximas investigaciones para conocer acerca de si tal condición clínica viene dada por el resultado de otras variables, como la calidad de vida que

inciden sobre la salud del individuo, o bien, por una cuestión intrínseca al trastorno. Asimismo, otra cuestión que podría tener relevancia en este asunto, sería la diferencia en las condiciones de tratamiento actuales de los pacientes en relación con los de épocas anteriores, es decir, las características y condiciones que proveen los distintos tratamientos, su posible acceso, la contención humana y el factor de integración social que intenta otorgar una perspectiva diferente sobre los problemas de la salud mental, así como los fármacos y psicoterapias que han evolucionado con el tiempo.

De lo expuesto se desprende que todas ellas podrían ser cuestiones sujetas a consideración para un enfoque más contemporáneo de la patología, aunque requerirá de mayores esfuerzos y recursos en las investigaciones que conciernen a esta temática.

Otra limitación, podría estar relacionada con los instrumentos utilizados, debido a que ciertos baremos parecerían no contemplar el nivel de instrucción (vgr. Subtest de Dígitos, WAIS), sino que harían referencia a la edad de los sujetos evaluados, situación que podría explicar el menor rendimiento entre los participantes. De la observación realizada por la pasante en la institución, ha surgido que los pacientes en algunas ocasiones parecieran verse limitados no sólo por la condición patológica sino también por el nivel educativo alcanzado. Esta misma situación se ha observado, por ejemplo, durante la evaluación a los sujetos sanos con nivel de instrucción primaria, quienes puntuaron más bajo que otros controles de su mismo rango de edad pero con mayor nivel educativo. En este sentido, si bien se considera que la patología podría tener implicancias en el nivel de instrucción máximo que un sujeto podría alcanzar, la pasante se ha preguntado cuán confiables serían las mediciones si a raíz de estas consideraciones, un sujeto podría ser analizado como patológico o con un nivel de alteración mayor en las funciones cognitivas, a expensas de una cuestión numérica originada en una variable cultural. Va de suyo, que estas cuestiones exceden a la práctica y experiencia de la pasante, pero podrían ser consideradas como un lineamiento para futuras investigaciones con muestras más homogéneas para este efecto.

Asimismo, esta interpretación relacionada con los instrumentos y la condición cognitiva que presentaron los pacientes se vería acotada por las variables analizadas para este estudio, puesto que en la institución psiquiátrica la cantidad de pruebas neuropsicológicas supera a las estudiadas, es decir, que la batería de evaluaciones es más amplia, completa y compleja, y por consiguiente la interpretación integral del estado cognitivo que presentan los informes neuropsicológicos, también lo es.

Por otra parte, para dar lugar a los aportes personales que se expondrán a continuación, es menester retomar la competencia clínica que reviste este trabajo. Asimismo, estos surgieron en base a supuestos e inferencias de la pasante, producto de las observaciones presenciales y de la información que tuvo a su alcance.

Tal como se ha explicitado, la neuropsicología se trata de una disciplina de carácter integral, que comprende un conjunto de actividades que involucran la perspectiva completa del funcionamiento cognitivo y conductual de los pacientes, incluyendo la planificación de programas de asistencia, rehabilitación y seguimiento (Jurado & Pueyo, 2012). Asimismo, se ha expresado que el nosocomio garantizaría un abordaje interdisciplinario, donde a través de la neuropsicología, ofrece la posibilidad de evaluar a los pacientes otorgando un resultado acerca

su estado cognitivo, labor que culminaría con la redacción de un informe neuropsicológico que se incluye en las historias clínicas.

Desde esta perspectiva, se desprendería entonces que el área se vería acotada en su desarrollo y por consiguiente en la posibilidad de poder aportar una mayor utilidad a los tratamientos. Si bien el neuropsicólogo ofrece la oportunidad de otorgarle una devolución a pacientes y familiares, durante la pasantía no se han podido presenciar este tipo de prácticas. En este sentido, y teniendo en cuenta la importancia que reviste cualquier labor profesional que intente arrojar luz sobre el tratamiento a seguir, la pasante se ha preguntado si realmente desde la propia institución o desde otras áreas intervinientes se le otorga un lugar relevante a dicha labor o bien, si desde la misma institución no se han proporcionado los recursos suficientes para que desde el propio área de la neuropsicología, se difunda tal utilidad.

En relación a lo expuesto y a efectos de desarrollar el potencial del área, podría ser viable partir desde la principal herramienta con la que cuenta el profesional, que es el informe neuropsicológico, el cual podría incluir recomendaciones para el paciente y su familia, puesto que el observado durante la práctica, carecería de ese apartado. De este modo, al incluirlas, se estarían proporcionando elementos considerables para un mejor tratamiento, por ejemplo cuáles serían los dominios cognitivos que deberían mejorar, indicando a su vez qué tipo de rehabilitación podría adecuarse a las necesidades individuales del paciente y los lugares donde podrían realizarse dichas actividades (talleres de rehabilitación cognitiva, terapias grupales o individuales), como así también, aquellas recomendaciones relacionadas con tareas que podrían llevarse a cabo en el hogar del paciente y cómo podría colaborar el círculo familiar para fomentar y mantener avances en el tratamiento. Asimismo, estas recomendaciones deberían ser comunicadas personalmente por el profesional, para que a través de la psicoeducación pueda explicar con claridad la situación del paciente y qué podría hacer éste, para poder mejorar su condición.

A raíz de lo anterior, y teniendo en consideración que la población que accede a la atención gratuita carecería de recursos para incursionar en terapias de rehabilitación cognitiva en otras instituciones, podría proponerse desde la institución pública, la apertura de talleres de estimulación cognitiva (vgr. atención y memoria), para complementarse con otras terapias. Estas consideraciones, tendrían relación con el planteo teórico previo, al suponerse que no existirían perfiles neuropsicológicos únicos, para las personas que padecen esquizofrenia (Lopez Luengo, 2003). En este sentido, al ponderarse las necesidades individuales de los pacientes, se podrían proponer diferentes programas de rehabilitación y aportar información a otras disciplinas que intervengan en los tratamientos. Por ejemplo, si a través de la rehabilitación cognitiva se produjera una mejora en el proceso de la atención, esto podría aparejar una mejora en el proceso de adquisición de la información, lo que a su vez, podría producir mejoras en la ejecución de otras intervenciones clínicas y psicoterapéuticas.

Asimismo, podrían realizarse relevamientos de información dentro de la institución para indagar acerca de la labor interdisciplinaria de los profesionales y cómo valoran éstos a cada una las áreas intervinientes en el abordaje integral, con el fin de obtener mayor eficiencia en la comunicación interna, fomentando de este modo, la creación de ideas en conjunto que den lugar a aspectos novedosos en la atención diaria, incrementando la funcionalidad individual y

social de los sujetos (por ejemplo, en relación a la comunicación de los informes, también podría ser factible, que el profesional que dirige el tratamiento, solicitase al paciente que consulte con el neuropsicólogo para este efecto, fomentando así a través de la comunicación e integración de las distintas áreas, la generación de nuevas herramientas).

Por último, aunque sería poco viable dadas las características propias de la institución y de las áreas económicas y gubernamentales de las que dependería, sería útil pensar para un futuro la idea de que pudieran dotarse con equipamiento médico y tecnológico para realizar estudios de mayor complejidad (vgr. neuroimágenes), los que en la actualidad resultan costosos y muchas veces inaccesibles para los pacientes, pero que les permitirían no solo contar con un elemento valioso para su diagnóstico y atención, sino también para continuar realizando investigaciones que permitan profundizar en el conocimiento y en la innovación de los tratamientos.

Para culminar, el presente trabajo ha sugerido a grandes rasgos, algunos interrogantes que podrían dar lugar a nuevas líneas de investigación. Sus resultados han sido útiles para resaltar la importancia que la neuropsicología reviste para la comunidad en pos de brindar información eficiente acerca del funcionamiento cognitivo de los pacientes que cursan diferentes estadios de la enfermedad. Esto podría generar interés en la réplica de este estudio con una muestra representativa que permita avanzar en el conocimiento de la progresión en el deterioro cognitivo de la esquizofrenia. Por otra parte, ha sido útil para referenciar cuestiones contemporáneas acerca del trastorno, invitando a la reflexión sobre la perspectiva del trato y la mirada de los sujetos que padecen la enfermedad, así como la necesidad de contar con más investigaciones para conocer diversos aspectos de la problemática (vgr. estudiar a poblaciones de mayor edad con patología crónica y su relación con la demencia). Por último, los resultados servirían para fomentar el interés en toda la comunidad científica con el fin de progresar en la investigación de la patología, para conocer en mayor profundidad cómo evoluciona un paciente con esquizofrenia y así poder ofrecerles otras posibilidades en su tratamiento.

Para finalizar, es menester tener en consideración para la lectura del presente, la falta de experiencia de la pasante, lo cual podría haber dado lugar a ciertos errores de interpretación y de concepciones que no pudieran ser factibles de llevarse a cabo en la labor cotidiana. En este sentido también, podrían mencionarse la falta de recursos suficientes y la disponibilidad que en muchas ocasiones podrían afectar el desempeño de los profesionales, inhibiendo el potencial de su conocimiento para aplicarlo al máximo en su práctica dentro de las instituciones de carácter público.

Por último y a modo de reflexión, se podría pensar a cualquier disciplina en el área de la salud, como el eslabón de una misma cadena y como tal, no constituye un factor aislado sino que se sirve de otras áreas de la sociedad y de otras disciplinas, para que su labor converja en el fin último que es el bienestar de todo ser humano. De lo expuesto, se desprende que resultaría infalible continuar manteniendo y fomentando la investigación, la psicoeducación en pacientes, en familiares y en la comunidad toda, así como el trabajo en equipo interdisciplinario, en pos de la individualización del paciente y de sus necesidades, basándose en cada perspectiva clínica y profesional, para que a raíz de su complemento, sustente y garantice el mejor tratamiento integral que permita elevar el estándar de vida y la inclusión social de la población atendida en el área de la salud mental.

7) Referencias

- Alvaro Barrera, P. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista Chilena de neuropsiquiatría*, 44(3), 215-221.
- Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012). Guía para el diagnóstico neuropsicológico. Recuperado de http://ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv_guia_para_el_diagnostico_neuropsicologico.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 tm. Asociación Americana de Psiquiatría. Arlington, VA.
- Bausela, E. (2009). Neuropsicología y esquizofrenia. *Revista chilena de neuropsicología*, 4(1), 01-05.
- Bobes García, J., Portilla, M. P. G., Bascarán Fernández, M. T., Sáiz Martínez, P. A., & Bousoño García, M. (2002). Instrumentos de detección y orientación diagnóstica. En Banco de instrumentos básicos para la práctica de psiquiatría, 2da edición (pp. 2-3). Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.
- Bozikas, V. P., & Andreou, C. (2011). Longitudinal studies of cognition in first episode psychosis: a systematic review of the literature. *The Royal Australian and New Zealand college of psychiatrists*, 93-108
- Coni, A. G., & Vivas, J. (2014). Estrategias ejecutivas de búsqueda, recuperación y cambio en la fluidez verbal. *Evaluar*, (14), 15-42.
- Cuesta, M. J., Peralta, V., & Zarzuela, A. (2000). Anales del sistema sanitario de Navarra. *Neuropsicología y esquizofrenia*, 23(1), 51-62.
- Drake, M. (2013). Introducción a la evaluación neuropsicológica. En Burin, Drake, & Harris (comp), *Evaluación neuropsicológica en adultos* (pp. 27-62). Buenos Aires: Paidós.
- Espert, R., Navarro, J. F., & Gadea, M. (1998). Neuropsicología de la esquizofrenia. *Psicología conductual*, 6(1), 29-48.
- Fioravanti, M., Carlone, O., Vitale, B., Cinti, M. E., & Clare, L. (2005). A meta-analysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychology review*, 15 (2), 73-95. Recuperado de doi: 10.1007/s11065-005-6254-9
- Frangou, S., Hadjulis, M., & Vourdas, A. (2008). The maudsley early onset schizophrenia study: cognitive function over 4-year follow-up period. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 52-59. Recuperado de doi: 10.1093/schbul/sbm124
- Freund Llovera, N., García Ramos, P. R., & Ayala Ballesteros, A. (2015). Psicosis. *Medicine*, 11(85), 5086-5097.
- Garrido García, G., & Coderch, J.A. (2011). ¿El deterioro cognitivo en los primeros episodios de esquizofrenia es generalizado o selectivo? *Alzheimer. Real Invest Demenc*, 48, 18-24. doi:10.5538/1137-1242-2011-48.18

Harris, P. (2013). Evaluación de la memoria. En Burin, Drake, & Harris (comp), Evaluación neuropsicológica en adultos (pp. 261-297). Buenos Aires: Paidós.

Hoff, A. L., Svetina, C., Shields, G., Stewart, J, & DeLisi, L. E. (2005). Ten year longitudinal study of neuropsychological functioning subsequent to a first episode of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 78, 27-34.

Iraní, F., Kalkstein, S., Moberg, E. A., & Moberg, P. J. (2011). Neuropsychological Performance in older patients with schizophrenia: a meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies. *Schizophrenia Bulletin*, 37(6), 1318-1326. Recuperado de doi: 10.1093/schbul/sbq057

Jaichenco, V., Wilson, M., & Ruiz, A. (2013). Evaluación del lenguaje. En Burin, Drake, & Harris (comp), Evaluación neuropsicológica en adultos (pp. 213-241). Buenos Aires: Paidós.

Jurado, M. A., & Pueyo, R. (2012). Doing and reporting a neuropsychological assessment. *International Journal of clinical and health psychology*, 12(1), 123-141.

Kessels, & Hendriks (2016). Neuropsychological Assesment. *Encyclopedia of mental health (second edition)*, 197-201.

Kremen, W., Vinogradoy, S., Poole, J. H., Schaefer, C. A., Deicken, R. F., Factor-Litvak, P., & Brown, A. S. (2010). Cognitive decline in schizophrenia from childhood to midlife: a 33-year longitudinal birth cohort study. *Schizophrenia research*, 118, 1-5. doi:10.1016/j.schres.2010.01.009

Lopera Restrepo, F. (2008). Funciones ejecutivas: aspectos clínicos. *Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias, universidad de Antioquia*, 8(1), 59-76.

López Luengo, B. (2003). El uso de pruebas neuropsicológicas como instrumentos para determinar las formas de actuación en pacientes esquizofrénicos: un estudio de cuatro casos. *Revista española de neuropsicología*, 5(1), 81-98.

Lozano L. M. C., & Acosta, R. (2009). Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia. *Revista Med*, 17(1), 87-94.

Moreno-Küstner, B., Martín, C., & Almenara, J. (2014). Revisión crítica de las fuentes de variabilidad en la medición de la prevalencia de esquizofrenia. *Salud Mental*, 37(2), 127-138.

Napal, O., Ojeda N., Sánchez P., Elizagárate, E., Peña J., Ecurra, J., & Gutiérrez, M. (2012). Curso evolutivo de la esquizofrenia y su impacto en la cognición: una revisión de la literatura. *Actas españolas de psiquiatría*, 40(4), 198-220.

Niendam, T. A., Bearden, C. E., Zinberg, J., Johnson, J. K., O'Brien, M., & Cannon, T. D., (2007). The course of neurocognition and social functioning in individuals at ultra high risk for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 772-781.

Orellana, G., Slachevsky, A. & Silva, J.R., (2005). Trastornos neurocognitivos en la esquizofrenia: rol del córtex prefrontal. *Revista chilena de neuropsicología*, 44(1), 39-47.

Orellana, G., & Slachevsky, A. (2006). Modelos neurocognitivos en la esquizofrenia. *Revista chilena de neuropsicología*, 1(1), 41-49.

Pardo, V. (2005). Trastornos Cognitivos en la esquizofrenia I. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos, puesta al día. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69(1), 71-83.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Esquizofrenia*. Kaplan & Sadock Manual de Psiquiatría Décima Edición. Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins 467-497

Ramírez, M., Ostrosky-Solís, F., Fernández, A., & Ardila-Ardila (2005). Fluidez verbal semántica en hispanohablantes: un análisis comparativo. *Revista Neurología*, 41(8), 463-468

Shah, N. J., Qureshi, S. U., Jawaid, A., & Schulz, P. E. (2011). Is there evidence for late cognitive decline in chronic schizophrenia? *Psychiatr Q*, 83, 127-144. Recuperado de doi: 10.1007/s11126-011-9189-8.

Saiz Ruiz, J., de la Vega Sánchez, D. C., & Sánchez Páez, P. (2010). Bases neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Saludo*, 21 (3),235-254. DOI: 10.5093/cl2010v21n3a3.

Seidman, L. J., Giuliano, A. J, Meyer, E. C., Addington, H., Cadenhead, K. S. Canno, T. D., McGlashan, M. D., Perkins, D. O., Tsuang, M. T.; Walker, E. F., Woods, S. W., Bearden, C. E., Christensen, B. K., Hawkins, K., Heaton, R., Keefe, R. S. E., Heinssen, R., & Cornblatt, B.A. (2010). Neuropsychology of the prodrome to psychosis in the NAPLS consortium. Relationship to family history and conversion to psychosis. *Arch Gen Psychiatry*,67(6), 578-588

Selma Sánchez, H. (2008). Neuropsicología de la esquizofrenia. *Cuadernos de Neuropsicología*, 2(2), 79-134

Silva, H., & Jerez, S. (2014) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en el DSM-5. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 1 (52), 9-15.

Urfer Parnas, A., Jansson, L., Handest, P., Nielsen, J., Saebye, D., & Parnas, J. (2007) El cociente intelectual premórbido varía según las diferentes definiciones de la esquizofrenia. *Revista oficial de la asociación mundial de psiquiatría (wpa)*, 5(1), 38-41.

Tirapu-Uztárroz, J., García-Molina, A., Luna-Lario, P., Roig-Rovira, & Pelegrini-Valero, E., (2008). Modelo de funciones y control ejecutivo. *Revista de neurología*, 46(11), 684-692.

Tirapú-Uztarroz, J., & Luna-Lario, P. (2011). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. En Tirapú J., Ríos, M., & Maestú, F. (comp), *Manual de neuropsicología 2da edición* (pp. 221-259). España: Viguera.

Tizón, J. L., Artigue, J., Parra, B., Goma, M., Ferrando J., Pareja, F., Sorribes M., Pérez, C., & Parés, A. (2014). La esquizofrenia en atención primaria: el estudio de SASPE (señales de alerta y síntomas prodrómicos de la esquizofrenia en atención primaria). *Proyecto de investigación, Aten Primaria* 34(9), 493-498.

Wosniak, J. R., Block, E., White, T., Jensen, J. B., & Schulz, S. C. (2008). Clinical and neurocognitive course in early-onset psychosis: a longitudinal study of adolescents with schizophrenia-spectrum disorders. *Early intervention in psychiatry*, 2, 169-177. doi:10.1111/j.1751-7893.2008.00075.x