



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

**Trabajo Final de Grado
Monografía**

Neuropsicología y Rehabilitación Cognitiva en la Psicosis Esquizofrénica

Estudiante: Karen Prando

C.I.: 4.404.990-7

Tutor: Alvaro Mailhos

Montevideo, mayo 2016

Índice

1. Resumen	2
2. Introducción	3
3. Antecedentes históricos	4
4. Descripción clínica.....	5
5. Alteraciones neuroanatómicas en la esquizofrenia.....	9
5.1. Circuitos frontosubcorticales.....	10
5.1.1. Circuito Dorsolateral.....	10
5.1.2. Circuito Orbitofrontal Lateral	10
5.1.3. Circuito del Cíngulo Anterior	10
6. Aspectos neuropsicológicos y cognitivos en la esquizofrenia.....	12
6.1. Funciones cognitivas sociales	12
6.2. Funciones cognitivas no sociales	13
6.2.1. Trastornos de la atención en pacientes con esquizofrenia.....	13
6.2.2. La memoria en los pacientes con esquizofrenia	14
6.2.3. Las funciones ejecutivas en pacientes con esquizofrenia	16
6.2.4. Lenguaje en la esquizofrenia	17
Alteraciones de Diferentes Niveles lingüísticos en Pacientes Esquizofrénicos	19
7. Rehabilitación cognitiva en el marco de la rehabilitación psicosocial	21
7.1. Programas de rehabilitación cognitiva	22
7.1.1. Integrated Psychological Therapy (IPT)	23
7.1.2. Cognitive Remediation Therapy (CRT).....	24
7.1.3. Cognitive Enhancement Therapy (CET)	25
8. Importancia de la rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia	26
9. Referencias bibliográficas.....	35

1. Resumen

Desde que se descubrieron los déficits cognitivos en los trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, la neuropsicología comenzó a formar parte de la evaluación de estos pacientes. Dentro de las neurociencias, la psicología es una de las disciplinas que aborda esta línea de trabajo.

En la presente monografía se exponen los aspectos más relevantes respecto a la neuropsicología en la esquizofrenia.

Se mencionan antecedentes históricos y conceptuales con el fin de comprender la esquizofrenia como patología crónica y se describen los distintos síntomas y criterios diagnósticos de la misma.

Se realiza una revisión sobre las alteraciones neuroanatómicas, neurológicas y cognitivas de esta patología para centrarse luego en la rehabilitación desde un enfoque bio-psico-social con la finalidad de mejorar su calidad de vida y su funcionamiento social.

Mediante el relevamiento bibliográfico efectuado, se reflexiona y analiza sobre la importancia de la rehabilitación cognitiva y psicosocial, como dispositivo de intervención para la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia.

Palabras clave: *Esquizofrenia, déficits cognitivos, rehabilitación*

2.Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo central indagar los aspectos neuropsicológicos de la esquizofrenia que afectan la rehabilitación de la enfermedad.

La esquizofrenia es una enfermedad mental de carácter crónico que se caracteriza por la presencia de varios síntomas, entre los que se encuentran alteraciones del pensamiento, alucinaciones, creencias delirantes, alteraciones neuropsicológicas, conducta social inadecuada, entre otros. Se trata de una enfermedad de curso heterogéneo, en la que intervienen varios factores en su aparición; entre ellos, el ambiente, el consumo de sustancias psicoactivas, y la herencia genética (Penadés, Villalta , Farriols, Palma, & Salavera, 2011).

La rehabilitación en la psicosis esquizofrénica constituye una problemática de gran relevancia familiar y social, ya que implica la posibilidad de recuperar, reconstruir y mejorar la calidad de vida del paciente para lograr así una plena reinserción social.

Desde las primeras referencias históricas realizadas a principios del siglo XIX por autores de trascendencia como Kraepelin y Bleuler, la esquizofrenia se ha asociado con un déficit en el funcionamiento cerebral y, si bien estos autores no le atribuían la misma importancia a los déficits cognitivos, sí reconocían su presencia en algunos pacientes.

Desde un punto de vista neuropsicológico un 73% de los pacientes presentan distintos grados de déficits cognitivos en el curso evolutivo de la enfermedad. Un aspecto de suma importancia de los déficits cognitivos radica en que se hallan directamente asociados a un funcionamiento social deficitario, así como a un peor pronóstico en su evolución (Green, Kern, Braff, & Mintz, 2000). La cronificación de la enfermedad implica una persistencia de los déficits cognitivos, que afectan la rehabilitación de la misma.

3. Antecedentes históricos

Griesinger en 1861 formuló por primera vez una relación entre la psicosis y la neuroanatomía cerebral. Posteriormente Kraepelin establece una nosografía de la psicosis, en donde define la demencia precoz diferenciándola de la manía y la melancolía; se diferencia por primera vez a la demencia precoz de la psicosis maniacodepresiva, y luego también de la parafrenia. Este autor define entonces a la demencia precoz como un conjunto de trastornos diferenciado por la presencia de delirios y vacío afectivo, caracterizado por alucinaciones auditivas y táctiles, trastornos del pensamiento, incoherencia, entre otros, con un curso crónico (Novella & Huertas, 2010). La definición de demencia precoz de Kraepelin implica la idea de un trastorno cerebral gradual, en el cual no existe posibilidad de recuperación y en donde los factores psicosociales y medioambientales no participan en su etiología. (Cuesta, Peralta, & Serrano, 2000).

Bleuler en el año 1911 propone cambiar el nombre de demencia precoz por esquizofrenia. Este autor hace énfasis en los síntomas de la enfermedad, y no tanto en su desarrollo y desenlace. Señala como síntoma principal el trastorno de pensamiento, que puede generar otras alteraciones secundarias en la capacidad de asociación, en la afectividad, etc. (Kaplan & Sadock, 1998).

Todos los autores considerados hasta el momento elaboran diferentes aproximaciones nosológicas a la esquizofrenia, buscando enunciar clasificaciones diagnósticas. A partir de estas aproximaciones diagnósticas resulta la creación del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que tiene como máximos exponentes a Kraepelin, Bleuler y Schneider (Cuesta, et al., 2000).

La esquizofrenia al tratarse de una enfermedad crónica, que afecta múltiples dimensiones de la vida del paciente (desde su funcionamiento psicosocial a la participación en la comunidad a la que pertenece) ha sido necesario implementar nuevos marcos de intervención que trascienden los tradicionales, incluyendo en los criterios de intervención el concepto de calidad de vida (Sartorius, 1995).

4. Descripción clínica

En general, la esquizofrenia comienza en la adolescencia e inicios de la vida adulta, afectando a ambos sexos por igual. La Asociación de Psiquiatría Americana (2002) desde un enfoque categórico y reduccionista que toma en cuenta diferentes criterios con rasgos definitorios de la psicopatología, define la esquizofrenia a partir de determinados síntomas que la caracterizan: los síntomas positivos reflejan un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos implican una disminución o pérdida de las mismas. Los síntomas positivos incluyen distorsiones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), así como la organización del comportamiento (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Los síntomas negativos incluyen restricciones en lo afectivo, en cuanto a la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia). (Ver tabla1).

Según La Asociación de Psiquiatría Americana (2002) los síntomas positivos se caracterizan por:

- **Ideas delirantes.** Las ideas delirantes son creencias erróneas que se relacionan a una interpretación equivocada de las percepciones o las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas, por ejemplo, de persecución, de autorreferencia, somáticos, religiosos o grandiosos. Las ideas delirantes más frecuentes son las de persecución, en donde la persona cree que está siendo espiada, engañada, o ridiculizada. También son habituales las ideas delirantes autorreferenciales: la persona cree que ciertos gestos, comentarios u otros elementos del entorno están especialmente dirigidos a ella.
- **Alucinaciones.** Las alucinaciones pueden ocurrir en diferentes modalidades sensoriales, por ejemplo auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles. De éstas, las alucinaciones auditivas son las más frecuentes; son experimentadas como voces, ya sea conocidas o desconocidas.
- **Lenguaje desorganizado.** El lenguaje desorganizado es característico en los sujetos con esquizofrenia y puede presentar diversas formas de desorganización: descarrilamiento (cuando el sujeto “pierde el hilo” saltando de un tema a otro),

tangencialidad (las respuestas no tienen relación con las preguntas), incoherencia (aquellos casos en que el lenguaje está tan gravemente desorganizado que es casi incomprensible). Durante los periodos prodrómico y residual de la esquizofrenia puede haber una desorganización del pensamiento y del lenguaje, pero menos grave (ver Criterio C en tabla 1).

- **Comportamiento desorganizado.** El comportamiento desorganizado se puede manifestar de varias formas. Lo más frecuente es la desorganización del comportamiento dirigido a un fin, lo que ocasiona dificultades en la realización de actividades cotidianas, por ejemplo organizar la comida o mantener la higiene. El sujeto puede presentarse despeinado, vistiendo de una forma extravagante, por ejemplo llevando varios abrigos en un día caluroso, o puede presentar una agitación impredecible e inmotivada, por ejemplo gritar o insultar. Los comportamientos motores catatónicos implican una disminución de la reactividad del entorno, que puede alcanzar un grado extremo de falta de atención (estupor catatónico), manteniendo una postura rígida (rigidez catatónica).

Henri Ey (1978) desde un enfoque dimensional define la Esquizofrenia:

(...) como una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada como una especie dentro de un género, el de las psicosis delirantes crónicas. Se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario (p.473).

Ey (1978) considera que el proceso esquizofrénico es progresivo y profundo, caracterizado, como afirmaba Bleuler; por un síndrome deficitario (negativo) de disociación y por un síndrome secundario (positivo) de producción de ideas, de sentimientos y de actividad delirante, al que éste autor atribuye más importancia aún.

De esta manera considera la imposibilidad que tiene el individuo para lograr cierta conexión con el medio que lo rodea. Esto se ve reforzado, además, por las alteraciones que presenta a nivel cognitivo, obstaculizando aún más la interacción social con el entorno.

Esta perspectiva dimensional complementa el modelo categorial, permite una mayor flexibilidad y pone énfasis en la necesidad de recabar mayor información clínica adicional que vaya más allá del diagnóstico, ya que todas las personas que tienen el mismo trastorno son

diferentes. En cambio un diagnóstico categórico tiene solamente dos valores posibles: presente o ausente. En cuanto a las ventajas que tiene el enfoque dimensional se puede mencionar que presenta una mayor disposición para indagar y estudiar las diferencias entre los individuos, cierta flexibilidad en este sentido favorece los diagnósticos de algunos síntomas no específicos.

Gejman & Sanders (2012) sostienen que la esquizofrenia es una de las patologías que presenta mayor deterioro a nivel cognitivo y en las relaciones interpersonales, a pesar de que existen personas con diagnóstico de esquizofrenia que sí pueden lograr cierto grado de estabilidad en sus relaciones sociales y vida cotidiana.

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia

<p>A. Síntomas característicos : Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de 1mes (o menos si ha sido a tratado con éxito):</p> <ul style="list-style-type: none">(1) ideas delirantes(2) alucinaciones(3) lenguaje desorganizado(p.ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)(4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado(5) síntomas negativos , por ejemplo aplanamiento afectivo , alogia o abulia) <p>Nota: sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.</p> <p>B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).</p> <p>C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A(o menos se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos y residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse solo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p.ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).</p> <p>D. Exclusión de los trastornos esquizofrénicos y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.</p> <p>E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.</p> <p>F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo : Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo , el diagnostico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos se han tratado con éxito)</p> <p>Clasificación del curso longitudinal:</p> <p>Episodio con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados); <i>especificar también si: con síntomas negativos acusados</i></p> <p>Episódico sin síntomas residuales interepisódicos</p> <p>Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación); <i>especificar también si: con síntomas negativos acusados</i></p> <p>Episodio único en remisión parcial ; <i>especificar también si: con síntomas negativos acusados</i></p> <p>Episodio único en remisión total</p> <p>Otro patrón o no especificado</p> <p>Menos de un 1 desde el inicio de los primeros síntomas de la fase activa</p>
--

(Extraído de La Asociación de Psiquiatría Americana, 2002)

5. Alteraciones neuroanatómicas en la esquizofrenia

En las últimas décadas, ha aumentado considerablemente el interés por el estudio de los lóbulos frontal y temporal. La esquizofrenia ha sido una de las patologías más estrechamente relacionada al funcionamiento del córtex prefrontal y sus conexiones (Ventura, 2004).

Ya que la esquizofrenia se asocia a una disfunción prefrontal, se considera importante realizar en este trabajo una breve reseña anatomo- funcional del lóbulo frontal, privilegiando el sector prefrontal. Se analiza el síndrome prefrontal, que implica alteraciones de la atención, del afecto, de la memoria, inteligencia, del comportamiento social y de la motilidad, así como de los diferentes subsíndromes prefrontales.

Los lóbulos frontales ocupan un tercio de la corteza cerebral en el ser humano (Torralva & Manes, 2008). La corteza que forma parte de los lóbulos frontales puede dividirse en 3 regiones: la corteza motora ubicada delante del surco central encargada de los movimientos esqueléticos elementales, la corteza pre-motora ubicada por delante de la corteza motora, encargada de la organización y coordinación de movimientos y la corteza prefrontal que es la región frontal anterior a la corteza motora primaria y premotora. Dicha región se encarga de controlar los procesos cognitivos (Kolb & Whishaw, 2006).

Los lóbulos frontales intervienen en todas las funciones cognitivas a través de la planificación y organización de la conducta, la focalización de la atención y el control de los impulsos (Jódar & Vicente, 2004). Estas estructuras ejercen una función mediadora entre la información que proviene del medio ambiente y la del medio interno del sujeto (Torralva & Manes, 2008).

La corteza prefrontal cuenta con distintas regiones: dorsolateral, orbitofrontal y medial. Dichas regiones están conectadas con varias estructuras subcorticales, formando 5 circuitos frontosubcorticales. Los pacientes con lesiones frontales tendrán diversos síntomas dependiendo de que circuito este afectado (Torralva & Manes, 2008).

Los circuitos frontosubcorticales conectan el lóbulo frontal con el núcleo estriado, el pálido, la sustancia negra, el tálamo y la corteza frontal. Si bien están formados por estructuras anatómicas en común funcionan por separado, en forma de circuito cerrado que se origina en una zona del córtex frontal, transmiten la información a través de los ganglios basales y vuelven al lugar de partida en el lóbulo frontal (Jódar & Vicente, 2004). Se han reconocido cinco circuitos que intervienen y regulan los aspectos cognitivos, motores y emocionales de la

conducta humana. Los 5 circuitos frontosubcorticales son: circuito motor, circuito oculomotor, y los circuitos dorsolateral, orbitofrontal y del cíngulo anterior (Torralva & Manes, 2008). Los más relevantes para este trabajo son el circuito dorsolateral, el orbitofrontal y el circuito del cíngulo anterior, ya que los mismos se relacionan con algunos síntomas de la esquizofrenia.

5.1. Circuitos frontosubcorticales

5.1.1. Circuito Dorsolateral

El circuito dorsolateral se encarga del control de funciones cognitivas como la formación de conceptos, de la memoria de trabajo y la atención selectiva (Verdejo & Bechara, 2010). Por lo tanto, si hay las lesiones en el circuito dorsolateral se producen déficits en una serie de funciones cognitivas, como la planificación, secuenciación, flexibilidad, memoria de trabajo espacial y verbal, entre otros (Torralva & Manes, 2008).

5.1.2. Circuito Orbitofrontal Lateral

Este circuito está involucrado en la iniciación de las conductas sociales y en la inhibición de las conductas inadecuadas. Por tanto, las disfunciones en esta área producen irritabilidad, alteraciones en la inhibición y en la capacidad para controlar los impulsos (agresividad sin motivo) (Jódar & Vicente, 2004), generando conductas inapropiadas y con un alto grado de dependencia ambiental (Torralva & Manes, 2008). Estas alteraciones que se visualizan en los pacientes con esquizofrenia dificultan los tratamientos de rehabilitación, ya que estos pacientes no logran abstraerse de los estímulos que se producen a su alrededor, resultando muy demandantes y obstaculizando el trabajo del terapeuta.

5.1.3. Circuito del Cíngulo Anterior

Este circuito está implicado en la motivación y el mantenimiento de la atención. La lesión en este circuito se asocia a la presencia de apatía, abulia, indiferencia y mutismo acinético (Jódar & Vicente, 2004).

Los circuitos fronto-subcorticales se encuentran asociados a distintos perfiles cognitivos, conductuales y emocionales. Las lesiones prefrontales dorsolaterales provocan déficits en la fluencia verbal, disminución en la capacidad para la resolución de problemas, dificultades en el aprendizaje y en la recuperación de la información. Las lesiones orbitofrontales causan desinhibición e irritabilidad. Lesiones en el cíngulo medial frontal/anterior generan apatía, falta de espontaneidad, y disminución de la iniciativa (ver figura 1) (Torralva & Manes, 2008).

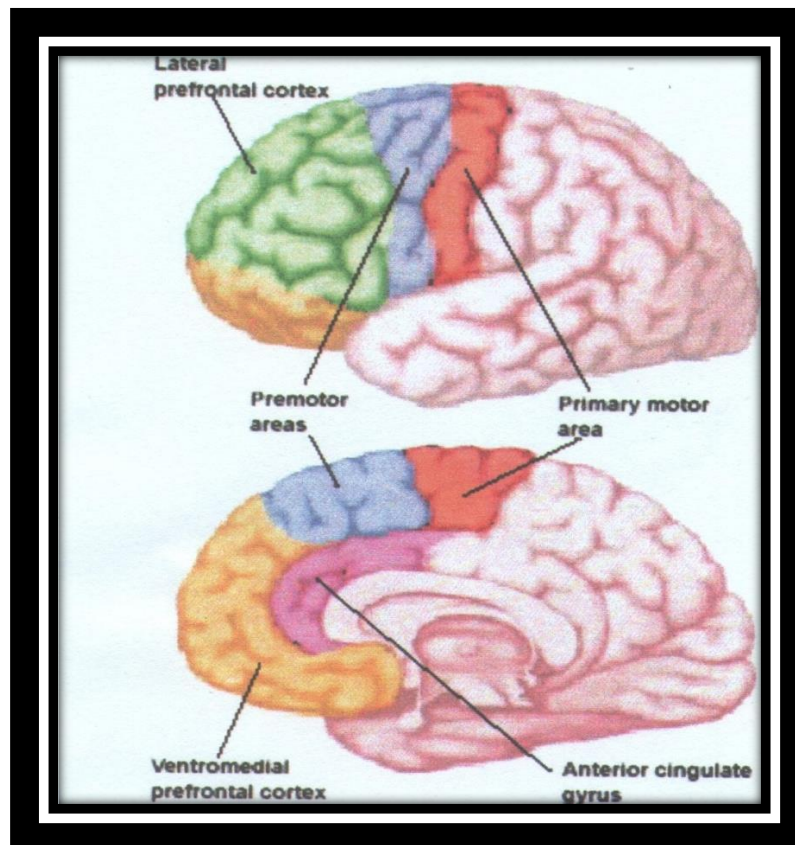


Figura 1. Corteza prefrontal dorsolateral (circuito dorsolateral): verde, Corteza orbitofrontal (circuito orbitofrontal lateral): amarillo, Cíngulo anterior (circuito del cíngulo anterior): rosa. (Extraído del tratado de neuropsicología clínica, 2008)

La sintomatología negativa de la esquizofrenia se asocia a la gravedad de la atrofia orbitofrontal. Además se observan reducciones metabólicas dorsolaterales prefrontales y de flujo sanguíneo cerebral en reposo y durante la ejecución de tareas ejecutivas. Los déficits ejecutivos se presentan desde el inicio de la enfermedad. Es importante destacar que al comienzo solo están afectadas medidas de memoria de trabajo; los déficit en atención y control inhibitorio comienzan más tardíamente (Aboitiz, et al., 2008).

6. Aspectos neuropsicológicos y cognitivos en la esquizofrenia

El modelo neuropsicológico actual de la esquizofrenia plantea que los déficit cognitivos son producto de un mal funcionamiento del cerebro, que se genera por una infraactivación metabólica del lóbulo frontal y de anomalías de los circuitos neuronales que conectan los lóbulos frontal, temporal y límbico (Goldman, Rakic, & Selemon, 1997).

Pueden encontrarse dos tipos de funciones cognitivas alteradas en la esquizofrenia: las funciones cognitivas no sociales y las de cognición social. Las funciones cognitivas no sociales incluyen la atención, la memoria y las funciones ejecutivas. Las funciones de cognición social serían las capacidades necesarias para percibir correctamente el entorno, encontrar soluciones en caso de conflicto, entre otras. (Asarnow, 1999).

En pacientes esquizofrénicos, la presencia de déficits neuropsicológicos ha constituido un hallazgo importante. Estos déficits son clínicamente significativos porque se relacionan al grado de dificultad que presentan estos individuos en las actividades de la vida cotidiana, así como también con su capacidad de rehabilitarse desde el punto de vista psicosocial. (Asociación de Psiquiatría Americana ,2002).

6.1. Funciones cognitivas sociales

Las funciones cognitivas sociales son procesos cognitivos que se refieren a cómo los sujetos piensan sobre sí mismo y sobre los demás, permitiendo percibir y pensar las situaciones sociales y las interacciones con el medio (Beer & Ochsner, 2006).

Una habilidad básica para la comunicación social y la adaptación del sujeto al medio es la de percibir la expresión emocional de otros individuos. Por esto, es importante el estudio de la percepción de las emociones en personas con esquizofrenia, ya que los déficits en esta se pueden relacionar a su funcionamiento social (Kee, Kern, & Green, 1998).

Existen estudios que señalan que las funciones cognitivas sociales median entre la neurocognición y el funcionamiento social (Brekke, Kay, Lee, & Green, 2005) ; por ejemplo cuando el paciente esquizofrénico a causa de las dificultades que puede presentar para vincularse con el entorno comienza a aislarse, reduciendo al mínimo el contacto social, este hecho en sí mismo colabora en su deterioro cognitivo. Por lo tanto, plantea que los déficits en

las funciones cognitivas se puede deber al deterioro en el funcionamiento psicosocial y a la escasez de sus vínculos interpersonales (Fett, Viechtbauer, Dominguez, Penn, Van Os, & Krabbendam, 2011) .

Los pacientes esquizofrénicos pueden presentar déficits en la habilidad de reconocer emociones expresadas mediante el rostro o la voz (Addington, Saeedi, & Addington, 2006); por ejemplo cuando el esquizofrénico interpreta una expresión erróneamente, asociándolo a algo diferente a lo que realmente el interlocutor expresó. Esto explicaría el funcionamiento social inadecuado de estas personas, que se presenta no sólo en momentos de descompensación sino incluso durante toda la vida e incluso antes del inicio de la enfermedad; este déficit se considera como un rasgo de personalidad (Rao & Kolsch, 2003).

6.2. Funciones cognitivas no sociales

6.2.1. Trastornos de la atención en pacientes con esquizofrenia

La atención es un concepto complejo, que comprende la detección de estímulos, la capacidad de atender selectivamente, y la capacidad de sostener la atención durante un periodo prolongado a pesar de la poca frecuente o nula estimulación (Barrera, 2008). Se define como un proceso cognitivo que se encarga de seleccionar un estímulo y una respuesta acorde al mismo, a partir de un amplio repertorio (Fontán, 2004).

Se distinguen tres componentes de la atención:

- **Alerta.** El alerta permite una mayor receptividad inespecífica del sistema nervioso a las informaciones externas e internas. Se distinguen dos aspectos del alerta: A) el alerta tónico, que permite la continuidad de las tareas prolongadas, provee un nivel general de respuesta. B) el alerta fásico, que es más sensible al control voluntario, y se vincula a la reacción de orientación y de defensa.
- **Atención sostenida.** Se relaciona con la vigilancia y atención selectiva, e incluye contribuciones de alerta y componentes motivacionales, actuando sobre un foco atencional.
- **Atención selectiva.** Comprende la habilidad para seleccionar e integrar estímulos externos específicos o contenidos mentales internos, así como la habilidad para focalizar o alternar entre ellos (Fontán, 2004). La atención selectiva permite centrarse

en un estímulo determinado e ignorar otros que se presentan simultáneamente (Green, 1998).

Los pacientes esquizofrénicos presentan alteraciones en la atención sostenida, y son precisamente estas alteraciones las que se relacionan a los déficits en el funcionamiento social (Green, 1996). Por otro lado, en estos pacientes también se halla alterada la atención selectiva, lo cual hace que por momentos parezcan dispersos, ya que no logran focalizar en un estímulo determinado. En la misma línea, Calev (1999) plantea que las personas que padecen esquizofrenia tienen dificultades para diferenciar entre aquella información que es relevante de la que no lo es. Esto se debe a una incapacidad para poder seleccionar estímulos importantes y eliminar o anular los irrelevantes

En pacientes esquizofrénicos, los déficits atencionales se presentan antes, durante y después de los episodios psicóticos (Asarnow, 1999). Si bien estas dificultades en la atención pueden ser atenuadas por el efecto de la medicación antipsicótica, persisten durante el curso de la enfermedad. Esto hace que en los pacientes esquizofrénicos esté afectada la posibilidad de habituarse a nuevos estímulos, lo que hace que todos los estímulos externos e internos se perciban continuamente como novedosos (Barrera, 2008). Por este motivo, el paciente esquizofrénico experimenta el mundo como una realidad agobiante, lo cual a su vez puede incrementar el riesgo de desarrollar síntomas psicóticos (Braff, Swerdlow, & Geyer, 1999).

6.2.2. La memoria en los pacientes con esquizofrenia

La memoria es la capacidad del sistema nervioso central de fijar, organizar y evocar sucesos de nuestro pasado. Esta evocación ubica a la mayoría de nuestros recuerdos en un contexto espaciotemporal, mientras que otros son evocados a partir de sus vinculaciones semánticas o cognitivas (Dalmás, 1993).

La memoria se organiza en diferentes niveles. La primera clasificación que se realiza es entre los recuerdos que permanecen (memoria a largo plazo) y los recuerdos que rápidamente se pierden (memoria a corto plazo). A su vez la memoria a corto plazo se subdivide en memoria a corto plazo pasiva, que consiste en la capacidad de mantener durante un plazo limitado de tiempo (10 o 15 s) una cantidad limitada de información ya sea verbal o visuoespacial, y otra más funcional o activa, conocida como memoria de trabajo (Fontán, 2004). La memoria de trabajo participa en procesos fundamentales como el aprendizaje, el razonamiento. La comprensión del lenguaje, la planificación y la resolución de problemas (Ramos, Sopena & Gilboy, 2007)

En la memoria a largo plazo se almacenan de manera más o menos definitiva los recuerdos. Una vez que se consolida la memoria a largo plazo, no es limitada por los parámetros temporales, no se pierde con el tiempo. Se subdivide en dos tipos: la memoria procedural y la memoria declarativa. La primera es el recuerdo de procedimientos o habilidades aprendidas. La memoria declarativa es la que puede ser verbalizada, y resiste a las interferencias. La memoria declarativa se divide a su vez en: memoria prospectiva (la capacidad de recordar cosas que van a pasar), memoria episódica (el recuerdo de los hechos que suceden ordenados sobre un eje temporal y en un contexto) y la memoria semántica (conocimientos que tenemos de las cosas en general) (Fontán, 2004).

Los trastornos de la memoria en la esquizofrenia se deben a trastornos en la codificación y recuperación de los recuerdos (Pardo, 2005). Los esquizofrénicos tienen alteraciones en su memoria, que suelen presentarse a nivel de la memoria declarativa verbal y espacial. Esto se puede visualizar cuando los pacientes tienen dificultades para reconstruir su historia personal. El trastorno de la memoria declarativa verbal y espacial se manifiesta desde el inicio de la enfermedad, e implica dificultades para codificar nueva información. No afecta la atención ni la inteligencia. Este trastorno de la memoria persiste de manera constante a lo largo del curso de la patología, independientemente de la edad del paciente y de la forma en que se presenten los síntomas positivos. Sin embargo, los síntomas negativos suelen relacionarse a las alteraciones de la memoria, y a la edad cronológica; en personas mayores puede incluso afectar la adhesión al tratamiento (Aleman, Hijman, De Haan, & Kahn, 1999).

Los pacientes con esquizofrenia manifiestan trastornos en la capacidad de recordar, presentando una alteración en la memoria semántica. El trastorno de la memoria semántica se asocia a una dificultad para acceder a la información, que se halla almacenada en la memoria pero que no se puede evocar. Es por esto que los pacientes esquizofrénicos tienen dificultades en las tareas de recuerdo libre, y no en las de reconocimiento (Gold, Randolph, Carpenter, Goldberg, & Weinberger, 1992).

En estos pacientes también se encuentra afectada la memoria operativa, aquella que permite almacenar y procesar temporalmente la información que se requiere para desempeñar tareas como el aprendizaje, el razonamiento y otros procesos cognitivos. (Gourovitch & Goldberg, 1996).

El efecto de estos déficits en el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad es significativo, en muchos casos los pacientes olvidan las indicaciones médicas, como tomar la medicación, afectando también su habilidad para desenvolverse en la comunidad a la que pertenecen.

6.2.3. Las funciones ejecutivas en pacientes con esquizofrenia

Las funciones ejecutivas, también definidas como procesos ejecutivos, implican mecanismos cognitivos complejos que son aquellos que permiten adaptarse adecuadamente al entorno. Estas funciones se enmarcan dentro del modelo de memoria de trabajo, y en especial a uno de sus componentes, el ejecutivo central. La memoria de trabajo está compuesta por el ejecutivo central y dos sistemas “esclavos” o subordinados: el bucle fonológico y el registro visuoespacial. Ambos mantienen disponible la información en curso durante tiempos limitados, para ser procesada (Dansilio, 2004).

Las funciones ejecutivas se encargan de dirigir y organizar la actividad mental voluntaria, que está relacionada con los lóbulos frontales. Estas funciones son las encargadas de actividades como la focalización de la atención, las estrategias que se utilizan para lograr los objetivos y las habilidades para llevar a cabo éstos objetivos eficazmente (Junqué, 1999).

Según Dansilio (2004) se consideran funciones ejecutivas:

- La coordinación de los sistemas esclavos, cuando deben llevarse a cabo simultáneamente dos o más tareas.
- Organizar la actividad de acuerdo a un objetivo representado por el organismo.
- Seleccionar la información necesaria para una tarea.
- Controlar la acción en relación a un fin dado.
- Considerar la pertinencia de una respuesta (verbal o no).
- Inhibir respuestas irrelevantes.
- Contribuir a la comprensión de frases complejas.
- Establecer estrategias de búsqueda en la memoria a largo plazo.
- Brindar alternativas en situaciones no rutinarias, para la resolución de problemas.

El estudio de las funciones ejecutivas en la esquizofrenia se basa en el hecho de que se presentan conductas similares entre los pacientes con esquizofrenia y los pacientes con síndromes del lóbulo frontal; éstos pueden mostrar lo que se conoce como síntomas negativos de la esquizofrenia (Bousoño, Paino, & Bascarán, 2004).

Los déficits en las funciones ejecutivas se caracterizan por manifestarse en pruebas en las que se debe controlar y organizar la propia conducta (Parkin, 1998).

El test que se utiliza con mayor frecuencia para el estudio de las funciones ejecutivas de pacientes esquizofrénicos es el Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin (WCST). La realización de gran cantidad de estudios basados en el WCST indican que los esquizofrénicos

presentan dificultades en el funcionamiento de la corteza prefrontal dorsolateral, relacionada a los déficits ejecutivos. Estos déficits presentan como consecuencia por ejemplo dificultades en la resolución de problemas, tendencia a la repetición de las respuestas, entre otros (Salvador, Cortés, Galindo, & Villa, 2000).

Los pacientes esquizofrénicos presentan entonces varias dificultades en las funciones ejecutivas. Los síntomas negativos se asocian a una alteración en la producción de acciones voluntarias, mientras que los síntomas positivos se relacionan a un déficit en el autocontrol (Frith, 1995). En el primer episodio de la enfermedad se pueden observar déficits ejecutivos asociados a la planificación de la conducta y a la memoria de trabajo espacial. A medida que va avanzando el curso de la enfermedad, las dificultades en la memoria de trabajo espacial van siendo más habituales (Carroll, 2000).

Goldman & Rakic sostienen que los pacientes con esquizofrenia presentan una falla en la memoria de trabajo, por lo tanto no logran percibir el mundo adecuadamente ya que no hay un equilibrio entre la información actual y la interiorizada (Pardo, 2005).

6.2.4. Lenguaje en la esquizofrenia

El interés por el estudio del lenguaje en las personas con esquizofrenia se asocia al comienzo de la conceptualización de la enfermedad (Penadés, et al, 2011). Kraepelin caracterizó a la esquizofrenia a partir de trastornos en el pensamiento formal, en sintaxis, gramática y lenguaje (Novella & Huertas, 2010).

La mayoría de los pacientes esquizofrénicos presentan alteraciones en el lenguaje, que son diversas y difíciles de caracterizar, ya que el modo de evaluar el pensamiento es mediante el lenguaje, lo que genera que en muchos casos no quede del todo claro si se trata de anomalías del lenguaje o del pensamiento en sí mismo (Covington, et al, 2005).

El lenguaje puede definirse como un sistema de signos que se combinan según un conjunto de reglas, que varían según cada comunidad. Este permite representar algo, sea concreto (un objeto o una situación) o abstracto (un concepto), mediante la palabra. Existe, por tanto, un plano semiológico, el de los signos y un plano semántico, el de los significados (Alcántara, 2004).

En términos generales, los pacientes que padecen esquizofrenia utilizan el lenguaje de forma adecuada, sin embargo, no logran comunicarse con claridad ya que no pueden seguir un orden lógico en la presentación de la información.

Bleuer (1926) manifestó su dificultad para comprender el habla de los pacientes con esquizofrenia, haciendo referencia al desarrollo del discurso, en donde las ideas no se conectan entre si y en donde surgen otras ideas que no se relacionan con el curso anterior del pensamiento.

Las alteraciones del discurso que plantea el autor mencionado anteriormente no se deben a alteraciones específicas de la esquizofrenia, sino que se deben a los síntomas positivos de un trastorno que incluso se pueden visualizar con igual o mayor frecuencia en otros pacientes psicóticos (Andreasen & Grove, 1979).

Rochester & Martin (1979) plantean que el discurso de los pacientes esquizofrénicos presenta ciertas particularidades lingüísticas; éstas remiten a la producción del lenguaje, pero no a su comprensión. El esquizofrénico entiende lo que quiere decir, pero no logra expresarlo adecuadamente.

Belinchón (1987) también estudió las alteraciones del lenguaje en los esquizofrénicos, planteando que existe un déficit en el procesamiento de la información, y observo algunas particularidades: su habla es poco fluida, presenta alteraciones prosódicas que afectan la entonación y velocidad, y además en muchos casos el lenguaje resulta confuso, incoherente y/o difícil de comprender. Esta dificultad en la comunicación es un factor limitante para las personas con esquizofrenia, en cuanto a la posibilidad de lograr una adecuada integración e inserción social en su entorno.

Chaika (1974) define el lenguaje como un sistema complejo que tiene una estructura organizada en varios niveles, un nivel fonológico, un nivel sintáctico y un nivel del discurso. Plantea que las alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia se deben a alteraciones específicamente lingüísticas y no a trastornos en el pensamiento formal. Estas alteraciones dificultan la composición de oraciones correctas.

Para Marvel (2006) los pacientes esquizofrénicos presentan un déficit de procesamiento lingüístico, identificado a nivel de discurso, semántica, sintaxis y fonología.

Alteraciones de Diferentes Niveles lingüísticos en Pacientes Esquizofrénicos

Semántica. Los esquizofrénicos presentan un trastorno del pensamiento formal; cambian el significado o la interpretación del significado de un determinado símbolo, palabra, lenguaje o representación formal (Goldberg, Aloia, Gourovitch, Missar, Pickar, & Weinberger, 1998). En general su discurso es pobre, presentando un exceso de monólogos, con pobres nexos de conexión entre las frases, lo que resulta una dificultad para comunicarse con los otros (Tavano, et al., 2008). La semántica está alterada en el sentido de una desorganización, que afecta la capacidad de verbalizar.

Wrobel (1989) plantea que la esquizofrenia consiste en un trastorno semiótico, basado en la dificultad para reconocer las relaciones entre signos, utilizando como ejemplo el hecho de que al inicio de la enfermedad uno de los primeros síntomas es la sensación de que el entorno tiene un significado diferente; esto es lo que, según el autor, luego evolucionaría al delirio.

Pragmática. La pragmática es la relación entre el lenguaje y su contexto y suele ser uno de los niveles lingüísticos más afectados.

El discurso de los pacientes esquizofrénicos es difícil de entender, por momentos incluso carece de coherencia, con una cohesión muy deteriorada. Debido a este deterioro en la cohesión, utilizan muchas referencias no verbales, como por ejemplo señalar un objeto al cual se refieren (Rochester & Martin, 1979). Todo esto genera que esté severamente afectada la posibilidad de comunicarse, ya que al hablar no tienen en cuenta al otro (Docherty, 1995).

Selección léxica y sintáctica. La esquizofrenia se caracteriza por presentar un deterioro en su comprensión. Esto puede deberse a un déficit cognitivo o una dificultad en la concentración (Baskak, Tugba, Cem, & Baskak, 2008).

El discurso de los pacientes esquizofrénicos está caracterizado por el uso de neologismos (inventar un vocabulario), para expresar una idea que tiene un sentido habitual para ellos. Además se pueden presentar descarrilamientos en una frase, cuando el paciente está centrado en querer decir algo, y distracciones fuera del tema interfieren en su discurso (Penadés et al., 2011).

Paralingüística y comunicación no verbal. Los pacientes con esquizofrenia tienen un discurso lento, con problemas en la articulación y en la fluidez. En cuanto a la comunicación

no verbal, en muchas ocasiones la mirada y los gestos son inadecuados, así como también la sonoridad y la prosodia del discurso (Ellis & Beattie, 1986).

Fonética y fonología. Se puede observar un discurso caracterizado por expresiones confusas que contienen gran cantidad de pausas. Las mismas pueden deberse a dificultades en el nivel semántico o pragmático, en vez de un deterioro específicamente fonológico (Chaika, 1974).

Stein en 1993 analizó la voz de los pacientes esquizofrénicos a través de la música y planteó que existen alteraciones en el tono de voz, como por ejemplo el aplanamiento. Este autor sostiene que esto se debe a una dificultad para expresar los afectos y no a la falta de emociones (Accatino, 2012).

En síntesis, se puede decir que los esquizofrénicos presentan alteraciones en la comunicación que son propias de la enfermedad. Los distintos autores coinciden en que la parte más afectada del lenguaje en la esquizofrenia es la pragmática. Las alteraciones del lenguaje se pueden explicar a partir de una disminución del rendimiento atencional; a medida que este disminuye, gradualmente van predominando las alteraciones pragmáticas, semánticas y sintácticas del lenguaje (McKenna & Oh, 2005).

7. Rehabilitación cognitiva en el marco de la rehabilitación psicosocial

La rehabilitación cognitiva consiste en un proceso terapéutico cuyo propósito es mejorar la capacidad del individuo para procesar y utilizar la información, así como también permitir un mejor funcionamiento en su vida cotidiana (Bellack, 1992).

Es una técnica efectiva, que ha demostrado mejoras cognitivas en los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (Wykes & Huddy, 2009). El objetivo de la rehabilitación cognitiva es mejorar el funcionamiento adaptativo de las personas con esquizofrenia tanto en su grupo familiar como en su entorno social. Si bien existe una gran heterogeneidad en lo que refiere a la naturaleza y severidad del compromiso cognitivo, los déficits atencionales y de la memoria, las dificultades para adquirir nuevos aprendizajes y las alteraciones de las funciones de fijación de metas, planificación y supervisión de resultados, suelen ser los trastornos más frecuentes (Lorenzo, 2004).

Existen supuestos teóricos que sustentan la rehabilitación cognitiva, se puede decir que hay una relación causal entre los déficits neurocognitivos y el funcionamiento social deficitario; por lo tanto una mejora a nivel cognitivo puede generar una mejora en el plano social y psicopatológico. (Bellack, Gold, & Buchanan, 1999).

Las intervenciones de rehabilitación cognitiva se centran en áreas cognitivas generales y específicas, obteniendo diversos beneficios en cuanto a los síntomas, a la disminución de las recaídas, a la calidad de vida en el área laboral, social y las habilidades sociales del paciente esquizofrénico (Wykes & Huddy, 2009).

Para diseñar las intervenciones de rehabilitación cognitiva, Florit, Fernández, & Morante, (1998) proponen una serie de pautas:

- Seguir un modelo teórico.
- Comenzar con tareas que exijan una mínima capacidad atencional e ir progresando gradualmente en dificultad.
- presentar al paciente diferentes tipos de tareas visuales, auditivas y táctiles.
- Elegir o diseñar programas de rehabilitación que se adecúen a las necesidades de cada paciente y que permitan evaluar su rendimiento.

- Entrenar al paciente para que sepa, por ejemplo, qué es la atención o la memoria y para qué es útil. El objetivo de este entrenamiento se centra en lograr que gradualmente los pacientes logren apropiarse de la información y puedan explicarlo con sus palabras.
- Para la elección de la tarea, se propone que el ritmo sea impuesto por la misma tarea o por el sujeto, que se pueda graduar en cuanto a dificultad y complejidad, con la posibilidad de añadir variables emocionales, e incluso manipular otras variables, para que pueda convertirse la tarea en un entrenamiento de atención sostenida, selectiva, alternada o dividida.

Existen dos modalidades de intervenciones cognitivas: de restitución y de compensación (Lorenzo, 2004). Las intervenciones cognitivas restitutivas tienen como objetivo la restitución de una función cognitiva, o de un nivel de rendimiento cognitivo previo al inicio de la enfermedad, en un área cognitiva (Bellack, et al., 1999). En las intervenciones de tipo compensatorias se asume que la función alterada no puede ser restaurada, y se intenta potenciar el empleo de diferentes mecanismos alternativos o habilidades preservadas (Lorenzo, 2004) dotando al sujeto de herramientas que le permitan atenuar el impacto de los déficits cognitivos. El tipo de intervención utilizada con mayor frecuencia es la restitutiva (Bellack, et al., 1999).

7.1. Programas de rehabilitación cognitiva

Los programas de rehabilitación cognitiva son intervenciones protocolizadas que apuntan a mejorar el funcionamiento cognitivo. Consisten en técnicas que, mediante tareas y ejercicios específicos, colaboran en la compensación o posible recuperación de los déficits cognitivos (Penadés, Rehabilitación neurocognitiva, 2007).

Dentro de las intervenciones en rehabilitación cognitiva de la esquizofrenia, resulta importante definir aquellas que se denominan programas multifunción; se trata de programas que están creados para actuar sobre varios déficits cognitivos asociados a la enfermedad, y aquellos que introducen el formato grupal. De estas intervenciones, las que cuentan con mayor apoyo y difusión son tres: Integrated Psychological Therapy (IPT), Cognitive Remediation Therapy (CRT) y Cognitive Enhancement Therapy (CET) (De la Higuera & Sagastagoitia, 2006)

7.1.1. Integrated Psychological Therapy (IPT)

El primer programa de rehabilitación cognitiva protocolizado fue la terapia integrada de la esquizofrenia (IPT). Se trata de una terapia integral, ya que apunta a atenuar los déficits cognitivos y a mejorar el comportamiento social deficitario (Penadés, 2007). El abordaje terapéutico de este programa no se limita solamente a la función cognitiva, sino que incluye procedimientos de intervención social que involucran material significativo para el paciente. Consta de cinco subprogramas: diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y solución de problemas interpersonales. Los dos primeros vinculados al funcionamiento cognitivo y perceptivo y los tres últimos al comportamiento social (De la Higuera & Sagastagoitia, 2006).

El subprograma de diferenciación cognitiva es el que está más vinculado al tratamiento de los déficits cognitivos básicos. Intenta mejorar las funciones atencionales (atención selectiva, atención focalizada, atención mantenida, etc.) y las habilidades de conceptualización (formación de conceptos, discriminación conceptual, etc.). Los ejercicios consisten en clasificar tarjetas, buscar definiciones, definir jerarquías conceptuales, diferenciar entre palabras con significados contextuales diferentes, etc. El subprograma de percepción social tiene como finalidad mejorar la capacidad perceptiva e interpretativa del paciente, mejorar los procesos de análisis y comprensión de la información en situaciones sociales. Para este fin, se utilizan diapositivas que representan situaciones sociales que están graduadas en función de dos parámetros: complejidad creciente y carga afectiva. El proceso se desarrolla en tres etapas: recogida de información, interpretación y asignación de título. Se discriminan los estímulos sociales relevantes de los irrelevantes, mediante tareas de análisis, codificación, integración y comprensión de la información. El subprograma de comunicación verbal se orienta hacia aspectos relevantes para la comunicación y las habilidades conductuales interpersonales. Su objetivo principal es estimular el intercambio y la comunicación social entre los miembros del grupo. Este programa mejora la neurocognición, y además aumenta la autonomía y el funcionamiento social (Roder, Mueller, Mueser, & Brenner, 2006; Penadés, Boget, Catalán, Bernardo, Gastó, & Salamero, 2003). El subprograma de habilidades sociales apunta a mejorar el comportamiento interpersonal de los sujetos. Con respecto al subprograma de resolución de problemas Interpersonales, se orienta al abordaje de situaciones problemáticas aportadas por los pacientes, mediante la discusión y análisis, para lograr una resolución adecuada a las mismas. Se incorpora el juego de roles en el trabajo grupal (De la Higuera & Sagastagoitia, 2006).

7.1.2. Cognitive Remediation Therapy (CRT)

Otro programa importante es el Cognitive Remediation Therapy (CRT). Está creado para abordar atención, memoria y funcionamiento ejecutivo. El abordaje se desarrolla en un contexto individual, y es orientado por la evaluación neuropsicológica inicial de los déficits y potencialidades del paciente. Se plantean ejercicios de papel y lápiz que van aumentando gradualmente su complejidad en función del avance del paciente. La técnica principal de este programa consiste en proporcionar al paciente las estrategias cognitivas que no es capaz de crear por sí mismo. Es un programa que se compone de tres módulos: de flexibilidad cognitiva, de memoria de trabajo y de planificación (Penadés, 2007). El módulo de flexibilidad cognitiva es diseñado para la función atencional, los ejercicios que incluye se orientan a mejorar la percepción e intenta facilitar la flexibilidad en el razonamiento y el poder mantener información relevante en los ejercicios ,aumentando gradualmente el nivel de complejidad (De la Higuera & Sagastagoitia, 2006). El módulo de memoria de trabajo se centra en los procesos de control ejecutivo que controlan funciones como la memoria, la atención, el trabajo con varias tareas a la vez, etc. Las tareas incluidas en este módulo están creadas para abordar los diferentes tipos de memoria (a corto y largo plazo) haciendo énfasis en la memoria de trabajo. Se instruye al paciente en el uso de estrategias de organización. Y en el modelo de planificación se le enseña cómo guiar su conducta a partir de pautas ya aprendidas. Se basa en tareas que requieren habilidades de organización, manejo de los datos, y realización de tareas simultaneas. Este programa es eficaz sobre la neurocognición, y tiene efectos positivos sobre el funcionamiento social de los pacientes (Penadés, et al., 2006).

7.1.3. Cognitive Enhancement Therapy (CET)

El programa Cognitive Enhancement Therapy (CET), creado por Hogarty y Flesher afirma que los déficits cognitivos producen retraso en el aprendizaje social. Este programa está pensado para pacientes ambulatorios, estabilizados y con un buen nivel socio-educativo. Se orienta a la mejora del rendimiento del paciente en funciones cognitivas básicas, y al fortalecimiento de los recursos en aspectos relacionados a las habilidades perceptivas y cognitivas importantes en el desempeño social. La intervención consta de dos momentos diferenciados. En el primer momento se trabaja sobre la cognición no social, centrándose en la atención, memoria y capacidad de solución de problemas. Las tareas están graduadas en términos de dificultad y cambio cognitivo en el paciente. Un segundo momento es el de la fase de mejora de la cognición social. El objetivo de esta fase es el desarrollo de las habilidades cognitivas y metacognitivas necesarias para una adecuada comprensión y manejo de las situaciones sociales, así como de los problemas que surgen en la vida cotidiana. Los ejercicios tienen la finalidad de que el paciente analice cuáles son sus problemas, objetivos y estrategias necesarias para afrontarlos. Incluye tareas que trabajan aspectos vinculados a la conceptualización y comunicación, y la elaboración de objetivos motivacionales. En los ejercicios se incluyen situaciones derivadas de la vida cotidiana de los pacientes y que son planteadas como problemáticas por éstos. En cada tarea la participación es diferente, desde observador hasta protagonista. Se plantean además múltiples objetivos cognitivos, desde mantener la atención hasta desarrollar una perspectiva de pensamiento que sea pertinente en las situaciones sociales (Hogarty, et al., 2004 ; De la Higuera & Sagastagoitia, 2006).

En síntesis, la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia es un tratamiento eficaz, que consigue mejorar el déficit cognitivo y que genera mejoras en el funcionamiento social. Los programas más eficaces son aquellos que se implementan en un marco de rehabilitación psicosocial amplio.

8. Importancia de la rehabilitación psicosocial en la esquizofrenia

En muchos casos los pacientes con esquizofrenia presentan déficits cognitivos que les impiden mejorar su desempeño en las habilidades sociales. Green (1996) plantea que, en estos pacientes, no siempre los programas de entrenamiento en habilidades sociales tienen éxito, evidenciando la estrecha vinculación entre los aspectos neuropsicológicos y el funcionamiento social.

Medalia & Choi(2009) sostienen que los déficits cognitivos están relacionados con las alteraciones a nivel social. Los déficits en atención, lenguaje y memoria son la base de los déficits sociales, ya que para un correcto funcionamiento social es necesario, por ejemplo, prestar atención al interlocutor, comprenderlo, etc. (Bellack, et al., 1999).

En los programas de rehabilitación integral, las intervenciones psicosociales son muy importantes, ya que constituyen un aspecto esencial en la mejora del funcionamiento global, la calidad de vida y la adherencia al tratamiento del paciente esquizofrénico (Bellack, Sayers, Margaret, Mueser, & Bennett, 1994).

Las intervenciones psicosociales son abordajes amplios e integradores del tratamiento de las personas con esquizofrenia. Se trata de un proceso que intenta reducir el efecto de los síntomas positivos y negativos de la enfermedad en la vida del paciente, procurando brindar mayor información sobre la patología tanto al sujeto como a su familia o entorno más cercano. También apuntan a promover la importancia y adherencia al tratamiento farmacológico para prevenir recaídas, entre otras (Mueser, Liberman, & Glynn, 1990). Dichas intervenciones tienen como propósito lograr una mejoría en la competencia individual y cambios en el entorno para lograr una mejor calidad de vida (Consenso WAPR / WHO , 2003).

Un modelo apropiado para la rehabilitación psicosocial de la esquizofrenia es el modelo de competencia (Costa & López, 1991), que plantea que todas las personas poseen recursos y fortalezas, y se promueve potenciar éstos y los que provienen del medio. El propósito de la rehabilitación psicosocial es la reintegración del paciente en su comunidad, mejorando su funcionamiento psicosocial, para lograr mejores condiciones en su vida cotidiana y que pueda tener mayor autonomía e independencia (Rodríguez, 2002). El Consenso WAPR/WHO (2003) plantea los siguientes objetivos en el proceso de rehabilitación:

- Reducir la sintomatología a través de tratamientos farmacológicos, psicológicos e intervenciones sociales. En este punto es fundamental destacar la importancia de los psicofármacos ya que los mismos colaboran en la adherencia al tratamiento.
- Se pretende mejorar la competencia de las habilidades sociales y el funcionamiento ocupacional. Se potencia la integración social dentro de la comunidad, para lograr un mayor grado de autonomía.
- Apoyo a las familias del paciente esquizofrénico para lograr una mayor competencia en el manejo de los problemas cotidianos e incidir positivamente en el proceso de rehabilitación.

Florit (2006) define varias fases en el proceso de la rehabilitación psicosocial: la acogida, evaluación, establecimiento de un plan individualizado de rehabilitación, intervención y seguimiento.

Fase de acogida

Cuando un paciente comienza un proceso de rehabilitación se encuentra ante una situación nueva, lo cual genera cierto grado de ansiedad. El objetivo de la fase de acogida es lograr que el paciente se adapte a la rehabilitación, adaptando a su vez la rehabilitación al paciente singular.

La duración de esta fase es relativa, dependiendo del proceso particular de cada persona. Ya que no hay un único modo de llevar a cabo la fase de acogida, ésta es flexible de acuerdo a las diferentes personas y contextos, teniendo en cuenta diferentes variables:

- Según la voluntad del sujeto y si cree que comenzar este proceso de rehabilitación le servirá.
- De acuerdo a su capacidad para lograr comprender una situación nueva, en este caso el proceso de rehabilitación, y sus implicaciones.
- Implicación de su familia y entorno.
- Grado de gravedad y cronicidad de la enfermedad.
- Nivel de autonomía en la vida cotidiana y en particular en el uso del transporte.
- Relacionamiento social, e interacción con otras personas con enfermedad mental grave y crónica.

Al finalizar la fase de acogida, se espera que a partir del tránsito por dicho proceso tanto el paciente como su familia comprendan el propósito de la rehabilitación, para que sus expectativas sean realistas, logrando su motivación y compromiso con respecto al

tratamiento. Esta fase es fundamental ya que se habilita a que el paciente se sienta parte de su propio proceso de rehabilitación desde el inicio del mismo.

Fase de evaluación

Una vez que el paciente se ha comprometido con su propio proceso de rehabilitación y que el mismo proceso se ha adaptado a las necesidades singulares del paciente, puede dar comienzo la fase de evaluación.

Si bien la evaluación se realiza de forma interdisciplinaria, es guiada por un profesional a lo largo de todo el proceso.

En esta fase, las herramientas de evaluación que se utilizan con mayor frecuencia son la entrevista semi-estructurada y la observación natural. También se pueden recabar datos mediante la realización de test y otros protocolos.

Otra herramienta es la recogida de información a partir de datos brindados por familiares del paciente, profesionales y del propio paciente. Los protocolos de evaluación serán diferentes dependiendo del ámbito en que se utilicen: psicosocial, laboral, etc. Es importante que en este tipo de abordajes interdisciplinarios los profesionales puedan coordinar las áreas a evaluar.

Entre ellas se destacan las siguientes áreas:

- Objetivos de la derivación y expectativas del sujeto y su familia, información recabada inicialmente en la fase de acogida, y en parte en la fase de evaluación.
- Datos clínicos y bibliográficos: antecedentes psiquiátricos familiares, datos que son útiles para conocer el contexto de la persona. También es importante conocer el rendimiento y ajuste social y personal a su actividad laboral (previa a la descompensación producto de la enfermedad).
- Inicio de la enfermedad: edad de inicio y características del primer episodio, evolución temporal de la enfermedad, número de ingresos, diagnósticos de los mismos, tratamiento recibido y respuesta a dichos tratamientos.
- Tratamientos farmacológicos; indicaciones, efectos secundarios. Se evaluará la competencia y autonomía de la persona para tomar la medicación.
- Aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Enfermedad actual, sintomatología positiva y negativa. Conciencia de enfermedad.
- Recursos de salud; es importante saber de qué recursos sanitarios dispone la persona en su entorno (hospitalización, urgencias, etc.).
- Manejo de lo afectivo; se consideran principalmente al evaluar 3 estados: ansiedad, disforia e ira.

- Funcionamiento cognitivo: estos aspectos se evalúan a nivel general, haciendo hincapié en cómo interfieren en su vida cotidiana. Es importante considerar la atención, la memoria, orientación temporo-espacial y otras capacidades como la escritura, la lectura y cálculo mental.
- Actividades de la vida cotidiana y automantenimiento: higiene personal y vestimenta. Hábitos de salud, alimentación, sueño, ejercicio físico, consumo de sustancias. Es importante saber si la persona está en condiciones y es capaz de cuidarse a sí mismo.
- Comunicación funcional. En la actualidad es importante considerar además el manejo de instrumentos para la comunicación como por ejemplo el teléfono, internet, etc.
- Actividades productivas, manejo del hogar; es útil conocer las características del domicilio y situación de su entorno, situaciones que pueden ser significativas, por ejemplo si es aceptado por su familia o no. También se evalúa la forma en que se desempeña en sus tareas domésticas (cocina, baño, etc.)
- Cuidado con el otro; se consideran las actividades que realiza la persona vinculada con otros que pueda tener a su cargo (hijos, padres mayores, etc.), sus vínculos, relacionamiento con los demás.
- Orientación sociocultural, motivación que tiene por estar informado sobre el entorno inmediato y mediato.
- Actividades de ocio y tiempo libre. Es importante conocer cuáles son sus intereses, actividades que desarrolla, frecuencia y gratificación de las mismas, si las realiza fuera y/o dentro de su domicilio.
- Psicomotricidad: es importante evaluar el esquema corporal funcional, la motricidad gruesa y fina, la orientación espacio-temporal y la imagen corporal.
- Área social: es fundamental evaluar la competencia social del paciente. Se toma en cuenta la capacidad para interpretar y analizar situaciones sociales, la interpretación de las emociones y el estilo comunicacional del sujeto, la red social; la cantidad y calidad de la red de apoyo y la percepción que tiene el paciente de esa red. También es importante informarse sobre la calidad de la convivencia en el caso de que conviva con otros, y en este aspecto cómo se da la capacidad de resolución de problemas y toma de decisiones.

Fase del establecimiento del Plan Individualizado de Rehabilitación.

Tanto para el psicólogo como para otros profesionales de la salud mental, es fundamental abordar el proceso de rehabilitación del paciente a través de planes individualizados de rehabilitación, que se adecúen a las necesidades singulares de cada paciente (Perona, 2003). En estos, se planifica la rehabilitación a partir de varios elementos:

- Identificación de necesidades, factores de riesgo y prioridades de actuación. Esta evaluación es una manera de poder identificar el déficit que se pretende trabajar, pero también rescatando las fortalezas para tenerlas en cuenta al momento de la intervención. El grupo familiar es importante a la hora de planificar la rehabilitación, ya que se le enseñan estrategias para afrontar la enfermedad, para disminuir la posibilidad de recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente.
- Definición de objetivos de tratamiento individualizados, a corto, medio y largo plazo.
- Definir un tiempo estimativo para evaluar los objetivos que se establecen.
- Determinar áreas de intervención y profesionales responsables de las mismas.
- Fijar mecanismos de evaluación continua de procesos y resultados.

El plan individualizado se basa en las necesidades reales del paciente, expresadas directamente por él o por su entorno inmediato. Es un proceso que se desarrolla junto con el paciente. Este tipo de planes individualizados logran mayor efectividad en contextos de equipos interdisciplinarios que participan en todo el proceso (Perona, 2003).

Fase de intervención

En esta fase se lleva a la práctica el plan individualizado, organizando y estructurando la intervención en varias áreas y programas asistenciales: establecimiento del vínculo terapéutico con el paciente, adherencia a los dispositivos sanitarios y a los tratamientos farmacológicos. El vínculo terapéutico se genera desde los primeros contactos con el paciente, en donde se comienza a afianzar la confianza, uno de los objetivos fundamentales de la fase de intervención es lograr que el paciente visualice al profesional y el vínculo con el mismo como un sostén en su proceso. Esto colabora en cuanto a las expectativas que tenga de rehabilitarse, ya que el sentirse contenido y en confianza favorece significativamente en el proceso de rehabilitación (Kemp, Hayward, Applewhaite, Everitt, & David, 1996). Esta fase varía significativamente de un paciente a otro, en lo que refiere al proceso y su duración. Es importante que un profesional acompañe al paciente en toda esta fase para poder guiarlo y colaborar en su proceso (Perona, 2003).

Florit (2006) plantea que las intervenciones se centran en los siguientes pilares:

- **Tutorías.** Consiste en un seguimiento y análisis de todo el proceso de rehabilitación, que realiza el paciente conjuntamente con el profesional. Estas tutorías constituyen una articulación de todas las acciones que se llevan a cabo durante la intervención. Se pueden integrar además intervenciones puntuales, que brinden al paciente estrategias

efectivas para afrontar posibles problemas que puedan surgir a lo largo del proceso de rehabilitación.

- **Apoyo a las familias.** Es importante tener un contacto frecuente con los familiares, para lograr un trabajo coordinado entre el centro de rehabilitación, el paciente y su familia. Se les brinda información acerca de la patología, de cómo enfrentar posibles inconvenientes que puedan surgir con el paciente en la vida cotidiana y en el núcleo familiar. También se ofrece sostén emocional y asesoramiento en distintas gestiones que deban realizar.
- **Programas de rehabilitación.** Se cuenta con una variedad de programas de rehabilitación, lo que permite elaborar y desarrollar un plan individualizado para cada paciente en particular. Se plantea que la elección de los programas de rehabilitación sea conjunta, entre el paciente y el profesional, coordinados con el equipo interdisciplinario y la familia cuando sea necesario, de forma de asegurar el cumplimiento de los objetivos.
- **Programas abiertos.** Estos programas brindan a los pacientes un espacio donde poder reunirse con otras personas, facilitar su adhesión al centro de rehabilitación, sin responder a objetivos específicos. Ya que el proveer de información y el desarrollar habilidades son las bases metodológicas de las diferentes intervenciones en rehabilitación psicosocial, los profesionales encargados de la rehabilitación deben idear diferentes propuestas e intervenciones acorde a cada paciente en particular.

Fase de seguimiento

En esta fase se debe comenzar a pensar en la separación del paciente con los profesionales y el lugar en el que fue atendido por lo que debe ser planificado cuidadosamente pensando en los efectos que puede provocar en el paciente.

Es la última fase del proceso una vez que se han logrado los objetivos, pero no alcanza solo con cumplir con los mismos y conseguir un cambio, sino que éste debe de mantenerse en el tiempo; por lo tanto se considera fundamental seguir realizando evaluaciones periódicas utilizando aquellas técnicas que fueron aplicadas al comienzo del proceso de rehabilitación. De esta forma podemos visualizar el progreso o no del proceso de rehabilitación y la adherencia al tratamiento. A partir de allí poder planificar y plantearnos nuevos objetivos y estrategias de intervención a futuro.

Se apunta a una mayor autonomía del paciente tanto en esta fase como a lo largo de todo el proceso de rehabilitación, por lo que es un gran desafío para el paciente como también para todos los profesionales involucrados en esta tarea(Perona, 2003; Florit,2006).

En síntesis, la salud mental es un aspecto esencial para la calidad de vida de las personas, por eso es importante destacar que la rehabilitación es un elemento fundamental para los pacientes con esquizofrenia. Este trastorno se asocia a importantes dificultades en el funcionamiento neuropsicológico, por tanto si la intervención es temprana suele aumentar la posibilidad de obtener mejores resultados. La rehabilitación tiene como finalidad mejorar el funcionamiento cognitivo y psicosocial de estas personas, de manera que el paciente esquizofrénico logre reintegrarse a su entorno familiar inmediato y en el entorno social, colaborando así en el proceso de reinserción en su comunidad. Las intervenciones cognitivas requieren de un enfoque que apunte a mejorar las habilidades sociales del paciente, ya que es de esta forma en que resultan más beneficiosas para el mismo. Por tal motivo, las intervenciones cognitivas se integran dentro de programas de rehabilitación.

Uno de los aspectos importantes dentro de la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia es el impacto que tiene sobre los costos del sistema de salud. Por tanto, resulta evidente pensar que si se logra una continuidad en los tratamientos, cuanto mejores sean los resultados obtenidos mayor será el beneficio para los costos sanitarios ya que se reducen las hospitalizaciones y los costos que generan las mismas.

La prevalencia de déficits cognitivos en la esquizofrenia y su contribución al deterioro social de estos pacientes nos hace reflexionar sobre el tema de la rehabilitación. Uno de los objetivos de la neuropsicología es la creación de programas eficaces de rehabilitación que traten de atenuar los déficits cognitivos y sus consecuencias.

A partir de la realización de la presente monografía surgen varias interrogantes y líneas de análisis.

La rehabilitación cognitiva se propone lograr una mejoría en el paciente esquizofrénico desde sus aspectos neuropsicológicos y desde el funcionamiento adaptativo tanto en su grupo familiar como en su entorno social.

Si bien las intervenciones cognitivas que se centran solamente en este aspecto obtienen mejorías a nivel cognitivo, suelen ser mucho más beneficiosas las intervenciones multidisciplinarias, ya que resultan ser más funcionales.

Entonces, se puede pensar que la rehabilitación en sí misma constituye un elemento central en lo que respecta a la organización de una atención comunitaria integral a la población con esquizofrenia. Este resulta ser un aspecto que es muchas veces dejado de lado; una atención comunitaria integral implica la existencia de una red de servicios comunitarios que habiliten a la reinserción social del paciente esquizofrénico como sujeto de

derecho. Es necesario entonces que esta red de servicios comunitarios oficie como eje en la rehabilitación del paciente, y de la misma manera, que la rehabilitación de éste sea el eje de dicha red.

De esta idea se desprende la importancia de orientar el trabajo del equipo de salud hacia un propósito que se dirija a la rehabilitación; ya sea desde los centros hospitalarios, los servicios de salud mental, los centros de rehabilitación, se hace fundamental que los pacientes puedan encontrar allí un soporte para el desarrollo de su rehabilitación, un sostén desde donde se los apoye para su reinserción social.

Aquí es importante destacar que en el sistema sanitario de nuestro país hay aún mucho por hacer para mejorar; lejos de este modelo que parece ser ideal, en el contexto hospitalario de Uruguay las intervenciones se centran en su gran mayoría en el trabajo en momentos de agudización de la enfermedad. El centrarse sólo en la crisis aguda, a partir de la identificación de los síntomas a tratar, pone en primer lugar a la enfermedad, más que al cuidado y a la potencial mejoría. Esto genera a nivel social la exclusión de las personas con esquizofrenia del sistema sanitario, ya que se los excluye en la asistencia a muchas de sus necesidades. Si bien existen centros de rehabilitación psicosocial, resulta necesario mejorar con respecto al desarrollo de redes de soporte comunitario.

Para que se pueda lograr esta transformación, es esencial descentrar la mirada desde el eje de la rehabilitación (que está centrado exclusivamente en la patología y en lo que el paciente no puede hacer) para poder centrarse en la recuperación. La recuperación consiste en focalizar en aquellos aspectos que el paciente presenta como fortalezas, para potenciar su mejoría. Al centrarse en la recuperación, se busca colaborar en que el paciente esquizofrénico pueda reconstruir vínculos con su entorno social, que desarrolle mayor autonomía e independencia, que aumente progresivamente en la toma de decisiones, e incluso una reconstrucción de objetivos vitales.

Resulta de vital importancia, para poder desarrollar este modelo centrado en las fortalezas del paciente y orientado al sostén comunitario del mismo, que se modifiquen también los indicadores que se utilizan para evaluar la mejoría. Los indicadores en este caso ya no se centrarían en las reagudizaciones, por ejemplo, sino en el logro de relaciones sanas para el paciente, en el grado de independencia que logra, en la mejora de su calidad de vida, etc. Se vuelve necesario además descentrarse de la visión a corto plazo, que evalúa estrictamente los resultados inmediatos, para poder centrarse en una visión a largo plazo, que contemple la totalidad de los logros.

Será necesario entonces cuestionarse; ¿de qué manera se puede lograr, en el sistema sanitario de nuestro país, acercarse al funcionamiento de éste modelo “ideal” de rehabilitación desde la óptica de la recuperación? ¿De qué forma dejar de lado la excesiva orientación a la patología, tan centrada en el deterioro?

9. Referencias bibliográficas

- Accatino, L. S. (2012). Language disorders in Schizophrenia . *Revista Memoriza*, 9: 1-8 .
- Addington, J., Saeedi, H., & Addington, D. (2006). Facial affect recognition: A mediator between cognitive and social functioning in psychosis? *Schizophrenia Research* 85(1-3), 142-150.
- Alcántara, J. C. (2004). El lenguaje. En J. L. Otero, y L. Fontán (Ed), *Fundamentos de neuropsicología clínica* (pp. 87-91). Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.
- Aleman, A., Hijman, R., De Haan, E., & Kahn, R. (1999). Memory Impairment in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1358-1366.
- American Psychiatric Association (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ta Ed. Tr.)*. Barcelona: Masson S.A.
- Andreasen, N. C., & Grove, W. M. (1979). "The relationship between schizophrenic language manic lenguaje and aphasia". En J. Gruzelier, & P. Flor-Henry (Ed.), *Hemisphere asymmetries and function in psychopathology* (pp. 373-390). North Holland Press: Elsevier.
- Antonova, E., Kumari, V., Morris, R., Halari, R., Anilkumar, A., Mehrotra, R. (2004). The relationship between brain structure and neurocognition in Schizophrenia: a selective review. *Schizophrenia Research* 70, 117-145.
- Asarnow, R. (1999). Neurocognitive impairments in schizophrenia: a piece of the epigenetic puzzle. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 8 supl.1, 15-18.
- Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (2003) (WAPR),OMS (Organización Mundial de la Salud) (1997). *Declaración de Consenso WAPR / WHO* . FEARP. Recuperado de http://www.arpscyl.org:8085/index.php/documentos/cat_view/36-declaraciones-warp
- Barrera, Á. (2008). Los trastornos cognitivos en la esquizofrenia. En E. Labos, A. Slachevsky, P. Fuentes, & F. Manes (Ed.), *Tratado de neuropsicología clínica* (pp. 616-620). Buenos aires: Librería Akadia.
- Barrera, A., Mckenna, P.J & Berrios, G.E. (2005). Formal thought disorder in schizophrenia: an executive or a semantic deficit? *Psychological Medicine* 35(1), 121-132.
- Baskak, B., Tugba, E., Cem, E., & Baskak, S. (2008). Peculiar word use as a possible trait marker in schizophrenia. *Schizophrenia Research Volume 103*, 311-317.
- Beer, J., & Ochsner, K. (2006). *Social cognition: a multi level analysis*. *Brain Research*, 1079,98-105. Colombia: ELSEVIER.
- Belinchón, M. (1987). Lenguaje. En J. M. Ruiz Vargas, *Esquizofrenia: un enfoque cognitivo* (pp. 209-258). España: Madrid: Alianza.

- Bellack, A. S. (1992). Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia: Is it Possible? Is it Necessary? *Schizophrenia Bulletin*, Vol 18(1), 43-50.
- Bellack, A. S., Gold, J. M., & Buchanan, R. W. (1999). Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia: Problems, Prospects, and Strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 257-274.
- Bellack, A. S., Sayers, Margaret, Mueser, K. T., & Bennett, M. (1994). An evaluation of social problem solving in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol,103, 371-378.
- Bleuler, E. (1926). La esquizofrenia. *Historia de la Psiquiatría*, 664-676.
- Bousoño, M., Paino, M., & Bascarán, M.T. (2004). Sistema dopaminérgico y función cognitiva. En Baca-Baoldomero, M. Roca (Eds.) *Dopamina y esquizofrenia*, 187-198.
- Braff, D., Swerdlow, N., & Geyer, M. (1999). Symptom Correlates of Prepulse Inhibition Deficits. *The American Journal of Psychiatry* 156 (6), 596-602.
- Brekke, J., Kay, D. D., Lee, K. S., & Green, M. F. (2005). Biosocial pathways to functional outcome. *Schizophrenia Research* 80, 213 – 225.
- Buchanan, R., Vadar, K., Barta, P., & Pearlson, G. (1998). Structural Evaluation of the Prefrontal Cortex in Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*,(155), 1049-1055.
- Calev, A. (1999). Neuropsychology of schizophrenia and related disorders. In: A. Calev (Ed.). *Assessment of Neuropsychological Functions in Psychiatric Disorders* (pp. 33-66). Washington (DC): American Psychiatry Press.
- Carroll, R. (2000). Cognitive impairment in schizophrenia. *Advances in Psychiatric treatment* 6 (3), 161-168.
- Chaika, E. (1974). A linguist looks at "schizophrenic" Language. *Brain and Language* 1(3), 257-276.
- Cohí, A. (1990). Estudio comparativo de la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos segun la condición de tratamiento. *Revista de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 201-218.
- Costa, M., & López, E. (1991). *Manual del educador social: habilidades de comunicacion en la relación de ayuda*. Ministerio de Asuntos Sociales: Centro de Publicación.
- Covington, M. A., He, C., Brown, C., Naci, L., McClain, J. T., Fjordbak, B. S., Semples, J. (...), & Brown, J. (2005). Schizophrenia and the structure of language: The linguist's view. *Schizophrenia Research*, 77 85 – 98 .
- Crow, T.J., Colter, N., Frith, C.D., Johnstone, E.C., & Owens, D.G. (1989). Developmental arrest of cerebral asymmetries in early onset schizophrenia. *Psychiatry Research*, 247-253.
- Cuesta, M., Peralta, V., & Serrano, J. (2000). Nuevas perspectivas en la Psicopatología de los trastronos esquizofrenicos. *Anales Sis San Navarra* 2000,23, supl 1.
- Dalmás, J.F. (1993). Neuropsicología de la memoria. En: Dalmás JF, *La memoria desde la neuropsicología*, PP.21-42 .Montevideo: Roca viva.

- Dansilio, S. (2004). Procesos ejecutivos y lóbulos frontales. En J. L. Otero, & L. Fontán (Ed.), *Fundamentos de neuropsicología clínica* (pp. 221-229). Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.
- De la Higuera, J., & Sagastagoitia, E. (2006). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: estado actual y perspectivas futuras. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 245-266.
- Docherty, N. M. (1995). Communication disturbances in schizophrenia: A two-process formulation. *Comprehensive Psychiatry* 36 (3), 182-186.
- Done, D. J., Leinoneen, E., Crow, T. J., & Sacker, A. (1998). Linguistic performance in children who develop schizophrenia in adult life. Evidence for normal syntactic ability. *The British Journal of Psychiatry* (172), 130-135.
- Ellis, A., & Beattie, G. (1986). *The Psychology of Language And Communication*. Nueva York.
- Ey, H., Bernard, P. Y. Brisste, CH. (1978). *Tratado de Psiquiatria. 8a. ed.* Barcelona: Masson S.A
- Fett, K. J., Viechtbauer, W., Dominguez, M., Penn, D. L., Van Os, J., & Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Volume 35 573–588.
- Florit, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología*, vol.24, 223-244.
- Florit, A., Fernández, J. M., & Morante, L. (1998). Coordinación interdisciplinar en la integración del paciente psicótico. *Psiquis*, 18, 349-355.
- Fontán, L. (2004). Neuropsocología de la memoria. En J. L. otero, & L. Fontán (Ed.), *Fundamentos de neuropsicología clínica* (pp. 117-190). Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.
- Frith, C. D. (1995). The cognitive abnormalities underlying the symptomatology and the disability of patients with schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology* 10 (suppl 3), 87-98.
- Gejman, P. V., & Sanders, A. R. (2012). *La Etiología de la Esquizofrenia. MEDICINA (Buenos Aires)*, 72: 227-234.
- Gisbert, C. (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Gold, J., Randolph, C., Carpenter, C., Goldberg, T., & Weinberger, D. (1992). The performance of patients with schizophrenia on the wechsler memory scale-revised. *Clinical Brain Disorders Branch, National Institute of Mental Health*, 367-373.
- Goldberg, T. E., Aloia, M. S., Gourovitch, M. L., Missar, D., Pickar, D., & Weinberger, D. R. (1998). Cognitive Substrates of Thought Disorder, I: The Semantic System. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1671-1676.
- Goldman, P., Rakic, & Selemon, L. (1997). Functional and Anatomical Aspects of Prefrontal Pathology in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 437-458.

- Gourovitch, M. L. & Goldberg, T.E. (1996). Cognitive deficits in schizophrenia: attention, executive functions, memory and language processing. *Schizophrenia. A neuropsychological perspective*, 71-86.
- Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *The American Journal of Psychiatry*, 321-330.
- Green, M. F. (1998). *Schizophrenia from a neurocognitive perspective: Probing the impenetrable darkness*. ELSEVIER.
- Green, M. F., Kern, R., Braff, D., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive Deficits and Functional Outcome in Schizophrenia: Are we Measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119-136.
- Hogarty, G. E., Flesher, S., Ulrich, R., Carter, M., Greenwald, D., Pogue, M. (...), & Garrett, A. (2004). Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 61 (9): 866-876.
- Jódar, & Vicente. (2004). Funciones cognitivas del lóbulo forntal. *xxx Reunion anual de la sociedad española de neurología pediátrica*, 178-182.
- Junqué. (1999). El lóbulo frontal y sus disfunciones. *Neuropsicología* 39 (2), 349-400.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1998). Esquizofrenia. En *Sinopsis de psiquiatría* (pp. 519-557). Madrid: Médica Panamericana.
- Kee, K., Kern, R., & Green, M. (1998). Perception of emotion and neurocognitive functioning in schizophrenia: whats the link? *Psychiatry Research* 81 (1), 57-65.
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled. *British Medical Journal*, vol. 312, 345-349.
- Kolb, B., & Whishaw, L. (2006). *Neuropsicología Humana*. 5a. ed . Buenos Aires. Editorial: Médica Pánamericana.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., & Zarate, R. (2006). Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* vol. 32, 12-23.
- Lorenzo, J. (2004). La rehabilitación de los trastornos cognitivos. En J. L. Otero, & L. Fontán (Ed.), *Fundamentos de neuropsicología clínica* (pp. 385-392). Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.
- Marvel, C. (2006). Scizophrenia and language. *Encyclopedia of Language and Linguistics*, 14-17.
- McGlasham, T. (1998). A Selective Review of Recent North American Long-Term Followup Studies of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, vol 14, 515-542.
- McKenna, P. J., & Oh, T. M. (2005). *Schizophrenic Speech: Making Sense of Bathroofs and*. Londres: Cambridge University Press.
- Medalia, A., & Choi, J. (2009). Cognitive Remediation in Schizophrenia. *Neuropsychol Rev*, 19(3) 353–364.

- Mueser, K. T., Liberman, R. P., & Glynn, S. M. (1990). *Psychosocial Interventions in Schizophrenia*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Novella, E. J., & Huertas, R. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud* 21(3), 205-219.
- Pardo, V. (2005). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Volumen 69(1):71-83.
- Parkin, A. (1998). The central executive does not exist. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 518-522.
- Penadés Rubio, R., Villalta Gil, V., Farriols Herrando, N., Palma Sevillano, C., & Salavera Bordás, C. (2011). Esquizofrenia. En O. Bruna, T. Roig, M. Puyuelo, C. Junqué, & A. Ruano (Ed.), *Rehabilitación neuropsicológica. Intervención y práctica clínica* (pp. 207-222). Barcelona: Masson.
- Penadés, R. (2007). Rehabilitación neurocognitiva. En E. Aguilar, C. Álamo, B. Arias, E. Baca, M. T. Bascarán, & E. Berrocoso (Ed.), *Esquizofrenia y trastornos afectivos. Avances en el diagnóstico y la terapéutica* (pp. 97-105). España: Medica Panamericana.
- Penadés, R., Boget, T., Catalán, R., Bernardo, M., Gastó, C., & Salamero, M. (2003). Cognitive mechanisms, psychosocial functioning, and neurocognitive rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 219–227.
- Penadés, R., Catalán, R., Salamero, M., Boget, T., Puig, O., Guarch, J., y otros. (2006). Cognitive Remediation Therapy for outpatients with chronic. *Schizophrenia Research*, 87, 323-331.
- Perona, S. (2003). La necesidad de la rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la esquizofrenia. *TEMES D'ESTUDI* 83, 37-46.
- Rao, & Kolsch. (2003). Effects of estrogen on brain development and neuroprotection-implications for negative symptoms in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*, Volume 28, Supplement 2, 83-96.
- Rochester, S., & Martin. (1979). *Crazy Talk. A study of the Discourse of Schizophrenic Speakers*. New York: Plenum Press.
- Roder, V., Mueller, D. R., Mueser, K. T., & Brenner, H. D. (2006). Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia: Is It Effective? *Schizophrenia Bulletin* vol. 32, 81-93.
- Rodríguez, A. (2002). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. España: Pirámide.
- Salvador, J., Cortés, J. F., Galindo, G., & Villa. (2000). ¿Qué significado neuropsicológico tiene la perseveración de los pacientes con esquizofrenia paranoide en el Wisconsin Card Sorting Test? *Salud Mental*, V. 23, 28-37.
- Sartorius, N. (1995). Rehabilitation and Quality of Life. *International Journal of Mental Health* vol.24. N 1, *Challenges Facing Psychosocial Rehabilitation: Listening to Other Voices*, 7-13.

- Tavano, A., Sponda, S., Fabbro, F., Perlini, C., Rambaldelli, G., Ferro, A. (...), & Brambilla, P. (2008). Specific linguistic and pragmatic deficits in Italian patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 53-62.
- Torralva, T., & Manes, F. (2008). Funciones ejecutivas y trastornos del lóbulo forntal. En E. Labos, Á. Slachevsky, P. Fuentes, & F. Manes (Ed.), *Tratado de neuropsicología clínica* (pp. 339-353). Buenos Aires: Librería Akadia.
- Ventura, R. (2004). Abordaje neuropsicológico de la esquizofrenia. En J. L. Otero, & L. Fontán (Ed.), *Fundamentos de neuropsicología clínica* (pp. 355-365). Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.
- Verdejo García, A., & Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, Vol. 22, nº 2, pp. 227-235.
- Wrobel, J. (1989). *Language and Schizophrenia. Volumen 33 de Linguistic and studies in Eastern Europe*. John Benjamins Publishing.
- Wykes, & Huddy. (2009). Cognitive remediation for schizophrenia: it is even more complicated. *Current Opinion in Psychiatry* 22(2) , 161-167.

