

# Trabajo Final de Grado

## Monografía

### Rehabilitación Cognitiva en Esquizofrenia



Trigal con cuervos (1890) Vincent van Gogh

Estudiante: Victoria Rodríguez Zeballos

C.I: 4.396.498-8

Tutor: Hugo Selma Sánchez

Montevideo, Uruguay

Mayo, 2019

# Índice

1. Resumen .....	1
2. Introducción .....	2
3. Antecedentes.....	3
4. Esquizofrenia .....	4
4.1. Definición de Esquizofrenia.....	4
4.2. Prevalencia de la esquizofrenia .....	8
5. Alteraciones Neurocognitivas en la esquizofrenia .....	9
5.1. Atención .....	9
5.2. Memoria .....	13
5.3. Lenguaje .....	14
5.4. Funciones ejecutivas.....	16
6. Tratamientos en la esquizofrenia.....	18
6.1. Diseño del plan terapéutico .....	20
6.1.2. Tipos y ámbitos de intervención .....	20
7. Rehabilitación Cognitiva en la esquizofrenia .....	24
7.1. Programas de rehabilitación cognitiva .....	25
7.1.1. Integrated Psychological Therapy (IPT) .....	25
7.1.2. Cognitive Remediation Therapy (CRT) .....	26
7.1.3 Cognitive Enhancement Therapy (CET) .....	27
8. Eficacia de la Rehabilitación Cognitiva .....	28
9. Discusión .....	30
10. Bibliografía.....	37

# 1. Resumen

En el presente Trabajo Final de Grado, se realiza una aproximación descriptiva de la esquizofrenia. Se incluye en él su definición y características del cuadro clínico, se nombran antecedentes históricos y conceptuales con el objetivo de comprender la esquizofrenia como una enfermedad patológica crónica, y se especifican los distintos síntomas y criterios para su diagnóstico.

Se realiza una revisión sobre las alteraciones neurocognitivas que genera la esquizofrenia. Se enfatiza sobre la rehabilitación desde un enfoque cognitivo e integral, cuya finalidad es la de facilitar la inserción social y mejorar tanto el funcionamiento cotidiano como también la calidad de vida de los individuos que padecen esta enfermedad.

A través de una búsqueda bibliográfica, se plantea una reflexión y análisis sobre la importancia de la rehabilitación cognitiva, como dispositivo de intervención y plan terapéutico para la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia.

**Palabras clave:** Esquizofrenia, Rehabilitación cognitiva, Déficit cognitivos, Funciones ejecutivas

## 2. Introducción

El presente trabajo de modalidad monográfica, tiene como objetivo central indagar los aspectos más importantes en la rehabilitación cognitiva de la esquizofrenia.

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que se caracteriza por una alteración de la percepción de la realidad, de carácter crónico y deficitario. Se determina por la presencia de varios síntomas, como alucinaciones, alteraciones del pensamiento/conducta, alteraciones neuropsicológicas, creencias delirantes, aplanamiento afectivo, entre otras. En la aparición de esta enfermedad intervienen varios factores que se han teorizado como causantes de la misma, entre los cuales se encuentran: factores genéticos, factores ambientales, factores psicosociales, y otros (Selma, 2008).

Según la APA (2002), la esquizofrenia se caracteriza por una mezcla de signos y síntomas particulares, que se subdividen en dos amplias categorías (positivos y negativos), que han estado presentes durante un tiempo significativo (al menos 1 mes) en la vida de la persona; y de signos del trastorno que han perdurado durante al menos 6 meses. Estos signos y síntomas se asocian a una notoria disfunción social o laboral. Los síntomas positivos presentan una distorsión en las funciones normales, mientras que los síntomas negativos reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales (American Psychiatric Association (APA) 2002).

Los síntomas positivos incluyen distorsiones del pensamiento inferencial, que son las “ideas delirantes”, la percepción, que son las “alucinaciones”, la organización de comportamiento conocida como “comportamiento catatónico” y el lenguaje y la comunicación como “lenguaje desorganizado”. A su vez, estos síntomas positivos se subdividen en dos aspectos fundamentales conocidos como, “la dimensión psicótica”, ideas delirantes y alucinaciones; y la “dimensión de desorganización”, comportamiento y lenguaje desorganizado (APA, 2002).

Los síntomas negativos, incluyen limitaciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional conocido como “aplanamiento afectivo”, de la fluidez y producción del pensamiento y el lenguaje “alogia”, y del inicio de un comportamiento dirigido hacia un fin “abulia” (APA, 2002).

La rehabilitación cognitiva es entendida como una de las estrategias terapéuticas que busca abordar varios aspectos que son afectados en el transcurso de la enfermedad, como lo biológico, psicológico, familiar y social. Se intenta brindar herramientas, desarrollar capacidades cognitivas y habilidades fundamentales para el desarrollo de la vida cotidiana en personas con un padecimiento mental grave, fomentando el autocuidado, la autonomía e independencia (Selma, 2012).

Desde el siglo XIX autores destacados como Bleuler y Kraepelin, primeras referencias históricas, señalaban la presencia de déficits cognitivos en la esquizofrenia. Si bien estos autores no le atribuían la misma importancia a los déficits cognitivos, si reconocían su existencia en algunos pacientes. Estos déficits neurocognitivos, que se especificara a lo largo de este trabajo, impiden el procesamiento de grandes cantidades de información generando retrasos en el aprendizaje, en la adquisición y automatización de habilidades (Asarnow, 1999).

## 3. Antecedentes

### De la Demencia Precoz a la Esquizofrenia

La historia del concepto de esquizofrenia, como es sabido, nace por la descripción de la llamada “Demencia Precoz” utilizada por primera vez por el médico francés Benedict Augustin Morel (1809- 1873), para describir un desorden mental que afecta en los seres humanos en la adolescencia o juventud adulta llevando al deterioro de las funciones mentales y a la discapacidad (Novella, & Huertas, 2010).

Años más tarde, Emil Kraepelin (1856-1926), retoma el concepto de demencia precoz desde una perspectiva conceptual mucho más pretenciosa, basándose su obra en el marco de la psiquiatría alemana de la segunda mitad del siglo XIX, tomando los postulados de W. Griesinger (1861) quien estableció por primera vez una relación entre la psicosis y la neuroanatomía cerebral (Novella, & Huertas, 2010).

A su vez, Kraepelin tomó conceptos de los psiquiatras alemanes como Ewald Hecker (1843-1909) de la llamada hebefrenia y de Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) de la catatonía, las que permitieron al autor reunir bajo un mismo concepto el nombre común de “demencia precoz”; diferenciándose de la manía y la melancolía, y de la demencia precoz de la psicosis manícodepresiva (Novella, & Huertas, 2010).

Kraepelin (1893), define entonces a la demencia precoz como un conjunto de cuadros clínicos que conducen a un deterioro mental deficitario, por la presencia de síntomas “primarios” como: deterioro afectivo, indiferencia, apatía, disgregación psíquica, desorganización del pensamiento, entre otros. Y síntomas “accesorios” secundarios como: alucinaciones, ideas delirantes o trastornos psicomotores (Novella, & Huertas, 2010).

Posteriormente, en el año 1911 Eugen Bleuler (1857-1939) propone cambiar el nombre de demencia precoz por esquizofrenia (“mente escindida”) para denominar la entidad aislada por Kraepelin; caracterizándolo por sus síntomas, y no por su evolución o desarrollo. Propone entonces como síntoma central el trastorno de

pensamiento (“disociación del pensamiento”), que puede generar otras alteraciones en la capacidad afectiva, en la capacidad de asociación, entre otras (Kaplan & Sadock, 1998).

A partir de todos estos autores considerados hasta el momento, que aportaron y elaboraron distintas aproximaciones nosológicas a la esquizofrenia, diferenciando tipos de clasificaciones diagnósticas, sirvieron de “inspiración” para la creación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), provenientes del legado recibido por cuatro referentes que fueron de gran influencia en el mundo de la psiquiatría clásica, Bleuler, Kraepelin, Jaspers y Schneider (Cuesta, et al., 2000).

Asimismo, las dificultades que se les presentan a estos pacientes son reconocidas y evidencian deficiencias en diversas áreas del funcionamiento psicosocial, como las relaciones interpersonales, vinculaciones de pareja, relaciones familiares y laborales. Es por esto que ha sido necesario la implementación de nuevos marcos de intervención que trascienden los tradicionales, incluyendo en los métodos de intervención el concepto de calidad de vida (Sartorius, 1995).

## 4. Esquizofrenia

### 4.1. Definición de Esquizofrenia

Con frecuencia la esquizofrenia comienza en la adolescencia e inicios de la vida adulta y afecta de manera indistinta a ambos sexos (Bleuler, 1960).

Desde un enfoque categórico, se encuentran las clasificaciones tales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV y DSM-V), y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Estos manuales estadísticos comparten dos sistemas de clasificación que son elaborados a partir de datos empíricos desde una metodología descriptiva (APA, 2002).

El DSM (2002), define a la esquizofrenia como:

una alteración del sujeto que perdura al menos 6 meses, en el cual se comprende por lo menos 1 mes de los síntomas de la fase activa, por ejemplo; dos o más de los siguientes: alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, lenguaje desorganizado y síntomas negativos. Además, se destaca una discriminación dentro de esta definición que se subdivide en distintos tipos de esquizofrenia; esquizofrenia paranoide, esquizofrenia catatónica, esquizofrenia desorganizada, esquizofrenia residual y esquizofrenia indiferenciada (American Psychiatric Association (APA), 2002, p.334).

Según este tratado, los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia, implican la presencia durante un período de al menos un mes de dos o más de los siguientes síntomas (Ver tabla 1):

- ideas delirantes
- alucinaciones
- lenguaje desorganizado
- comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Solo se requiere de un síntoma del criterio A para el diagnóstico de la esquizofrenia (Ver tabla 1) si las ideas delirantes son extrañas, o si están compuestas por una voz que interfiere directamente en el pensamiento o en el comportamiento del sujeto; o si dos o más voces conversan entre ellas (APA, 2002).

#### TABLA 1

##### ***Criterios para diagnósticos***

**A. Síntomas característicos:** dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presentes durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si se trata con éxito).

- (1) Ideas delirantes
- (2) Alucinaciones
- (3) Lenguaje desorganizado
- (4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) Síntomas negativos

**B. Disfunción social/laboral:** durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en llegar al nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

**C. Duración:** persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses ha de incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista A, presentes de forma atenuada.

**D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:** el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado por: 1) no ha habido ningún episodio depresivo, 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.

**E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica:** el trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia.

**F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo:** si hay historia de trastorno autista o de trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

**Nota.** Criterios para diagnosticar la esquizofrenia según el DSM-V

**Recuperado de:** American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. (4ta Ed. Tr.), Barcelona: Masson S.A.

En la quinta edición del DSM, la nueva categoría en la que aparece la esquizofrenia se titula como “Trastorno del Espectro Esquizofrénico y otros Trastornos Psicóticos”, en la que se aumenta a dos síntomas los síntomas del Criterio A latentes en el paciente, que se requieren para realizar el diagnóstico (Ver tabla 2). Debiendo ser uno de estos síntomas uno de los primeros tres listados: delirios, alucinaciones y habla desorganizada. Esta nueva jerarquización es importante ya que ayuda a pensar la esquizofrenia desde lo neurocognitivo (Calafell, M y Lemos, S. 2014).

## **TABLA 2**

### ***Criterios diagnósticos***

**A.** Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

**B.** Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

**C.** Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el 7 Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

**D.** Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes solo durante una mínima parte de la duración total de los periodos activo y residual de la enfermedad.

**E.** El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

**F.** Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

**Nota.** Criterios para diagnosticar la esquizofrenia según el DSM-V

**Recuperado de:** American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Washington D.C

Otro modelo categorial, es el de Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10) el cual describe a la esquizofrenia como un trastorno por distorsiones en la percepción, el pensamiento y las emociones de forma entumecida. Al comienzo de la enfermedad, la conciencia y la capacidad intelectual se mantienen, pero con el tiempo se empiezan a observar deterioros cognitivos. Los pensamientos propios del enfermo se manifiestan en forma de eco, robo, difusión, percepción delirante, delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que le hablan en tercera persona y síntomas negativos. El curso de la enfermedad

puede evolucionar de forma continua o se puede manifestar de forma episódica, con remisión completa o incompleta (OMS, 2015).

El CIE-10 (2015) en sus criterios diagnósticos toma en cuenta dos factores; uno es la presencia de un síntoma evidente de cualquiera de los grupos de 1 al 4: eco, robo e inserción del pensamiento, ideas delirantes de control, alucinaciones auditivas e ideas delirantes persistentes de otro tipo. El otro, la existencia de al menos dos síntomas menos evidentes del 5 al 8: trastorno de pensamiento, alucinaciones acompañadas de delirios, síntomas negativos y síntomas catatónicos (Ver tabla 3) (OMS, 2015).

El diagnóstico de esquizofrenia no debe ser realizado si existen síntomas depresivos o maníacos, excepto si es que los síntomas esquizofrénicos hubiesen sucedido antes que la perturbación afectiva. De la misma manera, el diagnóstico queda preservado en caso de una enfermedad cerebral, estado de intoxicación o abstinencia por consumo de drogas (Ver tabla 3) (OMS, 2015).

### **Tabla 3**

#### **Criterios para diagnosticar esquizofrenia**

##### **Síntomas**

1. Eco, robo, inserción o difusión del pensamiento
2. Ideas delirantes de control, influencia o pasividad, o ideas delirantes extrañas de otro tipo y percepción delirante
3. Alucinaciones auditivas que comentan la conducta del paciente, que discuten entre ellas o con un significado similar. 4. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, como las de identidad religiosa (...)
5. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
6. Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
7. Manifestaciones catatónicas, como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
8. Síntomas "negativos" como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, embotamiento o incongruencia afectiva. Ha de quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
9. Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad y aislamiento social.

##### **Pautas para el diagnóstico**

Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente, o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos del uno al cuatro; o síntomas de al menos dos de los grupos del cinco al ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más. El síntoma 9 de la lista precedente se aplica sólo a la esquizofrenia simple y ha de estar presente al menos un año. El diagnóstico de esquizofrenia se tendrá que hacer en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos claramente se iniciasen antes del trastorno afectivo. (...) Tampoco se tendría que diagnosticar esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia de las mismas.

##### **Formas de evolución**

- Continua
- Episódica con déficit progresivo
- Episódica con déficit estable
- Episódica con remisión
- Episodio único, remisión incompleta
- Episodio único, remisión completa

**Nota.** Criterios para diagnosticar la esquizofrenia según el CIE-10

**Recuperado de:** OMS., (2015). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.* (CIE-10), Décima Revisión.

## 4.2. Prevalencia de la esquizofrenia

Las estimaciones de prevalencia de la esquizofrenia son difíciles de obtener ya que existen diversos factores clínicos y metodológicos como la complejidad de su diagnóstico, su comorbilidad con otros trastornos y múltiples métodos para determinar los diagnósticos. A causa de estas complejidades, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se combinan en los estudios de estimación de prevalencia (McGrath, Saha, Chant, Welham. *Schizophrenia*, 2008).

Resumen de los datos disponibles de la *National Institute of Mental Health* (NIH):

- En los estudios que incluyen muestras de encuestas de hogares, entrevistas de diagnóstico clínico y registros médicos, las estimaciones de la prevalencia de la esquizofrenia y los trastornos psicóticos relacionados en Estados Unidos, oscilan entre el 0,25% y el 0,64% (Kessler, et al., 2005, Wu, et al., 2006, Desai, et al., 2013).
- Las estimaciones de la prevalencia internacional de esquizofrenia entre personas no institucionalizadas es de 0,33% a 0,75% (Saha, et al., 2005, Moreno, et al., 2018).

La carga de la esquizofrenia según la (NIH), a pesar de que se observe una prevalencia relativamente baja, se relaciona con preocupaciones importantes de salud, sociales y económicas.

- La esquizofrenia es una de las 15 principales causas de discapacidad en todo el mundo (Incidencia global, regional y nacional, prevalencia y años con discapacidad para 328 enfermedades y lesiones en 195 países, 2017).
- Los sujetos con esquizofrenia presentan un mayor riesgo de muerte prematura que la población en general, el promedio estimado de vida en Estados Unidos es de 28.5 años. A su vez, las enfermedades medicas coexistentes como la diabetes, enfermedades cardíacas y hepáticas, contribuyen a la mayor tasa de mortalidad prematura entre los individuos con esquizofrenia (Olfson, et al., 2015).

- Se prevé una estimación del 4,9% de que los sujetos con esquizofrenia mueren a causa del suicidio (una tasa que es mucho mayor que la población general) con mayor riesgo en las primeras etapas de la enfermedad (Palmer, Pankratz y Bostwick, 2005).
- Alrededor de la mitad de las personas con esquizofrenia presentan trastornos mentales y/o de salud conductual concurrentes (Tsai y Rosenheck, 2013).
- Los costos económicos relacionados a la esquizofrenia son altos en comparación con otras afecciones crónicas de salud mental, lo que refleja tanto los costos “directos” de la salud médica como los costos “indirectos” de la pérdida de productividad, las necesidades de servicios sociales, la participación de la justicia penal y otros componentes que van más allá del cuidado de la salud (Desai, et al., 2013).

## 5. Alteraciones Neurocognitivas en la esquizofrenia

En la actualidad es sabido que los sujetos que padecen esta enfermedad presentan múltiples y variadas alteraciones a nivel cognitivo y neuropsicológico (Selma, 2008). Se realiza una breve descripción acerca de las alteraciones en las áreas de: atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas.

### 5.1. Atención

Fontán (2004), define la atención “como el proceso cognitivo de control que selecciona un evento o estímulo, procedente de una fuente con una variedad potencialmente enorme y selecciona una respuesta (...), en base a que el estímulo es conductualmente relevante” (p.59).

Se destacan tres componentes en la clasificación de la atención, Fontán (2004):

**-Alerta:** que comprende a la vez el alerta tónico y el alerta fásico.

**-Atención sostenida:** que se corresponde con la vigilancia

**-Atención selectiva:** se relaciona directamente con los mecanismos de tratamiento de la información. Los fenómenos de atención dividida son un caso singular de la atención selectiva

#### **Alerta**

Tiene mayor receptividad de las informaciones internas y externas del sistema nervioso, existen dos tipos de variaciones que describen dos componentes de la alerta; **el alerta tónico**, desde lo cognitivo se encarga

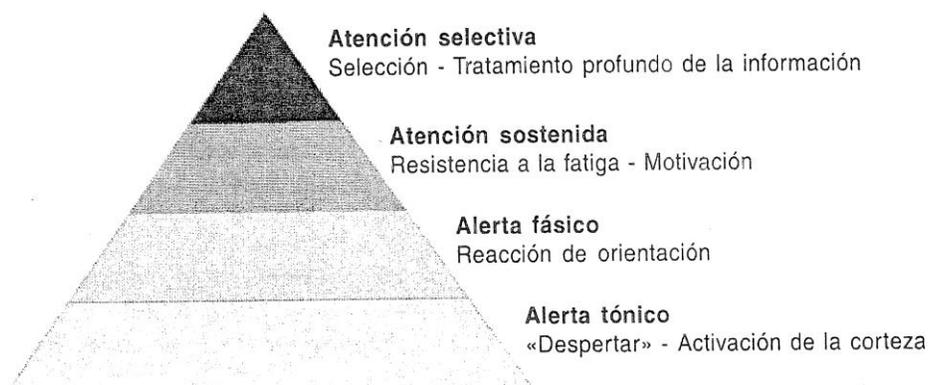
de permitir la continuidad de las performances en las tareas que son prolongas, Este performance se desarrolla de manera más o menos continua, con variaciones diurnas Es la base más primitiva de la atención y provee un nivel general de respuesta. El **alerta fásico**, presenta cambios bruscos y se muestra más sensible al control voluntario. Desde lo neurológico se relaciona con la reacción de orientación, protección, defensa y de estudio de la novedad. El alerta fásico es el que reacciona cuando, manteniendo los recursos atencionales sobre una tarea en particular (por ejemplo, leer un libro) y ocurre de golpe una irrupción, hace que de forma transitoria la vista y el oído (por lo tanto la atención), se direccionen al nuevo estímulo, hasta comprobar si es relevante o no (Fontán, 2004).

### **Atención sostenida**

Atención sostenida o vigilancia, refiere a aspectos motivacionales y comprende interacciones complejas de funciones por las cuales el foco atencional es mantenido con esfuerzo y resiste a condiciones de distractibilidad y el incremento de la fatiga. En efecto, la atención sostenida incluye contribuciones del alerta y motivacionales. Además, la atención sostenida actúa sobre un foco atencional, y por lo tanto, dentro de la organización jerárquica del sistema, está vinculada directamente con la atención selectiva.

### **Atención selectiva**

Comprende la habilidad para seleccionar estímulos externos específicos y contenidos (mentales) internos, además, tiene la capacidad de focalizar y alternar entre ellos, lo que da como resultado una mejora en el tratamiento de la información. El objetivo esencial de la atención selectiva es producir el mejor tratamiento posible, en función de los recursos atencionales que se encuentren disponibles en cada momento. En la imagen a continuación, se puede observar la estructura jerárquica de la atención y sus componentes (Fontán, 2004).



Tomado de Fontán, L. (2004). Estructura jerárquica de la atención. (Figura).

## **Trastorno de la atención en la esquizofrenia**

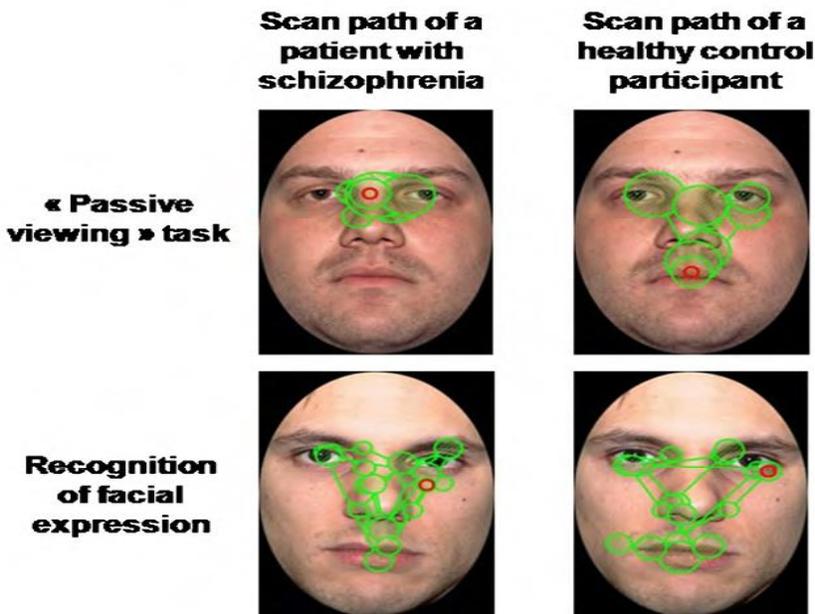
Los déficits atencionales en los pacientes con esquizofrenia, pueden encontrarse en los niveles de atención sostenida y atención selectiva. En cuanto a la atención sostenida, estas alteraciones pueden relacionarse con los déficits sociales y de funcionamiento cognitivo. Con respecto a la atención selectiva, las alteraciones provocan que por momentos los pacientes se muestren dispersos, sin lograr concentrarse en un estímulo, desechando otros estímulos presentados en simultáneo (Green, 1996).

En la misma línea, Calev (1999), plantea la dificultad que presentan estos pacientes para diferenciar entre la información fundamental y la irrelevante. Pone énfasis en la incapacidad para poder seleccionar los estímulos importantes y filtrar los que no lo son.

Existen numerosos estudios sobre este tipo de alteraciones, uno de ellos que puede resultar particularmente interesante e “ilustrativo” refiere a como los pacientes “miran” rostros humanos (para determinar que emociones sienten). En la imagen a continuación se presenta un escaneo visual de percepción facial, donde se estudia el trayecto de los movimientos oculares (nivel de fijación visual o patrones perceptivos), de los pacientes y de los controles a la hora de interactuar con otra persona (Delerue, C., Laprèvote, V., Verfaillie, K. y Boucart, M., 2010).

Se monitorizaron las vías de exploración visual en 20 pacientes con esquizofrenia y 20 controles. Los participantes comenzaron con una tarea de “visualización pasiva” seguida de tareas en las que se les pidió que determinaran el género, identificaran la expresión facial, estimaran la edad o decidieran si la cara era conocida o desconocida (Delerue, C., et al, 2010).

■ Patients with schizophrenia    □ Control participants



Tomado de (Delerue, C. et al, 2010). Feature indexes for the 2 groups, \*P < 0.05, and representative visual scan paths of a patient and a control in the passive viewing and the expression recognition task. (Figura).

En los pacientes con esquizofrenia, se puede observar que los estudios de seguimiento de los movimientos oculares, muestran trayectos de exploración reducidos en la visualización pasiva y un menor número de fijaciones visuales (en los rasgos faciales: ojos nariz, boca) con respecto al de los controles. Sin embargo, sus rutas de escaneo no difieren de las rutas de los controles cuando se les pide que determinen la expresión facial, el género, la edad o la familiaridad de la cara. Los resultados se interpretan en términos de control atencional y flexibilidad cognitiva (Delerue, C., et al, 2010).

Los déficits cognitivos referidos a la atención en la esquizofrenia se observan incluso muchos años antes de que se produzca el primer episodio psicótico (Asarnow, 1999). Si bien es cierto la eficacia de los medicamentos antipsicóticos que controlan los síntomas y reducen las recaídas, a su vez, dificultan y atenúan la capacidad de atención del sujeto (Sociedad española de psiquiatría, 1998). Esto genera que en los pacientes esquizofrénicos se vea afectada la posibilidad de adquirir nuevos estímulos, lo que hace que todos los estímulos internos y externos, se perciban continuamente como algo novedoso (Sociedad española de psiquiatría, 1998). Por este motivo, el paciente percibe al mundo de manera perturbadora y pueden desarrollarse los síntomas psicóticos: alucinaciones, delirios, síntomas catatónicos, entre otros (Bleuler, 1960).

## 5.2. Memoria

Según Dalmas y cols. (1993), la memoria es la capacidad de evocar, actualizar, organizar, reconocer y fijar eventos de nuestro pasado psíquico dentro del sistema nervioso central. La capacidad de evocar eventos dentro de la memoria permite ubicar la mayor parte de nuestros recuerdos en el marco espacio-temporal, en tanto que otros son evocados a merced de sus vinculaciones cognitivas o semánticas (Fontán, 2004). El mismo autor, realiza una clasificación de la memoria destacando lo siguiente:

- **Memoria a corto plazo:** son los recuerdos que se olvidan rápidamente. A su vez, la memoria a corto plazo se subdivide en **memoria a corto plazo pasiva**, que tiene la capacidad de mantener durante un periodo limitado de tiempo (10 a 15 segundos) cierta cantidad limitada de información; y **memoria a corto plazo funcional o activa**, también conocida como memoria de trabajo (Fontán, 2004). Esta última, se desarrolla dentro de los procesos atencionales, de aprendizaje, de planificación y resolución de problemas y de la comprensión del lenguaje.
- **Memoria a largo plazo:** abarca a los tipos de memoria que perduran en el tiempo, y pueden ser posteriormente evocados. Su capacidad es mucho mayor que la de la memoria a corto plazo, y es más resistente a la interferencia. Se subdivide en cinco tipos; **memoria procedural** (es el “saber cómo” - memoria de procedimientos motores - no comunicable), **memoria declarativa** (es el “saber qué” - aprendizaje rápido a través de la comunicación - verbalizable), **memoria prospectiva** (de las situaciones que van a suceder), **memoria semántica** (conocimiento del mundo en general) y **memoria episódica** (los recuerdos ubicados cronológicamente en una línea de tiempo - subdividida en memoria autobiográfica y memoria de hechos públicos) (Fontán, 2004).

### Los trastornos de la memoria en los pacientes con esquizofrenia

Los trastornos de la memoria en la esquizofrenia según Pardo (2005), no suceden debido a un olvido rápido, si no que se debe a un trastorno en la codificación y recuperación de los recuerdos. Por tanto, los recuerdos quedan registrados de forma inadecuada y es por esto que genera gran dificultad evocarlos al presente. Los déficits en el aprendizaje y en la memoria que presenta la esquizofrenia están directamente relacionado con una deficiencia en la utilización de señales contextuales y de procesos que son estratégicos para la organización en la codificación y la recuperación de la información.

Segun Aleman, Hijman, De Haan, & Kahn (1999); los pacientes con esquizofrenia tienen alteraciones en su memoria que se encuentran dentro de la memoria declarativa verbal y espacial. Esto se puede observar cuando el individuo presenta dificultades a la hora de reconstruir su historia de vida. El trastorno de la memoria declarativa verbal y espacial aparece desde el comienzo de la enfermedad y provoca la dificultad para codificar la nueva información.

A su vez, los sujetos que padecen esquizofrenia, presentan alteraciones en la memoria semántica, lo que provoca dificultades a la hora de recordar. El trastorno de la memoria semántica se relaciona a una dificultad para acceder a la información, que se encuentra almacenada en la memoria pero no se puede evocar; esto provoca que los pacientes con esquizofrenia tengan dificultades en las tareas de recuerdo libre, y no en las tareas de reconocimiento (Gold, Randolph, Carpenter, Goldberg, & Weibergera 1992).

Del mismo modo, en estos pacientes también se encuentra afectada la memoria de trabajo o la “working memory”, la cual se encarga de almacenar y procesar de forma temporal la información que se necesita para realizar tareas como el razonamiento, el aprendizaje y otros procesos cognitivos (Gourovitch & Goldberg, 1996).

### 5.3. Lenguaje

Según Alcántara (2004),

(...) el lenguaje puede definirse como un sistema de signos que se combinan según un conjunto de reglas que varían según las convenciones lingüísticas de cada comunidad. Tiene un aspecto social, la lengua, y un aspecto individual, el lenguaje propiamente dicho (...) (Citado de Fontán, 2004, p.87).

El lenguaje tiene la capacidad de representar algo, sea específico (un objeto o una situación), o abstracto (un concepto), mediante la palabra. Existe, por tanto, una dimensión semiológica, el de los signos y una dimensión semántica, el de los significados (Fontán, 2004).

#### **Alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia**

A lo largo de la historia las alteraciones del lenguaje en las personas con esquizofrenia se desarrollan desde un principio por diversos autores como Bleuler (1911), Kraepelin (1926), Chaika (1974), entre otros; donde se describe como una de las deficiencias principales que se observa en esta enfermedad, asociadas al comienzo de la conceptualización de la esquizofrenia (Novella & Huertas, 2010).

Bleuler (1911), lo definió como una escisión en la asociación de ideas o como un corte con la realidad y la vida social del sujeto. Luego, Kraepelin (1926), caracterizó a la enfermedad como trastornos en el pensamiento formal, en gramática, sintaxis y lenguaje (como se cita en Novella & Huertas, 2010, p. 208).

Posteriormente Chaika (1974), define al lenguaje como un complejo sistema estructural que se organiza en varios niveles, un nivel del discurso, un nivel fonológico y un nivel sintáctico. Expresa que las alteraciones del lenguaje son alteraciones solamente lingüísticas y no a trastornos en el pensamiento formal; y que por tanto estas alteraciones son las que dificultan la elaboración de oraciones correctas (Citado de Chaika, 1974, p. 258).

En la mayoría de los pacientes que padecen esquizofrenia (Salavera, 2008), se observan dificultades a la hora de mantener una conversación coherente e inteligible con ellos. Por lo general, cuesta establecer una comunicación eficaz. En el habla, se pueden percibir carencias y excesos en el discurso y la dificultad para comunicarse de una manera coherente con el otro. A su vez, presenta una disgregación en el lenguaje con graves alteraciones semánticas y pobreza en su sintaxis (Salavera y Puyuelo, 2010). Los trastornos del lenguaje en esta enfermedad Chaika y Lambe (1989), lo definen como una pérdida del control voluntario sobre el proceso de la producción de palabras (Salavera y Puyuelo, 2010).

### **Distorsiones en diferentes niveles lingüísticos**

**Semántica en la esquizofrenia:** este tipo de pacientes tiende a cambiar el significado o la interpretación de determinadas palabras, símbolos o lenguajes. La semántica está afectada en lo que tiene que ver con la desorganización en la capacidad para expresar o verbalizar (Salavera y Puyuelo, 2010).

**Pragmática en la esquizofrenia:** la pragmática es el nivel más afectado en la esquizofrenia, es la relación entre el lenguaje y su contexto. Las personas con esquizofrenia se expresan de forma extraña, en su lenguaje se observa distintos aspectos de la comunicación alterados como, pobreza de expresión, descarrilamiento, pobreza en el contenido del discurso, entre otros. El discurso esquizofrénico se describe como “incoherente”, ya que presenta una deficiencia global de estructura que en su discurso no tiene conexión ninguna con la realidad, es por esto que resulta difícil para el interlocutor poder interpretarlos (Salavera y Puyuelo, 2010).

**Sintaxis en la esquizofrenia:** es una área de la gramática donde se estudia la relación que se mantiene dentro de una oración, sus distintas unidades significativas y la función que cumple en la composición de la oración (Luigi, 2012). El mismo autor menciona que en algunos pacientes la sintaxis suele estar conservada, pero la semántica y el lenguaje se ven muy afectadas, es por esto que observamos en el discurso del paciente una “ensalada de palabras”.

En los pacientes con esquizofrenia se refleja una disminución en la capacidad de la sintaxis debido a un déficit cognitivo global con dificultades en la concentración o preferencia por expresar ideas más simples (Thomas 1990).

**Léxico en la esquizofrenia:** el discurso en los pacientes con esquizofrenia es caracterizado por el invento de vocabularios, también llamados como “neologismos”. El léxico en estos pacientes, se caracteriza por inventar palabras que son parecidas al significado buscado, por ejemplo, “reflector” a un espejo, “zapato para manos” a un guante (Luigi 2010).

**Fonética y fonología en la esquizofrenia:** Stein (1993) establece que en cuanto a la calidad de voz de estos pacientes, se encuentra alteraciones en el tono con aplanamiento afectivo. Este aplanamiento no expresa la ausencia de emociones, sino la incapacidad para manifestar sus afectos (Citado en Luigi, 2010, p.3).

En el discurso de los pacientes con esquizofrenia, el uso de las expresiones son confusas y contienen gran cantidad de pausas; las mismas se deben a la dificultad que presentan a nivel pragmático y semántico (Chaika, 1974).

En resumen, estas alteraciones lingüísticas se caracterizan como propias de la enfermedad y afectan significativamente en la forma de comunicarse y expresarse. En el recorrido de los distintos autores citados anteriormente, todos coinciden en que la parte más afectada del lenguaje en la esquizofrenia es la pragmática seguida de la semántica y la sintáctica. Se puede afirmar que estos pacientes según Salavera y Puyuelo (2010), hacen uso de un lenguaje distinto del resto, llamado “lenguaje esquizofrénico” (Andreasen, 1979a,b; Chaika, 1990; Salavera, 2008).

## 5.4. Funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas son las encargadas de la expresión de la conducta y sus relaciones con el medio exterior, entre el sujeto y el medio en su más amplio aspecto, y son capaces de modificarse a lo largo de la vida a través de la experiencia y el desarrollo de los sujetos y su entorno (Rebollo y Montiel, 2006).

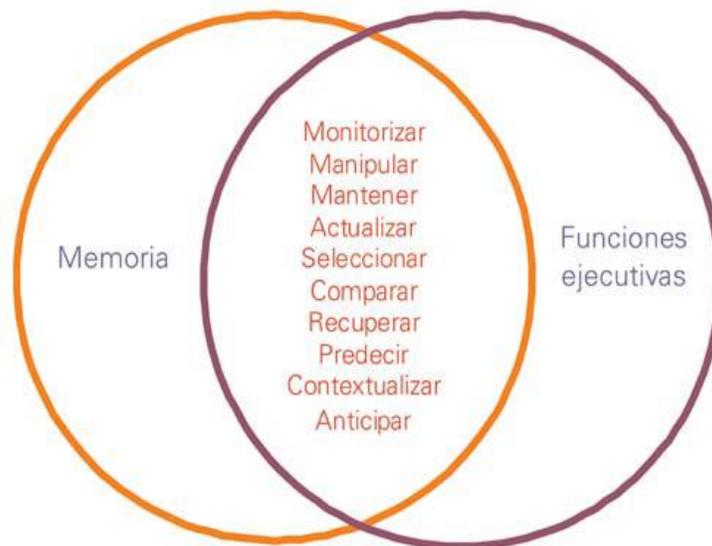
Según Pardo (2005) se consideran funciones ejecutivas:

- a) las habilidades para diseñar un plan
- b) las habilidades para preparar un plan y ejecutar acciones
- c) la capacidad para modular el nivel de actividad

- d) la capacidad para integrar la conducta
- e) las funciones de automonitorización y de evaluación de los errores durante la realización de una tarea, Rund y Borg (1999). Su funcionamiento adecuado implica el concepto de flexibilidad cognitiva por el cual el sujeto puede variar el plan motor sobre la marcha, cuando realiza las correcciones adecuadas al fin destinado. A su vez, Penadés, Boget, Salamero, Catarineu y Bernardo (1999), en sus hallazgos, se descubre que la memoria de trabajo y el manejo de la información contextual forman parte de las funciones ejecutivas (Citado de Pardo, 2005, p.74).

Este último punto es debatido, hay autores que señalan que la memoria de trabajo es parte de las funciones ejecutivas, y otros que no, que es un componente de la Memoria. Tirapu y Muñoz (2005), manifiestan que las funciones ejecutivas desempeñan un papel fundamental en los procesos de memoria, sean éstos a corto o a largo plazo (Fig. 5) (Tirapu y Muñoz, 2005, p.481).

El punto de encuentro entre las funciones ejecutivas y la memoria prospectiva puede encontrarse en el sistema atencional supervisor SAS, modelo de Norman y Shallice (1986) de control sobre la acción, donde en él se ven involucrados aspectos como la formulación de planes; se llevan a cabo ensayos mentales; se evalúa, se revisa y se corrige (Tirapu y Muñoz, 2005).



Tomado de Tirapu, J., Muñoz, J. (2005). Memoria y funciones ejecutivas. (Figura). Recuperado de [https://www.uma.es/media/files/Memoria\\_y\\_funciones\\_ejecutivas.pdf](https://www.uma.es/media/files/Memoria_y_funciones_ejecutivas.pdf)

### **Trastornos en las funciones ejecutivas**

Los trastornos de las funciones ejecutivas comprenden el conjunto de procesos cognitivos que habilita al paciente con esquizofrenia a responder y adaptarse adecuadamente a su entorno (Pardo, 2005).

El Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin (WCST), es el que más se utiliza para la investigación de las funciones ejecutivas en la esquizofrenia y en otros trastornos del mismo espectro. Rubin, Holm, Moller, Videbech, Hertel y Povisen (1995), establecen en sus estudios que el rendimiento de los pacientes con esquizofrenia es inferior en una o más variables del mismo test, esto quiere decir que existe una anomalía en el funcionamiento de la corteza prefrontal dorsolateral que está correlacionada con la resolución de problemas y con el disfuncionamiento ejecutivo (Pardo, 2005).

Según Calev (1999), “la pobreza en la habilidad para planificar, los trastornos en la voluntad, la tendencia a preservar en las respuestas, el limitado juicio social y la ausencia de flexibilidad cognitiva en la esquizofrenia, son la consecuencia clínica de este trastorno” (Citado en Pardo, 2005, p.73).

Frith (1995), establece que en la esquizofrenia existe una falla en la monitorización tanto de la acción como de la intención de la acción. Green (1998), menciona que sin el sentido de la intención, los pensamientos son vivenciados como extraños o como insertados por un agente externo. Por tanto, se da una disociación entre la voluntad y la acción donde el paciente no logra reconocer que una acción es directamente la consecuencia de su propia voluntad. Y por último, Frith (1995), manifiesta que los síntomas negativos se asocian a una falla en la producción de acciones voluntarias, también llamadas como “abulia”, mientras que los síntomas positivos se relacionan a un déficit en el autocontrol (Pardo, 2005).

Puesto a las diferentes concepciones que existen entre las funciones ejecutivas y la memoria, algunos autores como Goldman & Rakic (1997), ubican a la memoria de trabajo como un componente de las funciones ejecutivas o neuropsicológicas. Señalan que los pacientes con esquizofrenia presentan una deficiencia en la memoria de trabajo, esto trae como consecuencia una dificultad en la percepción del mundo real, donde los sujetos con esta enfermedad no logran percibir al mundo adecuadamente ya que existe en ellos una desconexión entre la información actual y la interiorizada (Pardo, 2005). La memoria de trabajo es fundamental ya que cumple con todo lo que las funciones ejecutivas hacen, como planificar, monitorizar, manipular, actualizar, seleccionar, recuperar, entre otras (Tirapu y Muñoz, 2005).

## 6. Tratamientos en la esquizofrenia

Para que las decisiones clínicas en el tratamiento de la esquizofrenia sean adecuadas, eficientes y seguras, se precisa de información actualizada, evidencia científica y herramientas dirigidas al apoyo de la toma

de decisiones clínicas (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico (último), 2009).

Para ello, existe la *Guía de Práctica Clínica para la atención al paciente con esquizofrenia (GPC)*, una de las tantas guías que aporta información sobre los distintos tipos de tratamientos para la atención a pacientes con esquizofrenia y trastorno psicótico incipiente. Se aplica en los servicios de salud mental de utilización pública. Esta GPC brinda recomendaciones sobre actuaciones diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras. A su vez, tiene como objetivo adecuar el tratamiento a cada paciente, ofreciendo las diversas opciones terapéuticas y rehabilitadoras según cada fase del trastorno que esté padeciendo/atrayendo/viviendo/experimentando el paciente.

- El inicio de la esquizofrenia puede producirse durante la infancia, adolescencia o a comienzos de la vida adulta, y afecta de manera indistinta a ambos sexos. Sin embargo, en los varones, la edad de inicio más frecuente es a comienzos de la tercera década de la vida, mientras que en las mujeres el inicio es más tardío. El comienzo de la esquizofrenia puede presentarse de manera insidiosa o aguda. La mayoría de los pacientes alternan en su curso clínico episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión parcial o total (el restablecimiento de la función previa a la aparición del trastorno) (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico (último), 2009).
- La esquizofrenia puede caracterizarse mediante tres fases que se fusionan unas con otras sin que existan límites definidos entre ellas. Estas fases forman la estructura para integrar los enfoques terapéuticos que se especifican a continuación (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico (último), 2009).
- **Fase aguda (o crisis);** en esta fase los pacientes presentan síntomas psicóticos graves (delirios, alucinaciones y pensamiento gravemente desorganizado).
- **Fase de estabilización (o postcrisis);** esta fase está dirigida a reducir la intensidad de los síntomas psicóticos agudos.
- **Fase estable (o de mantenimiento);** los síntomas pueden haber desaparecido o son relativamente estables, en el caso de que persista, por lo general es menos grave que en la fase aguda. Algunos pacientes pueden mantenerse asintomáticos, mientras que otros pueden presentar síntomas no psicóticos (ansiedad, depresión, insomnio) (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico (último), 2009).

## 6.1. Diseño del plan terapéutico

Para el diseño del plan terapéutico, según el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica (2009), es necesario tener en cuenta tres aspectos fundamentales; en primer lugar, deben establecerse, si se puede, los objetivos del plan terapéutico a corto, medio y largo plazo. En segundo lugar, se debe tener en cuenta el tipo de tratamiento o intervención que debe ser llevado a cabo con la participación del paciente y su familia. Existen diversas alternativas de tratamiento y de intervención psicosociales (psicológicas y de rehabilitación psicosocial) que se desarrollarán posteriormente. Y por último, en tercer lugar, deberá considerarse en función del estado clínico, de la fase del trastorno y del tratamiento elegido, el ámbito donde este debe llevarse a cabo.

### 6.1.2. Tipos y ámbitos de intervención

Para el abordaje de la esquizofrenia y de las fases precoces de los trastornos psicóticos se requiere de una elección cuidadosa de los diversos tipos de intervenciones disponibles (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009).

Al respecto, Falloon (2004), desarrollo estudios orientados a la implementación de tratamientos integrados con base científica. Según este autor, “toda persona con un trastorno esquizofrénico debe ser atendida con una combinación de tratamiento antipsicótico óptimo, estrategias educativas, estrategias cognitivo conductuales, y atención asertiva domiciliaria” (Como se cita en el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009, p.50).

Se desarrolla a continuación, el análisis de los diferentes tipos de intervención de la Guía de Práctica Clínica (2009):

**-Medicaciones antipsicóticas**, la medicación antipsicótica en la esquizofrenia se constituye por los fármacos antipsicóticos, introducidos desde los años cincuenta del pasado siglo pasado. Debido a sus características, efectos sobre los síntomas psicóticos y por sus efectos adversos, se los ha clasificado en dos grupos, **antipsicóticos de primera generación o convencionales**, o **antipsicóticos de segunda generación o atípicos** (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009).

La evidencia suele sugerir que, **los antipsicóticos de primera generación** (clorpromazina, clotiapina, haloperidol, levomepromazina, perfenazina, periciazina, entre otros), son eficaces para reducir los síntomas positivos de la esquizofrenia, alucinaciones, delirios, conductas extrañas; pero son ineficaces para los síntomas negativos; abulia, apatía, alogia, entre otros.

A su vez, autores como Casey (1991) y Chakos (1992), señalan que “...más del 60% de los pacientes que reciben un tratamiento con antipsicóticos de primera generación manifiestan algún tipo de efectos adversos

extrapiramidales clínicamente significativos” (Como se cita en el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009, p. 56).

Los efectos extrapiramidales son signos y síntomas que aparecen en los primeros días de la administración de los medicamentos antipsicóticos, como parkinsonismo (rigidez, temblores), distonía aguda (contracción de grupos musculares aislados), acatisia (agitación, mover diversas partes del cuerpo), entre otras.

**Los antipsicóticos de segunda generación** (clozapina, risperidona, olanzapina, paliperidona, sertindol, quetiapina, entre otros), benefician también la reducción de los síntomas positivos ya mencionados anteriormente. Asimismo, también presentan efectos adversos de la medicación antipsicótica pero en menor medida, la GPC (2009) recoge información acerca del aumento de peso, mareos, hipotensión postural (durante el ajuste inicial de la dosis) que se asocia con síncope o taquicardia; y a los síntomas extrapiramidales que por lo general son leves y pasajeros y responden al descenso de la dosis; y en ocasiones puede aparecer una hiperglucemia, diabetes.

Para la GPC de la APA (2004), “los antipsicóticos de segunda generación deberían ser los medicamentos de elección en la fase aguda, principalmente porque el riesgo de provocar efectos adversos extrapiramidales y discinesia tardía es menor” (Citado de Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009, p. 67).

**-Intervenciones psicosociales**, las intervenciones psicosociales están dirigidas por una serie de medidas que se encargan de atenuar la vulnerabilidad del paciente con respecto a situaciones de estrés, reforzar su adaptación y funcionamiento (familiar, social, formativo, laboral), facilitar los procesos de recuperación, así como aumentar sus recursos para enfrentar los conflictos interpersonales o biográficos de la vida diaria. Estas intervenciones inciden favorablemente en áreas como la prevención de recaídas y la adquisición de habilidades sociales y laboral del paciente con esquizofrenia (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009).

Las intervenciones psicosociales abarcan una gama muy amplia y diversa de diferentes tipos de intervención, en la GPC (2009) se describe;

- 1) Terapia cognitivo-conductual
- 2) Psicoterapia de apoyo
- 3) Psicoterapia psicodinámica
- 4) Psicoeducación
- 5) Intervenciones familiares
- 6) Rehabilitación cognitiva
- 7) Entrenamiento en habilidades sociales
- 8) Entrenamiento en habilidades de la vida diaria
- 9) Actividades expresivas (arteterapia, musicoterapia)
- 10) Apoyo a la Inserción laboral
- 11) Recursos de vivienda

.Los tres primeros ítems se corresponden con tratamientos psicoterapéuticos que son específicos. La psicoeducación y las intervenciones familiares pueden desarrollarse como tratamientos específicos o estar enmarcadas en otras intervenciones. Y los últimos ítems (6-11), están dirigidos a múltiples intervenciones de rehabilitación y a brindar recursos de apoyo a la integración social (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009).

Los aspectos en común que se han de tener en cuenta en todas la modalidades terapéuticas son; el papel activo por parte del terapeuta, la relación con el paciente, establecer límites claros en el encuadre, la actitud flexible por parte del terapeuta y la capacidad del terapeuta para crear un buen rapport y para manejar sus sentimientos personales (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009).

A pesar de que la esquizofrenia es una enfermedad de carácter crónico y deficitario, Gabbard (2006), manifiesta que para el tratamiento en la rehabilitación de la esquizofrenia es importante que se aborde desde una perspectiva psicodinámica e integral de la enfermedad, más allá de la etiología de la misma. Gabbard (2006), plantea que los tratamientos combinados como la farmacoterapia, la psicoterapia individual, la psicoterapia grupal, la intervención familiar, el entrenamiento de habilidades psicosociales, el tratamiento hospitalario, la psicología cognitiva y la psiquiatría dinámica, entre otras teorías, establecen un completo abordaje terapéutico y apuntan a un mejor funcionamiento global del paciente.

Gabbard (2006), propone una intervención en base a estos principios:

**-Farmacoterapia:** refiere a la medicación antipsicótica, su eficacia resulta en el control de los síntomas positivos de la enfermedad. No obstante, los síntomas negativos y la desorganización en las relaciones interpersonales, están menos influenciados por los fármacos, por lo que deben tratarse a través de abordajes psicosociales. La prescripción de los fármacos debe realizarse bajo una alianza terapéutica de acuerdo a la experiencia personal del paciente y a otros tratamientos recibidos.

**-Psicoterapia individual:** la psicoterapia individual es específica para cada caso, para cada trastorno, y se desarrolla a través de tres fases: la primera se basa en la estabilización de los síntomas, desarrollo de la alianza terapéutica y una psicoeducación básica para que el paciente sepa de su enfermedad. La segunda, se basa en ayudar al sujeto a identificar aquellas señales afectivas internas que se relacionan con los estresores. Y la tercera, es la fase avanzada, radica en brindar diferentes herramientas al paciente para la resolución de conflictos, para la introspección y para el manejo de la crítica. Cada fase se adapta a las necesidades específicas de cada paciente.

**-Psicoterapia grupal:** la psicoterapia grupal se implementa cuando los síntomas positivos están totalmente estabilizados, ya que un paciente con una desorganización aguda de los síntomas, no es capaz de filtrar los

estímulos ambientales para llevar adelante la terapia grupal. En este espacio se debate acerca de las alucinaciones, de los estigmas generados alrededor de la esquizofrenia, cambios físicos que provoca la medicación, entre otros.

**-Intervención Familiar:** la intervención familiar, es decir, el tratamiento con la familia como grupo, más la medicación psicofarmacológica, ha sido sumamente satisfactorios para el paciente. Gabbard (2006), menciona que en la combinación de ambos abordajes (intervención familiar y psicofármacos), resulta ser tres veces más efectivo para la prevención de las recaídas, que la medicación antipsicótica administrada sin acompañamiento terapéutico.

**-Entrenamiento de habilidades psicosociales:** es un abordaje que se ajusta de acuerdo a las necesidades de cada paciente, se intenta aprovechar las capacidades del individuo al máximo, para estimular su potencial y ayudarlo a desarrollar habilidades sociales. Asimismo, se trata de priorizar el compromiso del paciente con su tratamiento. Estas metas se encuadran dentro del marco de entrenamiento de las habilidades psicosociales. Esto trae como beneficio la disminución del porcentaje de recaídas.

**-Tratamiento hospitalario:** el tratamiento hospitalario ofrece un espacio seguro para la persona, impidiendo el daño así mismo o el daño a otra persona. Existen equipos de profesionales multidisciplinarios donde psicoeducan al paciente y a su familia, además de brindar tratamientos farmacológicos para que la persona se encuentre estabilizada. Debido al carácter de cronicidad de la esquizofrenia, se brinda herramientas al paciente y a la familia para favorecer la disminución de la incapacidad que trae la enfermedad, y no centrarse en una cura permanente. En suma, el equipo hospitalario debe transmitir esperanza a la familia y al paciente.

Desde un enfoque psicoanalítico, García (2000), establece una técnica psicoanalítica a través de una Psicoterapia Multifamiliar y que a su vez es compatible con tratamientos psicofarmacológicos, la rehabilitación psicosocial y la psicoterapia. La Psicoterapia Multifamiliar consiste en reuniones multifamiliares que se realizan una vez por semana generando un clima de reflexión y análisis que facilita la convivencia, la capacidad de resolver problemas y el aprendizaje mutuo. A su vez, habilita al paciente a que tenga un mejor proceso psicoterapéutico y a poder trabajar a la vez en forma: familiar, grupal, individual y multifamiliar (García, 2000).

## 7. Rehabilitación Cognitiva en la esquizofrenia

La rehabilitación cognitiva se define según Moreno (2001); como “una actividad que propone la enseñanza o el entrenamiento de actividades dirigidas a mejorar el funcionamiento cognitivo y de la personalidad global del sujeto tras una enfermedad o lesión” (Como se cita en Ginarte, 2002, p.870).

Al respecto, Sohlberg y Mateer (1989), establecen que la rehabilitación cognitiva consiste en: “un proceso terapéutico cuyo objetivo consiste en incrementar o mejorar la capacidad del individuo para procesar y usar la información que entra, así como permitir un funcionamiento adecuado en la vida cotidiana” (Citado en Ginarte, 2002, p.871).

A su vez, Wykes & Huddy (2009) manifiestan que es una técnica que ha demostrado su validez en cuanto a mejoras cognitivas con respecto a los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, a pesar de la gran heterogeneidad de modalidades de tratamientos y resultados. Selma (2012), establece que uno de los objetivos principales de la rehabilitación cognitiva es mejorar el funcionamiento adaptativo de las personas con esquizofrenia con lo que tiene que ver con sus vínculos familiares como a su entorno social.

Segun Bellack, Gold, & Buchanan (1999), en sus trabajos, manifiestan que existe una relación causal entre los déficits neurocognitivos y el funcionamiento social deficitario, por lo tanto, una mejora a nivel cognitivo a través de una rehabilitación cognitiva, puede significar una mejora en el plano social y psicopatológico del paciente; y además, se logran avances significativos a nivel cognitivo en la esquizofrenia.

Para el diseño de las intervenciones en la rehabilitación cognitiva, Florit, Fernández, & Morante (1998), establecen una serie de pautas a seguir:

- Seguir un modelo teórico
- Empezar con tareas que exijan una mínima capacidad atencional de su capacidad atencional e ir progresando poco a poco en dificultad
- Enseñar al paciente diversos tipos de tareas visuales, auditivas y táctiles,
- Diseñar o elegir programas de rehabilitación que se adecuen a las necesidades de cada paciente permitiendo evaluar su rendimiento
- Hacer un entrenamiento metacognitivo, por ejemplo, entrenar al sujeto para que sepa que es la atención o la memoria y para qué es útil. De este modo, el sujeto logra asimilar con sus propias palabras la nueva información y el significado de las mismas
- Para la elección de la actividad, se establece que el ritmo lo imponga la propia tarea (como escuchar la radio) o el sujeto (como leer el diario).

A la luz de Hurford, Kalkstein y Hurford, (2011) y; Krabbendam y Aleman, (2003), existen dos grandes tipos de intervención en rehabilitación cognitiva que son; restitución y compensación (Selma, 2012). Las modalidades restitutivas, tienen como finalidad la restitución de una función cognitiva, o de un nivel de rendimiento cognitivo anterior al comienzo de la enfermedad (Bellack, et al., 1999). Las intervenciones de tipo compensatorias tienen como objetivo brindar herramientas al sujeto que le ayuden a atenuar el impacto de los déficits cognitivos. En pacientes con esquizofrenia, las intervenciones de tipo “compensatorios” arrojan resultados superiores a los de tipo “restitutivo” (Bellack y cols. 1999; Ericsson y Hastie, 1994).

## 7.1. Programas de rehabilitación cognitiva en esquizofrenia

Según De la Higuera & Sagastagoitia (2006), establecen que dentro de los programas de rehabilitación cognitiva es importante definir aquellas que se denominan programas de multifunción o “integrales”; son programas que están creados para actuar sobre varios déficits cognitivos relacionados a la esquizofrenia; y aquellos que implementan un dispositivo grupal. Existen tres intervenciones que son las más aplicadas y las que tienen mayor difusión; 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)

La terapia psicológica integrada de la esquizofrenia, por sus siglas en español (TPI) creada por Brenner (1995), es el primer programa de rehabilitación cognitiva sistematizada y protocolizada, se trata de una terapia integral ya que está enfocada a aminorar los déficits cognitivos y a mejorar el comportamiento social deficitario (Penadés, 2007).

De la Higuera & Sagastagoitia (2006) establecen que el abordaje terapéutico del TPI, no se limita exclusivamente a las funciones cognitivas, sino que incluye procedimientos de intervención social que aportan avances significativos para el paciente.

La terapia psicológica integrada se organiza en cinco subprogramas; diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal, habilidades sociales y solución de problemas interpersonales. Los dos

primeros subprogramas están relacionados al funcionamiento cognitivo y perceptivo. Los tres últimos se vinculan al comportamiento social (De la Higuera & Sagastagoitia 2006).

**El primer subprograma de diferenciación cognitiva** está dirigido principalmente a deficiencias básicas en la neurocognición e intenta mejorar las funciones atencionales, por ejemplo; atención selectiva, atención mantenida, atención focalizada, entre otras. A su vez, está dirigido también a las habilidades de conceptualización (formación de conceptos, discriminación conceptual, entre otras). Los ejercicios se basan en clasificar tarjetas, definir jerarquías conceptuales, buscar definiciones, y otros. **El segundo subprograma de percepción social** aborda los déficits en la cognición social por ejemplo, mejora la capacidad perceptiva e interpretativa, mejora la comprensión de la información en situaciones sociales y los procesos de análisis. Para este subprograma se utilizan diapositivas que reflejan situaciones sociales que están graduadas de acuerdo a dos parámetros; complejidad creciente y carga afectiva. Este subprograma se desarrolla en tres etapas; recogida de información, interpretación y asignación de título. **El tercer subprograma de comunicación verbal**, sirve como puente entre los dos anteriores, en los que la metodología de trabajo de la sesión es altamente estructurada, y los posteriores, donde el nivel de implicación del paciente es mayor y el procedimiento es más flexible. Tiene como objetivo específico estimular el intercambio y la comunicación social entre los integrantes del grupo. **El cuarto subprograma de habilidades sociales**, está dirigido a la mejora de la ejecución interpersonal del sujeto. Su metodología de trabajo se centra en la práctica de habilidades interpersonales por ejemplo en; juego de roles y ejercicios de resolución de problemas. Y por último, **el quinto subprograma** de resolución de problemas interpersonales es muy similar al anterior, se abordan de forma más abierta y flexible diferentes situaciones problemáticas aportadas por los pacientes y se utiliza la misma metodología que el subprograma anterior (De la Higuera & Sagastagoitia 2006).

### 7.1.2. Cognitive Remediation Therapy (CRT)

La Terapia de Rehabilitación Cognitiva por sus siglas en español (TRC), estructurado y desarrollado por el autor Wykes (2002), según De la Higuera & Sagastagoitia (2006), está diseñado para abordar los déficits cognitivos más relevantes de la esquizofrenia como atención, memoria y funciones ejecutivas. Su abordaje se desarrolla de forma individual y se orienta de acuerdo a la evaluación neuropsicológica inicial tanto de las potencialidades como las deficiencias del paciente con esquizofrenia. En dicho programa se plantea una serie de ejercicios de papel y lápiz que se encuentran jerarquizados en el inicio desde un nivel básico, y va aumentando gradualmente su complejidad en función del avance del paciente. Esta técnica, se centra exclusivamente en la rehabilitación de la función cognitiva y brinda estrategias cognitivas que el paciente no es capaz de crear por sí mismo.

De la Higuera & Sagastagoitia (2006), describen tres módulos dentro de este programa terapéutico; **el módulo de cambio cognitivo**, está diseñado para la función atencional, los ejercicios que incluye están orientados a mejorar la percepción, estimular la flexibilidad en el razonamiento y poder mantener información relevante durante los ejercicios, se aplica de forma gradual aumentando el nivel de complejidad. El segundo **módulo de memoria**, está diseñado para abordar varios tipos de memoria (a corto y largo plazo), con mayor énfasis en la memoria de trabajo. Está centrado en los procesos de control ejecutivo como la atención, el trabajo, la memoria, implicadas en varias tareas a la vez. Se instruye de forma activa al paciente en el uso de estrategias de organización y nemotécnicas. Y por último, el tercer **módulo de planificación**, es el funcionamiento ejecutivo del paciente, se le instruye al sujeto cómo manejar su conducta en función de pautas ya aprendidas. Para la realización óptima de los ejercicios se requiere del desarrollo y de la implementación de una estrategia concreta. La utilidad de este programa se sitúa en la estimulación de las habilidades cognitivas y motivacionales necesarias para el funcionamiento social del paciente (De la Higuera & Sagastagoitia 2006).

### 7.1.3 Cognitive Enhancement Therapy (CET)

La CET (Terapia de Mejora Cognitiva), creada por Hogarty y Flesher (1999), es un procedimiento terapéutico que está diseñado para pacientes ambulatorios, estabilizados y con un cierto nivel intelectual socio-educativo. Se trata de un programa dirigido no solamente a la mejora del rendimiento de las funciones cognitivas básicas, sino que también intenta fortalecer los recursos del paciente relacionadas a las habilidades perceptivas y cognitivas que son importantes en el desempeño social del sujeto (De la Higuera & Sagastagoitia 2006).

La técnica se desarrolla en dos momentos diferenciados (primer momento no social) y (segundo momento el de la fase de mejora de cognición social). El **primer momento no social**, se basa en tres funciones cognitivas; atención, memoria y capacidad de resolución de problemas. Para la práctica de esta tarea se utiliza un software informático específico provenientes de programas de rehabilitación neuropsicológica y las tareas de las funciones ejecutivas están graduadas en términos de dificultad y cambio cognitivo en el paciente. El nivel óptimo de ejecución es cuando el paciente logra establecer las reglas y principios de su ejecución y es capaz de generar planes de respuesta por sí mismo. El **segundo momento de la fase de mejora de cognición social**, el objetivo central de esta fase es promover el desarrollo de las habilidades cognitivas y metacognitivas que son necesarias para el manejo y la comprensión de las situaciones sociales, así como las dificultades que se enfrentan en la vida cotidiana (De la Higuera & Sagastagoitia 2006).

Según Miller y Mason (2004), la CET está establecida como una técnica útil que va más allá de la rehabilitación cognitiva clásica, ya que abarca ámbitos de actuación y discapacidades de mayor rango de

funcionalidad. Su utilidad potencial es tan amplia que se está comenzando a aplicar como estrategia de tratamiento para pacientes que han experimentado un primer episodio psicótico (De la Higuera & Sagastagoitia 2006).

## 8. Eficacia de la Rehabilitación Cognitiva

Los programas y las intervenciones de la rehabilitación cognitiva en esquizofrenia, ya mencionadas anteriormente, además de ser herramientas terapéuticas, han aportado importantes evidencias sobre la naturaleza de la esquizofrenia, incorporando aportes desde otras disciplinas como las neurociencias, la psiquiatría y la psicología (Selma, 2012).

En la mayoría de los casos, las modalidades de rehabilitación cognitiva, han evidenciado mejoras significativas en distintos dominios cognitivos. La gran dificultad que existe es la manera en que dichas mejoras cognitivas se conviertan clínicamente significativas a nivel funcional. Por este motivo, las modalidades de intervención que han demostrado ser más eficaces son las intervenciones que son multivariadas, es decir, las que se orientan a las habilidades sociales y las que se usan en estrategias de compensación (Selma, 2012).

En las investigaciones que se han hecho sobre los programas de rehabilitación (por ejemplo en, ITP, CET y CRT), los estudios evidencian que la ITP (Terapia Integrada de la Esquizofrenia), demuestra mejoras cognitivas en el rendimiento del procesamiento atencional temprano, en la memoria y en la función ejecutiva (Abadías, et al. 2003). A su vez, el procedimiento es eficaz con lo que tiene que ver a los niveles de autonomía del paciente y el funcionamiento social (De la Higuera y Sagastagoitia, 2006)

Con respecto al CET (Terapia de Mejora Cognitiva), la evidencia que sugiere es una mejoría en las evaluaciones de cognición social, discapacidad y autoestima (Abadías, et al. 2003). Con lo que tiene que ver a la CRT (Terapia de Rehabilitación Cognitiva), De la Higuera y Sagastagoitia (2006), en sus estudios comprueban que la CTR produce efectos positivos en el funcionamiento neurocognitivo, más precisamente en las funciones de memoria y en los test de flexibilidad cognitiva. Además, la CTR se demostró como un elemento potenciador de la autoestima de los sujetos. Su mayor utilidad podría ubicarse en los aspectos potenciadores de las habilidades cognitivas y motivacionales que son necesarias para cualquier sujeto, y la adquisición de otras destrezas de una relevancia funcional mayor dentro del proceso de rehabilitación terapéutico (De la Higuera y Sagastagoitia, 2006).

Según la GPC (2009), la eficacia de la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia ha sido estudiada mediante múltiples metanálisis. Hayes y McGrath (2000), identificaron tres ensayos clínicos aleatorios, de los cuales dos fueron comparados con placebo y el otro con terapia ocupacional, en conjunto, incluyeron 117

pacientes pero no se pudo establecer ningún efecto en cuanto a estado mental, adaptación social o función cognitiva. En el ensayo clínico que se comparó la rehabilitación cognitiva con la terapia ocupacional se observó una mejoría significativa de la primera en cuanto a la autoestima (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2009).

Otros estudios plantean también una mejoría en el estado de ánimo de sujetos tratados con rehabilitación cognitiva (McGurk, et al. 2007), y una mejoría en el funcionamiento de su vida cotidiana (Krabbedman y Aleman, 2003).

McGurk, Twamley, Sitzler, McHugo y Mueser (2007) realizaron 26 estudios controlados de forma aleatoria a 1.151 pacientes, en los que se evaluaron los efectos de rehabilitación cognitiva en la mejoría del rendimiento cognitivo, los síntomas y el funcionamiento psicosocial en la esquizofrenia. Los resultados en estos ámbitos indicaron que la rehabilitación cognitiva mejora y fortalece el funcionamiento cognitivo en una amplia gama de variedades de programas de rehabilitación cognitiva y de condiciones de los pacientes. El tamaño del efecto en ejecución cognitiva muestra mejoras después de la rehabilitación cognitiva, manteniéndose en un promedio de ocho meses después de haber finalizado el tratamiento.

A su vez, también se observó que la rehabilitación cognitiva tiene un efecto fundamental en la mejoría del funcionamiento psicosocial, a pesar de que este es levemente inferior al efecto de la ejecución cognitiva. Vale destacar que la mejoría del funcionamiento psicosocial es aún mayor en los programas o tratamientos que ofrecen rehabilitación psiquiátrica y en los programas de rehabilitación que incluyen entrenamiento en estrategias, práctica e instrucción (McGurk, et al., 2007).

En cuanto a los síntomas que presenta esta enfermedad, el tamaño del efecto global de la rehabilitación cognitiva en la mejoría de los síntomas fue notable, pero menor que el efecto sobre el funcionamiento psicosocial y la ejecución cognitiva en general (McGurk, et al., 2007). Los síntomas negativos se relacionan con las áreas del funcionamiento diario; no obstante, no existe evidencia científica de la relación de los síntomas positivos con el nivel funcional (Kurtz, 2006). Por otro lado, la relación entre síntomas y funcionamiento ejecutivo, observadas en algunos estudios, establece que tanto los síntomas positivos como los síntomas negativos están correlacionados con el nivel de funcionamiento ejecutivo (Johnson y Zalewski, 2001).

Desde una perspectiva global, la rehabilitación cognitiva basada solo en los métodos tradicionales no ha podido evidenciar ningún efecto sobre el estado mental, adaptación social o funcionamiento cognitivo (Hayes y McGrath, 2000). Sin embargo, la rehabilitación cognitiva aplicada en el ámbito social del paciente, ha demostrado su eficacia en la adaptación social y la prevención de recaídas (Velligan, et al., 2000).

## 9. Discusión

En la rehabilitación cognitiva, a menudo se muestran resultados en las investigaciones que son contradictorios. Esto se debe a la complejidad del objeto de estudio y a los diferentes modelos teóricos que existen (Kim, Shun, Youn y Jeong, 2006). Por un lado, se estima que un 70% de las personas que tienen esquizofrenia responden positivamente, de manera total o parcial, a los tratamientos que se utilizan en la actualidad. Por otro lado, con frecuencia se da que a pesar de mostrar mejorías observadas en la sintomatología positiva, los síntomas negativos muestran mayor resistencia al cambio, presentándose importantes déficits cognitivos, déficits en la motivación y en las habilidades sociales (Hoff y Kremen, 2003).

Selma (2012) plantea que pese al entusiasmo inicial por la Rehabilitación Cognitiva, los logros que se obtienen son moderados ya que la esquizofrenia es una patología de naturaleza compleja y multifactorial. Resulta evidente que los enfoques de tipo integral son los que tienen mejores resultados. Esto quiere decir que cuando se presenta un mayor nivel en la calidad de las relaciones sociales, se relaciona a su vez con una mejora en los síntomas negativos y con una mejora a nivel cognitivo. Aunque resulte contradictorio, los enfoques que enfatizan en las habilidades sociales también muestran mejoras en las habilidades cognitivas “básicas”. Pues entonces, pareciera que nada fuese más eficaz que las intervenciones que faciliten la inserción del paciente en su comunidad, por ejemplo, a través del reforzamiento de sus habilidades sociales o a través del empleo.

Ahora bien, una vez “rehabilitado” un paciente con esquizofrenia, gracias a una rehabilitación cognitiva de tipo integral que genera herramientas en el paciente para que pueda insertarse en la sociedad y en el ámbito laboral, entre otras habilidades, y que al parecer se presenta como un modelo “ideal” en la rehabilitación, ¿existe realmente en nuestro país la oportunidad de un puesto de trabajo remunerado para este tipo de pacientes?, ¿todos los pacientes con esquizofrenia tienen acceso a este tipo de rehabilitación?, ¿existe una ley específica para este tipo de trastorno que los ampare en el ámbito de la inserción social y laboral?.

Según la *Convención sobre derechos de las personas con discapacidad* (2014), el artículo 27 sobre Trabajo y empleo, de acuerdo a la ley nº 18.651, establece que “la orientación, rehabilitación laboral y profesional deberán dispersarse en todas las personas con discapacidad según su vocación, posibilidades y necesidades y se procurará facilitarles el ejercicio de una actividad remunerada (...)” (Citado de Uruguay y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Ministerio de Desarrollo Social, 2014, p.101).

Por lo mencionado anteriormente, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, es el único soporte legal que existe para esta población. Según la OMS (1997), el término **discapacidad** engloba: **una deficiencia** (toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica), **una minusvalía** (consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso) y **una discapacidad** (toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia) (Citado de Egea y Sarabia, 2001, p.16). Por tanto, se puede evidenciar que existe un “vacío legal” que ampare específicamente a las personas que padecen un trastorno mental grave.

Otra de las interrogantes que surgen a partir de la realización de la presente monografía, es el diagnóstico clínico de la esquizofrenia. Tanto los métodos categóricos como los métodos dimensionales parecen ser esenciales a la hora de clasificar los trastornos psicóticos, sin embargo, no existe un consenso claro o específico sobre las categorías o dimensiones que se “adecúen” para la construcción de criterios nosológicos que integran estos dos métodos (Potuzak, Ravichandran, Lewandowski, Ongur y Cohen, 2013).

Los sistemas de diagnósticos actuales que se utilizan en el mundo, como por ejemplo los *DSM Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*, (DSM-IV y DSM-V), (modelos categoriales), utilizan signos y síntomas de enfermedad para asignar a cada individuo a categorías distintas y no superpuestas. En la práctica, los criterios categóricos explícitos, han progresado en la confiabilidad; sin embargo, la validez de los sistemas nosológicos actuales es y seguirá siendo objeto de debate (Potuzak, et al., 2013).

Este modelo de concepción categorial, establece categorías absolutas dicotómicas que definen los distintos trastornos mentales y presenta varias dificultades como (Trull & Durrett, 2005; Widiger & Gore, 2014a; Widiger & Trull, 2007):

- Heterogeneidad de perfiles en cada trastorno
- Comorbilidad alta (pacientes que conviven con más de un trastorno)
- Baja estabilidad temporal (los pacientes presentan trastornos diferentes a lo largo de su vida)
- Heterogeneidad de distintas etiologías, perfiles y evolución de sujetos en categorías idénticas
- Arbitrariedad en los puntos de corte que establecen la división entre normalidad y patología en síntomas que suelen variar en intensidad entre sujetos, sin un límite natural entre ambas

Ante ello, se debate acerca de que un modelo más adecuado para esta problemática debe ser dimensional, estableciéndose “dimensiones” o “factores” psicopatológicos como variables continuas. Estas dimensiones son universales (todas las personas las tienen) y pueden variar con respecto a la intensidad en los diferentes sujetos. Estos modelos (categorial/dimensional) son dos formas distintas de concebir rasgos psicológicos, y en este caso en particular, la psicopatología. Los modelos dimensionales conciben distintas dimensiones de síntomas

que varían en intensidad, mientras que los categoriales establecen la presencia o la ausencia de cada uno de los trastornos mentales (Kotov et al., 2017; Trull & Durrett, 2005; Widiger & Gore, 2014a).

¿Estos enfoques (categorial/dimensional) reflejan con precisión la compleja estructura etiológica y fisiopatológica que subyace de las enfermedades observadas en los pacientes? La categorización de los trastornos psiquiátricos, intenta “articular la enfermedad en su naturaleza”; pero aún no queda claro si verdaderamente existen “articulaciones” entre los trastornos psiquiátricos (Potuzak, et al., 2013).

Este debate que ya data de varios años, refiere al hecho de que la evidencia disponible sobre la enfermedad es proveniente de la evaluación de características que son de alto nivel, por ejemplo, comportamientos observados, auto informes de problemas, entre otros. Los diagnósticos continúan siendo similares a los que se realizaban hace 100 años porque no existen “alternativas aceptadas”, como los marcadores biológicos u otros marcadores genéticos. (Potuzak, et al., 2013).

A pesar de estas controversias, los clínicos y los investigadores reconocen las limitaciones en los diagnósticos actuales y aceptan que un sistema de clasificación redefinido que incorpore otros elementos “dimensionales” puede llegar a ser muy beneficioso. Por ejemplo, muchos pacientes con trastornos psicóticos pueden presentar ansiedad comórbida o un trastorno por consumo de sustancias. Se debe cuestionar si estos síntomas se conceptualizan mejor como categóricamente diferentes de la psicosis o, más bien, como parte de una dimensión relacionada (Potuzak, et al., 2013). Esto resultaría muy beneficioso a la hora de investigar la etiología de la psicosis y por ende, para mejorar la elección de los tratamientos y no “encasillar” a todos los sujetos con esquizofrenia en una misma clasificación.

Para estudios futuros se necesita más investigación que proporcione evidencia de las dimensiones y categorías que mejor caracterizan a los pacientes con trastornos psicóticos y para que se validen/establezcan los modelos combinados que mejor se adapten a estos pacientes. La selección de instrumentos es un elemento de diseño clave en la evaluación de los enfoques categóricos y dimensionales. Muchos de los cuestionarios y escalas de síntomas que se encuentran disponibles fueron diseñados para propósitos específicos que puede no convencer o satisfacer las necesidades de un estudio nosológico, por ello sería muy conveniente que se agregaran preguntas que no estén incluidas en las entrevistas estándar que posee por ejemplo, el DSM-IV (Potuzak, et al., 2013).

Otra interrogante respecto al enfoque cognitivo de la enfermedad es la condición cualitativa diferencial de la esquizofrenia, por ejemplo, el déficit específico de la patología en contraposición con déficits cognitivos inespecíficos. La afectación del nivel cognitivo general no se corresponde con la gravedad de los síntomas y las alteraciones sociales (Selma, 2012).

Los próximos estudios de investigación, deberían estar dirigidos hacia el desarrollo de intervenciones terapéuticas que sean integrales y que capturen los conocimientos que se han ido acumulando en las últimas décadas respecto a la esquizofrenia. La Terapia Psicológica Integrada (IPT), es un ejemplo de esto, Swerdlow (2011), establece que para el tratamiento de la esquizofrenia debiera favorecerse de los últimos hallazgos de las neurociencias, y usar una estrategia de rehabilitación que consiste en tres partes fundamentales:

- 1) Psicoterapias de rehabilitaciones sistemáticas y diseñadas para conectar los circuitos neurales sanos, con el objetivo de compensar aquellos circuitos que no funcionan de manera adecuada.
- 2) Medicación que fortalezca y beneficie específicamente los procesos que están involucrados en dicha intervención psicoterapéutica.
- 3) Antipsicóticos que ayuden a disminuir la sintomatología y por consiguiente facilitar un mayor aprovechamiento de la rehabilitación cognitiva.

Evidentemente este tipo de enfoques son los que van a prevalecer en los próximos años en esta área. Se proponen intervenciones multimodales que integren la medicación, las habilidades sociales, el empleo y la psicoeducación a las familias (Lemos, y cols., 2010).

Otro tema relevante para cuestionar es la etiología de la esquizofrenia, tema de debate que data de varios años también, ha sido explicada por diversas teorías como las de Neurodesarrollo Anormal o Neurodegeneración.

La hipótesis del Neurodesarrollo Anormal, plantea que la evolución de la esquizofrenia sigue una evolución diacrónica, esto quiere decir que el individuo ya nace con factores genéticos determinados que en interacción con algunos factores medioambientales hacen que no se produzca un desarrollo normal del cerebro, y que en algún momento, la persona puede verse afectada a causa de factores externos o internos que son los que determinan el inicio de la enfermedad. Según esta teoría, las alteraciones biológicas y otras características de la enfermedad estarían presentes mucho antes de la aparición de los síntomas característicos de la esquizofrenia, pero no se manifestaría hasta alcanzado un determinado grado de desarrollo, al estar en interacción con determinados factores medioambientales (Mirnic y Lewis, 2001).

Una gran cantidad de estudios provenientes de distintas áreas de investigación encuentran en esta teoría una buena explicación de los datos que arroja, por ejemplo (Pino, et al. 2014):

- **El aumento de la prevalencia de la esquizofrenia** en interacción con factores pre y/o perinatales, como complicaciones obstétricas o infecciones en el embarazo.

- **Alteraciones genéticas** que sobrellevan a una expresión anormal de ciertos procesos neuronales (alterada migración neuronal o sinaptogénesis, o un crecimiento axonal anormal).
- **Anomalías físicas** menores como una menor circunferencia craneal, paladar ojival, orejas de implantación bajas y otros.
- **Diferentes alteraciones que surgen durante el desarrollo del sujeto**, déficits en habilidades sociales y cognitivas.

Los datos nombrados anteriormente, son los aspectos más relevantes que recoge la teoría del neurodesarrollo anormal, pero, pese a esto, existen varios aspectos de la esquizofrenia que esta hipótesis no ha podido explicar. Ya en las primeras definiciones de la esquizofrenia, Kraepelin lo definió como “demencia precoz”, ya resaltaba los aspectos degenerativos de la enfermedad. Los procesos degenerativos en el cerebro de los pacientes con esquizofrenia son notorios y como se evidencian estudios sobre la presencia de neurotoxicidad, alteraciones morfológicas cerebrales (como la reducción de los lóbulos frontal y temporal y el agrandamiento de los ventrículos); y el tema de la medicación antipsicótica que pretende disminuir el avance de la enfermedad, son algunos ejemplos que confirman la idea que la esquizofrenia es degenerativa.

En cuanto a la hipótesis de la Neurodegeneración, se basa en el hecho de que la esquizofrenia se caracteriza por ser un trastorno crónico y progresivo del sistema nervioso, que involucra cambios bioquímicos que conllevan a distintos síndromes clínicos, afecta a la pérdida de función neurológica y deterioro del comportamiento (Hardy y Gwinn, 1998).

La psicosis, como ya es sabido, por lo general comienza en la adolescencia tardía o adultez temprana (18-25 años), cuando la corteza pre frontal aún está en pleno desarrollo. Siendo así, todavía no se entiende o no se ha esclarecido todos los cambios en el desarrollo cortical normal de este periodo y por tanto en lo que tiene que ver al curso clínico de la esquizofrenia tampoco está del todo claro. ¿Hacia dónde va?, ya sabemos que es degenerativo pero, su curso clínico, ¿puede mantenerse siempre igual? ¿Puede presentar mejorías? ¿O el curso clínico de la esquizofrenia depende del número de recaídas y siempre tiende a empeorar las habilidades del paciente?

En esta línea, al investigar el curso de la enfermedad, se observa que algunos pacientes tienen un curso crónico, con alta probabilidad de deterioro que esta correlacionado con el número de periodos y la duración de los síntomas positivos (Wyatt, 1991). El curso “estático” se da con poca frecuencia en la esquizofrenia, siendo las mejorías aún menos frecuentes. La recuperación sostenida ocurre en menos del 14% de los pacientes y por lo general dentro de los primeros cinco años después de un episodio psicótico (Robinson, et al, 2004).

En investigaciones de diferentes áreas que han invertido un gran esfuerzo en dar a conocer el origen de la esquizofrenia y el curso de la enfermedad, se observa una carencia en el sentido de que todavía no existe un “consenso”, una teoría o una hipótesis clara y establecida que proponga de forma satisfactoria y concisa todos los datos obtenidos hasta ahora. Para poder concebir la esquizofrenia como un trastorno del neurodesarrollo, deberían poder encontrarse evidencias claras y “acordadas” de que se haya dado realmente en un inicio temprano y de que haya sido estático en el tiempo.

Por definición, es sabido que la esquizofrenia evoluciona durante todo el curso de vida, sin embargo no quedaría catalogada por una progresión continua, en el sentido de un proceso neurodegenerativo primario, sino que iría progresando transitoriamente en etapas (Insel, 2010).

Para futuros estudios, deberían estar dirigidos a conocer el curso de esta enfermedad. Se ha prestado poca atención a los procesos neurodegenerativos, a pesar de su evolución clínica y el hecho de que la mayoría de los pacientes, en el ámbito clínico, experimentan diferentes grados de deterioro cognitivo y de comportamiento (Lieberman, 2001).

Pese a los avances en investigación con técnicas de neuroimagen, estudios de genética y otros, en la actualidad aún no existe una teoría concluyente sobre el origen de la esquizofrenia (Pino, et al. 2014).

Y por último, otra de las interrogantes que surgen a partir de la realización de este trabajo es acerca de las llamadas funciones ejecutivas “frías” y “calientes” relacionadas a los pacientes con esquizofrenia.

**Las funciones ejecutivas frías** serían aquellas más relacionadas con la actividad dorsolateral prefrontal, permitiendo un tratamiento más racional de la información, mientras que las **funciones cálidas o calientes** serían las implicadas en el tratamiento de la información emocional y motivacional proveniente de la subcorteza. **Dentro de las funciones cálidas** se encontraría el sistema ejecutivo social (control de impulsos, interpretación de señales corporales, la toma de decisiones y el reconocimiento de la perspectiva del otro). **Dentro de las funciones frías**, en cambio, son las relacionadas con el razonamiento y el procesamiento de la información abstracta, por ejemplo la memoria de trabajo, conceptualización y categorización, entre otras (Marino y Julian, 2010).

A través de un estudio de investigación en 156 jóvenes con síntomas psicóticos, se midieron las funciones ejecutivas frías y calientes mediante tareas (toma de decisiones) que involucraban la memoria de trabajo espacial. El resultado fue que en el 44.23 % de estos jóvenes, se observó un alto nivel de mal funcionamiento de las funciones ejecutivas calientes, indexado como puntaje en la toma de decisiones, y se asoció con los síntomas psicóticos (Marino y Julian, 2010). Esto nos ayuda a identificar qué áreas ejecutivas se ven más perjudicadas en los pacientes con esquizofrenia. Se puede notar a través de este estudio que las áreas

emocionales y motivacionales de las funciones calientes, junto con el control de impulsos, la interpretación de señales, como ya se explicó anteriormente, son las áreas que están más deterioradas.

Las funciones ejecutivas perjudicadas pueden ser un indicador de riesgo y un objetivo para las intervenciones tempranas preventivas en jóvenes que presentan síntomas psicóticos.

## 10. Bibliografía

- Abadias, M., David Chesa, D., Izquierdo, E., Fernández, E., Sitjas, M. (2003, junio). Eficacia de la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352003000200007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000200007)
- 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.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Andreasen, N. C. (1979). *Thought, language, and communication disorders I*. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1315-1321.
- Andreasen, N. C. (1979). *Thought, language, and communication disorders. II: Diagnostic significance*. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1325-1330.
- Asarnow, R. (1999). Neurocognitive impairments in schizophrenia: A piece of the epigenetic puzzle. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8 sup.1, 15-18.
- Bleuler, E., (1960), Demencia precoz. *El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires, Argentina: Hormé.
- Bellack, A. S., Gold, J. M., & Buchanan, R. W. (1999). Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia: Problems, Prospects, and Strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 257-274.
- 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*.
- Chaika, E. (1974). A linguist looks at "schizophrenic" Language. *Advances in Psychiatric treatment* 6 (3), 257-276.

- Chaika, E. (1990). Understanding psychotic speech: beyond Freud and Chomsky. Spring eld: Charles C. Thomas P.
- Cuesta, M., Peralta, V., & Serrano, J. (2000). Nuevas perspectivas en la Psicopatología de los trastornos esquizofrénicos. *Anales Sis San Navarra*, 23, supl 1.
- 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.
- Desai, PR, Lawson, KA, Barner, JC, Rascati, KL. (2013, julio) Estimación de los costos directos e indirectos para los pacientes que viven en la comunidad con esquizofrenia. *Revista de investigación de servicios de salud farmacéutica*; 4 (4): 187-194. [doi / 10.1111 / jphs.12027 / epdf](https://doi.org/10.1111/jphs.12027)
- Egea, C., Sarabia, A., (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Artículos y Notas*. P. 15-30.
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, C.H. (1978). *Tratado de psiquiatría*. 8a. ed. Barcelona, España: Masson S.A.
- Delerue, C., Laprévote, V., Verfaillie, K. y Boucart, M. (2010). Gaze control during face exploration in schizophrenia. *Neuroscience Letters*, 482, 245–249
- Desai, PR, Lawson, KA, Barner, JC, Rascati, KL. (2013, julio). Estimación de los costos directos e indirectos para los pacientes que viven en la comunidad con esquizofrenia. *Revista de investigación de servicios de salud farmacéutica*. 4 (4): 187-194. [doi / 10.1111 / jphs.12027 / epdf](https://doi.org/10.1111/jphs.12027)
- Fontán, L. (2004). Neuropsicología de la memoria. En J. L. Otero, & L. Fontán (Ed.), *Fundamentos de neuropsicología clínica* (p.117-190). Montevideo, Uruguay: Oficina del Libro FEFMUR.
- Fontán, L. (2004). Bases neuropsicológicas de la atención. En J. L. Otero, & L. Fontán (Ed.), *Fundamentos de neuropsicología clínica* (p. 59-73). Montevideo, Uruguay: Oficina del Libro FEFMUR.
- Florit, A. (2006), La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología*, (24), 223-244.
- Gabbard, G. (2006). Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. (3° Ed. 1° Reimp). Buenos Aires, Argentina: *Médica Panamericana*, 183-215.

- García Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis multifamiliar*. Buenos Aires: Paidós
- Ginarte, Y. (2002). Rehabilitación Cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Neurología*, 34. (9), 870-876.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico (último). (2009). *Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente*. Recuperado de <http://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1791>
- Gupta S, Kulhara P. (2015). What is schizophrenia: A neurodevelopmental or neurodegenerative disorder or a combination of both? A critical analysis. *Indian J Psychiatry*. 52(1):21–7.
- 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.
- 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.
- Hardy J, Gwinn-Hardy K. (1998). Genetic classification of primary neurodegenerative disease. *Science*. 282(5391):1075–9.
- Hoff, A., y Kremen, W. (2003). Neuropsychology in schizophrenia: an update. *Current opinion in Psychiatry*, 16, 149-155.
- Hayes, R., McGrath, J. (2000). Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions. *Cochrane Database of Systematic Review*. Issue 3 Art. No.: CD000968. DOI: 10.1002/14651858.CD000968.
- Incidencia global, regional y nacional, prevalencia y años con discapacidad para 328 enfermedades y lesiones en 195 países, 1990-2016, (2017). Un análisis sistemático para el Estudio de la carga mundial de la enfermedad. 16; 390 (10100): 1211-1259. PMID: 28919117.

- Johnson, M., Zalewski, C. (2001). Moderator variables of executive functioning in schizophrenia: meta-analytic findings. *Schizophr Bull.* 27(2): 305-16.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1998). Esquizofrenia. *En Sinopsis de psiquiatría* (pp. 519-557). Madrid, España: Médica Panamericana.
- Krabbendam, L., Aleman, A. (2003). Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology.* 169(3-4): 376-82.
- Kessler RC, Birnbaum H, Demler O, Falloon IR, Gagnon E, Guyer M, Howes MJ, Kendler KS, Shi L, Walters E, Wu EQ. (2005 octubre 15). La prevalencia y los correlatos de la psicosis no afectiva en la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS-R). *Psiquiatría Biol.*; 58 (8): 668-76. PMID: 16023620
- Kim, M., Shune, S., Youn, T. y Jeong, A. (2006). The cognitive rehabilitation in patients with schizophrenia by playing the board game. *Psychiatry & Clinical Neurosciences.* 60. 3-13.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Kurtz, M. (2006). Symptoms versus neurocognitive skills as correlates of everyday functioning in severe mental illness. *Expert Rev Neurother.* 6(1): 47-56.
- Lemos, S., Vallina, O., Fernández, P., Fonseca, E. y Paino, M. (2010). Bases Clínicas para un Nuevo Modelo de Atención a las Psicosis. *Clínica y Salud.* V.12 n.3
- Luigi, S. (2012). Alteraciones del lenguaje en Esquizofrenia. Language disorders in Schizophrenia. *Revista Memoriza.com*, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia. Universidad Católica de Chile. 9.,1-8.
- Lieberman, J. (1999). Is schizophrenia a neurodegenerative disorder? A clinical and neurobiological perspective. *Biol Psychiatry.* 46(6):729–39.

- Marino, D., Julian, C. (2010). Actualización en Test Neuropsicológicos de Funciones Ejecutivas. *Revista Argentina de Ciencia del Comportamiento*. 2(1); 34-45.
- McGrath, J. Saha, S., Chant, D., Welham, J. (2008). Schizophrenia: una visión general concisa de la incidencia, prevalencia y mortalidad. *Epidemiol Rev.*; 30: 67-76. PMID: 18480098
- McGurk, S., Twamley, E., Sitzer, D., McHugo, G., Mueser, K. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 164(12): 1791-802.
- MacKenzie, V., Patterson, A. Zwicker, V. Drobinin, H., Fisher, S. Abidi, N. Greve, A. Bagnell, L., Propper, M., Alda, B., Pavlova, and Uher, R. (2017). Hot and cold executive functions in youth with psychotic symptoms. *Psychological Medicine*. 47, 2844–2853. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/28587688/>
- Moreno-Küstner B, Martín C, Pastor L. (2018). Prevalencia de trastornos psicóticos y su asociación con problemas metodológicos. *Una revisión sistemática y meta-análisis*. Más uno. 13 (4): e0195687. PMID: 29649252
- Moñivas, A. (1993). Procesos, teorías y modelos de la atención. En A. Puente (coord.). *Psicología Básica. Introducción al estudio de la conducta humana* (pp. 116-150). Madrid: Eudema.
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). (2014). Uruguay y la convención sobre derechos de las personas con discapacidad. p. 101-109.
- Mirnics K, Lewis DA. (2001). Genes and subtypes of schizophrenia. *Trends Mol Med*. 7(7):281–3.
- 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.
- OMS., (2015). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. (CIE-10), Décima Revisión (1), Edición (2015).
- Olfson M, Gerhard T, Huang C, Crystal S, Stroup TS. (2015, Diciembre) Mortalidad prematura entre adultos con esquizofrenia en los Estados Unidos. *JAMA Psiquiatría*. 72 (12): 1172-81. PMID: 26509694

- Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. (2005, Marzo). El riesgo de suicidio de por vida en la esquizofrenia: una reexaminación. *Arco Gen Psiquiatría*. 62 (3): 247-53. [PMID: 15753237](#)
- Pardo, V. (2005). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 69(1), 71-83.
- Penadés R, Boget T, Salamero M, Catarineu S, Bernardo M., (1999). Alteraciones neuropsicológicas en la esquizofrenia y su modificación. *Actas Esp Psiquiatr.*; 27:198-208.
- 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: Médica Panamericana.
- Potuzak, M., Ravichandran, C., Lewandowski, K., Ongur, D., y Cohen, B. (2013). Clasificación categórica vs dimensionales de trastornos psicóticos. *Comprende la psiquiatría*. 53 (8), 1118-1129.
- Robinson, D., Woerner, M., McMeniman, M., Mendelowitz, A., Bilder, R. (2004). Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry*. 161(3):473–9.
- Roselló, J. (1997). Psicología de la atención. *Introducción al estudio del mecanismo atencional*. Madrid: Pirámide.
- Rebollo, M.; Montiel, S. (2006). Atención y funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*. 42 (2), 3-7.
- Rund, B., Borg, N. (1999). Cognitive deficits and cognitive training in schizophrenic patients: a review. *Acta Psychiatr Scand* 100:85-95.
- Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. (2005, mayo). Una revisión sistemática de la prevalencia de la esquizofrenia. *PLoS Med*. 2 (5): e141. [PMID: 15916472](#)
- Salavera C. y Puyuelo M. (2010). Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 30(2), 84-93.
- Salavera, C. (2008). ¿Por qué no entendemos a las personas con esquizofrenia? Documentos de Trabajo Social: *Revista de Trabajo y Acción Social*, 43 (44), 155-164.

- Sartorius, N. (1995). Rehabilitation and Quality of Life. *International Journal of Mental Health, Challenges Facing Psychosocial Rehabilitation: Listening to Other Voices*, 1(24), 7-13.
- Selma, H. (2008). Neuropsicología de la Esquizofrenia. *Cuad. Neuropsicol*, 2(2), 79-127.
- Selma, H. (2012, mayo). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 2 (1), 80 -129.
- Sociedad española de psiquiatría (1998) *Consenso español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia*. Madrid, España.
- Swerdlow, N.H (2011). Are we studying and treating schizophrenia correctly?. *Schizophrenia Research*, 130 (1-3), 1-10.
- Tirapu, J., Muñoz, J. (2005, septiembre 05). *Memoria y funciones ejecutivas*. *Revista de Neurología*, 41 (8): 475-484. Recuperado de [https://www.uma.es/media/files/Memoria\\_y\\_funciones\\_ejecutivas.pdf](https://www.uma.es/media/files/Memoria_y_funciones_ejecutivas.pdf)
- Thomas, P., King, K., Fraser, W., Kendell, R. (1990). Linguistic performance in schizophrenia: a comparison of acute and chronic patients. *Br. J. Psychiatry* 156, 204-210.
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 355-380. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>
- Tsai J, Rosenheck RA. (2013, noviembre). Comorbilidad psiquiátrica en adultos con esquizofrenia: un análisis de clase latente. *Psiquiatría Res.*; 210 (1): 16-20. [PMID: 23726869](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23726869/)
- Ventura, R., (2004, junio). Abordaje Neuropsicológico de la Esquizofrenia. *REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL HERMILIO VALDIZAN*, 1(1), 37-47.
- Velligas, D., Bown, T., Huntzinger, C., Rich, J., Ledbetter, N., Prihoda, T. (2000). Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 157 (8), 1317-23.

- Widiger, T. A., & Gore, W. L. (2014a). Dimensional versus Categorical Models of Psychopathology. En *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp108>
- Wu EQ, Shi L, Birnbaum H, Hudson T, Kessler R. (2006 noviembre). Prevalencia anual de esquizofrenia diagnosticada en los EE. UU.: un enfoque de análisis de datos de reclamaciones. *Psychol Med*. 36 (11): 1535-40. [PMID: 16907994](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16907994/)
- Wykes, & Huddy, (2009). Cognitive remediation for schizophrenia: it is even more complicated. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(2), pp. 161-167
- Wyatt RJ. (1991) Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull*. 17(2):325–51.