

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SISTEMATIZACIÓN DE LA PRÁCTICA SUPERVISADA
REALIZADA EN CASA CLUB BIEN ESTAR

“Esquizofrenia y Déficit Cognitivo”

Autora: María Eugenia Nieva Plaza. Matrícula: 200277940/4

Supervisor de la Facultad: Lic. Pablo Moyano

Supervisor de la Institución: Lic. María Gabriela Contreras

Miembro docente: Lic. Alejandro Rostagnotto

Año 2010

ABSTRACT

Título: “Esquizofrenia y Déficit Cognitivo”

Área: Psicología Clínica

Autora: Nieva Plaza, María Eugenia

Supervisor por la Facultad: Lic. Pablo Moyano

Supervisor por la Institución: Lic. María Gabriela Contreras

Miembro docente: Lic. Alejandro Rostagnotto

Año: 2010

Resumen:

El presente trabajo aborda la sistematización de una práctica supervisada, cuyo objetivo principal consistió en determinar si las personas portadoras de esquizofrenia que asisten al taller de radio de la institución “Casa Club Bien Estar” presentan déficit cognitivo. A tal efecto se realizó un diseño no experimental, empleando un esquema exploratorio que luego tomó el carácter de descriptivo; con un enfoque cualitativo. Como instrumentos de recolección de datos se utilizó la revisión bibliográfica, observación participante, revisión de documentos, cuaderno de campo. Se analizaron los datos obtenidos en base a la metodología cualitativa.

Se encontró creciente evidencia de que es el funcionamiento cognitivo y no los síntomas positivos, el determinante principal del resultado en la esquizofrenia.

Se pudo comprobar que las personas portadoras de esquizofrenia asistentes al taller radial presentan déficit cognitivo de diversa índole. A su vez, se constató que este taller (junto con los otros), contribuye ampliamente para la recuperación de las funciones ejecutivas, de la autonomía y de la reintegración psicosocial; permitiendo mejorar la calidad de vida de estas personas, frente al deterioro psiconeurocognitivo característico de esta patología.

También se examinaron los correlatos neurobiológicos del déficit cognitivo y la rehabilitación respectiva. Y, a su vez, cuestiones concernientes al rol del psicólogo.

Palabras claves: Esquizofrenia – Déficit Cognitivo – Funciones Cognitivas –
Taller de Radio – Casa Club Bien Estar – Rehabilitación –

ÍNDICE

•	Introducción.....	1
•	Contextualización	
	2.1 General.....	2
	2.2 Local.....	3
•	Focalización	
	3.1. Fundamentación.....	7
	3.2. Eje de Sistematización.....	9
	3.3. Objetivos.....	9
	3.4. Antecedentes y Marco Teórico	
	a) Esquizofrenia	
	Historia y concepto.....	10
	Clasificación y criterios diagnósticos.....	15
	Causas y prevalencia.....	20
	Síntomas.....	21
	b) Aspectos Cognitivos.....	26
	Funcionalidad y funciones cognitivas.....	29
	Déficit Cognitivo.....	30
	Correlatos neurobiológicos.....	45
	Rehabilitación.....	49
	Rol del Psicólogo.....	57
	3.5. Metodología.....	60
	a) Diseño y esquema.....	60
	b) Enfoque.....	60
	c) Población y muestra.....	61
	d) Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	61
	e) Análisis de datos.....	64
•	Sistematización de la Práctica	
	4.1. Introducción y fundamentación.....	65
	4.2. Contextualización.....	68
	4.3. Taller de Radio.....	70
	4.4. Reconstrucción de la experiencia.....	73
	5.4. Otros talleres y actividades.....	84
•	Conclusiones.....	90
•	Propuestas.....	92

- Bibliografía.....93

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo trata sobre la sistematización de una práctica supervisada, realizada en Casa Club Bien Estar desde agosto de 2009 hasta marzo de 2010. El eje de la misma radica en la Esquizofrenia y el Déficit Cognitivo asociado a ella.

Las referencias relativas al déficit cognitivo en la esquizofrenia no son nuevas, de hecho ya en las primeras descripciones clínicas del cuadro se apuntaba que estos pacientes no sólo presentaban alucinaciones y delirios, sino también alteraciones en el pensamiento, la atención y la volición.

El déficit cognitivo en la esquizofrenia es clínicamente significativo y profundo; con pruebas neuropsicológicas específicas se ha detectado: deterioro severo del aprendizaje serial, las funciones ejecutivas, la vigilancia, la velocidad motora y la fluencia verbal; deterioro moderado de la atención, la evocación retardada, las habilidades visomotoras, la memoria inmediata y la memoria de trabajo; deterioro leve de las habilidades perceptuales, la memoria de reconocimiento y la nominación, deterioro leve del reconocimiento nominal por lectura y de la memoria de largo plazo (Téllez Vargas y López Mato, 2001).

En la primera parte del trabajo, se encuentra un acercamiento al contexto en el cual se inscribe la práctica realizada; el contexto general describe en primer lugar, los objetivos de la Práctica Supervisada y luego el área Clínica de la Psicología. En cuanto al contexto local conformado por Casa Club Bien Estar, menciona las características de la institución, sus antecedentes, objetivos, actividades.

En una segunda parte, se ubica la focalización del presente trabajo. En la cual se hace referencia a los interrogantes que fueron surgiendo a lo largo de la práctica, lo que permitió la elección de un eje de trabajo. Seguidamente, los objetivos generales y específicos, que sustentan la práctica en el campo. También se presentan los antecedentes de investigaciones, relacionados con el tema planteado y se establece el marco teórico, en el cual se sustentan las variables en estudio (esquizofrenia y déficit cognitivo) lo que permite estructurar y pensar el accionar dentro de la práctica.

En cuanto a la metodología, se incluyen la naturaleza del trabajo, las técnicas para la recolección de datos, como también algunos instrumentos que permiten guiar las intervenciones y acciones dentro de la práctica.

Posteriormente, en el apartado sistematización de la práctica, se fundamenta, contextualiza y reconstruye la experiencia realizada en el taller de radio (elegido como primordial dispositivo de investigación), agregando algunos casos. También se incluyen otros talleres y actividades en las cuales participé.

Luego se ubican las conclusiones, las propuestas y algunas limitaciones surgidas.

Y finalmente se presenta la bibliografía utilizada para el desarrollo de este trabajo, siguiendo los principios y normas de una investigación científica.

CONTEXTUALIZACIÓN

CONTEXTO GENERAL

Prácticas Supervisadas

Las Prácticas Supervisadas, junto con el Trabajo Final y las Prácticas Pre-Profesionales, constituyen una modalidad para obtener la Licenciatura en Psicología.

Las Prácticas Supervisadas tienen como objetivos:

- Brindar a los alumnos la posibilidad de capacitación a través de la experiencia de una inserción práctica en la realidad profesional e institucional.
- Promover el aprendizaje del rol profesional bajo condiciones de supervisión de psicólogos experimentados e insertos en el trabajo institucional.
- Generar espacios de reflexión y aplicación crítica de los conocimientos teóricos adquiridos en el nivel de grado.

Contexto Clínico

Es importante enmarcar a la institución en la cual se llevó a cabo la práctica supervisada, en el área clínica de la psicología. Al respecto, la Ley 7106 del senado de la provincia de Córdoba, sobre las disposiciones para el ejercicio de la Psicología, promulgada en 1984, establece en artículo 2, inciso a: "Se entenderá por área de Psicología Clínica, la esfera de acción que se halla en Hospitales generales, Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos, Centros de Salud Mental, Clínicas e Instituciones Privadas de la misma índole y en práctica privada de la profesión".

A su vez, estipula en artículo 3, inciso a: "Se considerará ejercicio de la profesión de Psicólogos; en el área de la Psicología Clínica: la exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad, la investigación y formulación de diseños experimentales, el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad mediante psicoterapia, otras actividades que con el mismo objetivo requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicas".

CONTEXTO LOCAL

Datos de la institución

“Casa Club Bien Estar” nace el 24 de Octubre de 1999, como continuación del proyecto que surgió en 1992 con ACAPEF (Asociación Cordobesa de Ayuda a la Persona Portadora de Esquizofrenia y su Familia); teniendo como antecedente las “Club House” de EEUU y España, correspondiente con un enfoque integral innovador del tratamiento de la esquizofrenia, que se aplica principalmente en estos países.

Se trata de un servicio que ofrece tratamiento ambulatorio orientado hacia la rehabilitación y reinserción psicosocial de personas con diagnóstico del espectro de las Esquizofrenias, Trastornos Bipolares y otros Trastornos Psicóticos, que apunta al aprendizaje de nuevas habilidades y la recuperación de las capacidades previas al comienzo de la enfermedad. Implica asimismo un enfoque que apunta a mejorar la calidad de vida, frente al deterioro psiconeurocognitivo, que ocasionan estas patologías.

Una de las concepciones de la institución acerca de la Esquizofrenia es la que la considera como un trastorno psiquiátrico grave y debilitante, que abarca probablemente un grupo de enfermedades caracterizadas por distorsiones del pensamiento y la percepción, por afectos y emociones inapropiadas y/o aplanadas y con una marcada tendencia al aislamiento social. Con respecto al tratamiento, se lo aborda de modo global por una triple vía: la terapia farmacológica (que actúa sobre el desequilibrio bioquímico para evitar recaídas y el deterioro), la psicoeducación familiar (que imparte información sobre el alcance de la enfermedad, el tratamiento, la adecuación del comportamiento de la familia frente a situaciones puntuales, con el fin de reducir la tensión y el estrés) y la rehabilitación psicosocial (que abarca la prevención de recaídas, la recuperación de capacidades o habilidades perdidas con el curso de la enfermedad, la mejora en la competencia social, reinserción laboral, creación de redes de apoyo social, apoyo familiar. Para obtener estos objetivos se implementan diferentes tipos de actividades terapéuticas, entre las que se pueden mencionar: trabajo grupal, terapia individual y orientación-reinserción laboral.

La terapia que se implementa es de tipo Cognitivo-Conductual, es decir una psicoterapia donde se indican ciertas pautas directivas a realizar por los pacientes. Según la O.M.S. (2001) las intervenciones cognitivo conductuales se encaminan a modificar las pautas de pensamiento y la conducta mediante la práctica de nuevas maneras de pensar y actuar, consisten en ayudar al paciente a reetiquetar, redescribir o cambiar las creencias sobre la naturaleza de sus experiencias psicóticas.

Además de trabajar en conjunto con ACAPEF, lo hace también con CITES (Centro de Intervención Temprana en las Esquizofrenias) y con La Fundación Recuperar; todos organismos dedicados al estudio y tratamiento de pacientes con esquizofrenia.

Cuenta con un equipo interdisciplinario de profesionales, psicólogos, psiquiatras, acompañantes terapéuticos, monitores y profesores especializados en el dictado de cada taller.

Es una institución de índole privada, la cual se encuentra ubicada en la calle Chávez 48, en el barrio San Salvador de la ciudad de Córdoba. Funciona de lunes a viernes de 9 a 17 hs., durante todo el año. La modalidad de asistencia puede ser de jornada completa, es decir de lunes a viernes desde las 9 hasta las 17 hs; o de media jornada. Esto varía en cada caso y lo determinan los profesionales.

Objetivos

- Recuperar las funciones ejecutivas y cognitivas
- Recuperar la reintegración psicosocial, laboral y familiar
- Recuperar la autonomía en su vida cotidiana
- Sostener la adherencia al tratamiento
- Desarrollar conciencia de enfermedad y autocumplimiento del tratamiento
- Recuperar la autoestima y el sentido direccional del yo como persona

Actividades

Las actividades se realizan con objetivos terapéuticos que están orientados principalmente a la adquisición de habilidades pre-laborales y laborales (dentro de proyectos protegidos); todo en un programa de trabajo con supervisión profesional permanente. En este sentido, y dentro del programa de rehabilitación psiconeurocognitiva y de inserción sociolaboral, se crea el proyecto de la panadería "La Preferida". La panadería ofrece un conjunto de actividades pre-laborales donde se entrenan todas aquellas destrezas que son necesarias para el trabajo. Todo en un contexto protegido y supervisado, con asignación de tareas y horarios que se ajustan a las capacidades de cada socio, para ir desarrollando habilidades que les permitan ir proyectándose hacia un empleo normalizado.

La modalidad de trabajo elegida por la institución es Laborterapia, que se orienta en función de los intereses y posibilidades de los socios, conforme a su evolución y funcionamiento previo.

Además se realizan actividades tendientes a adquirir habilidades sociales y competencias para el mantenimiento de la Casa; también se programan excursiones y salidas recreativas una vez a la semana.

Áreas de trabajo:

Terapéutica

- Coordinación del Centro de Día
- Coordinación de dispositivos clínicos grupales
- Entrevistas de evolución semanal a los socios
- Entrevistas a familiares, mensuales
- Entrevistas de devolución anuales (para el paciente y su familia)
- Supervisión de la medicación
- Dispositivos grupales
- Supervisiones al grupo técnico, terapéutico y de coordinadores-pacientes

Dentro del área terapéutica se realizan diferentes **espacios clínicos**:

- Musicoterapia
- Terapia Grupal semanal para todos los pacientes
- Terapia Grupal mensual para pacientes con trastorno bipolar
- Grupo de psicoeducación para familiares
- Asamblea de convivencia

Área de extensión

- Asesoramiento personal y telefónico
- Emisión semanal del programa de radio "Entre amigos", Radio Revés, FM 88.7
- Salidas programadas recreativas y deportivas semanales
- Salidas nocturnas semanales
- Panadería "La Preferida"
- Promoción comunitaria: asesoramiento a instituciones educativas con población en edad de riesgo (adolescencia), sobre estrategias de abordaje preventivo

Área Talleres

- Radio
- Cocina
- Folklore
- Cine-Debate (con salidas a salas comerciales una vez al mes)
- Expresión Corporal

- Plástica
- Huerta
- Literatura
- Lectura
- Música
- Computación
- Carpintería
- Lúdico
- Gimnasia localizada
- Gimnasia, aparatos y fútbol
- Artesanías
- Inglés
- Teatro

Algunos de los socios, quienes ya están estables y recuperados, se encargan de dictar algunos talleres acordes con sus habilidades, conocimientos y formación en un área específica.

Área Investigación

- Asesoramiento y dirección de tesis de licenciatura en Psicología
- Programa de trabajo para la realización de Prácticas Supervisadas, para alumnos de la Facultad de Psicología.

Casa de medio camino

Un equipo especializado de acompañantes terapéuticos convive con cuatro de los pacientes. Se les brinda apoyo y supervisión por medio de un programa de rehabilitación esquematizado, cuyos objetivos son el entrenamiento de habilidades sociales, de autocuidado (incluyendo las actividades de la vida diaria y el manejo de la medicación) y de autonomía progresiva.

Equipo profesional

El equipo interdisciplinario está conformado por: médicos psiquiatras, licenciados en psicología, coordinadores talleristas (técnicos) y orientadores terapéuticos.

La Dirección Médica está a cargo del Dr. Raimundo Juan Muscellini.

La Directora de la Institución es la Lic. María Gabriela Contreras.

FOCALIZACIÓN

FUNDAMENTACION

De los numerosos trastornos mentales y del comportamiento con que se enfrentan los profesionales de la salud mental, ninguno es tan desafiante y primordial como la *esquizofrenia*. Este trastorno golpea a las personas a medida que van iniciando sus vidas y, en muchos casos, dado que cursa de forma recurrente y en última instancia crónica, conduce a un estado considerable de discapacidad. Al ser la más devastadora de las enfermedades mentales, afecta a la esencia de aquello que hace humana a la persona: su personalidad e intelecto. Por estas razones, la esquizofrenia está considerada prototipo de enfermedad mental (Lieberman, Stroup, Perkins, 2008).

La institución en la cual realicé la práctica, Casa Club Bien Estar, entiende a la *esquizofrenia* como una patología del neurodesarrollo, de génesis multicausal (de orden biológico, psicológico y social), que se manifiesta clínicamente en forma de graves alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta; produciendo en el individuo un grave deterioro psiconeurocognitivo (Ballús Creus, C. y García Franco, M. 2000).

Típicamente comienza al final de la adolescencia y principio de la edad adulta, afectando, según la Organización Mundial de la Salud, al 1% de la población mundial.

Los síntomas característicos, implican un abanico de *disfunciones cognoscitivas y emocionales* que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y la productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención (DSM-IV-TR, 2000). Resulta evidente que la cognición fue importante para los expertos en esquizofrenia que desarrollaron el DSM-IV-TR, aunque no se haya determinado ningún método para incluir este aspecto fundamental de la enfermedad en los criterios diagnósticos (Keefe, 2008).

En relación al abanico disfuncional anteriormente mencionado, desde que he ingresado a la institución Casa Club Bien Estar, han captado mi atención las reiteradas dificultades que varios jóvenes presentaron para concentrarse en una tarea, entender, retener y realizar la consigna del día, comenzar y finalizar la actividad; por tal motivo se comenzó la revisión bibliográfica respectiva, a la vez que se fue realizando un estudio de índole exploratorio, el cual derivó en uno descriptivo, con el fin de especificar las características del fenómeno a investigar. La información científica obtenida, arrojó datos significativos referidos al déficit cognitivo presente en la esquizofrenia, el cual incluye deterioro de la atención, dificultades de concentración,

pérdida en la fluidez verbal, disminución en la memoria de trabajo, enlentecimiento en la función motora, dificultad en la capacidad de abstracción y en las funciones ejecutivas.

Varios autores coinciden en agregar el déficit cognitivo a la sintomatología tradicional de la esquizofrenia, a saber, síntomas positivos (delirios y alucinaciones) y negativos (aplanamiento afectivo, embotamiento afectivo, alogia, anhedonia, apatía, abulia, alexitimia). Al respecto, es importante mencionar que la presencia de deterioro cognitivo, se debate en la actualidad como criterio de inclusión para el diagnóstico de esquizofrenia (Keefe, 2008).

Es de esta manera, como se fueron delimitando las variables a estudiar, *esquizofrenia* y *déficit cognitivo*. Asimismo, se eligió como dispositivo de observación el Taller de Radio, en el cual se exploraron los déficits cognitivos de las personas asistentes al taller y el tratamiento que reciben al respecto. Es importante mencionar, que estas dificultades se manifestaron en todos los talleres, y el hecho de elegir uno fue para delimitar el objeto a investigar.

Además, valoré la adquisición de la experiencia en terreno en cuanto al rol del psicólogo clínico, observando la labor de los distintos profesionales que asisten a la institución, diferenciando sus modalidades, perfilando el estilo personal de mi futuro quehacer profesional.

Finalmente, espero que el presente trabajo sirva como marco de referencia para aquellos investigadores venideros.

EJE DE SISTEMATIZACIÓN

Pregunta eje de sistematización: ¿Presentan déficit cognitivo las personas portadoras de esquizofrenia que asisten al Taller de Radio de Casa Club Bien Estar?

OBJETIVOS

General

- Determinar si las personas portadoras de esquizofrenia que asisten al taller de radio de Casa Club Bien Estar presentan déficit cognitivo

Específicos

- Establecer qué funciones cognitivas son las afectadas
- Indagar a cerca de la rehabilitación cognitiva
- Examinar el correlato neurobiológico del déficit cognitivo
- Conocer y reflexionar acerca del rol del psicólogo

ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

ESQUIZOFRENIA

Historia y concepto

La **esquizofrenia** es el trastorno mental más íntimamente relacionado con la historia de la psiquiatría. En la medida en que las investigaciones y observaciones clínicas avanzan se descubren nuevos horizontes para la etiología y tratamiento de la misma. Desde los tiempos de Hipócrates hasta la fecha, de acuerdo con los conocimientos de cada época, la delimitación del trastorno esquizofrénico ha sufrido significativas variaciones y poco a poco, se ha convertido en una entidad clínica con elementos propios en su etiología, clínica, diagnóstico y terapéutica.

Atrás han quedado los años de oscurantismo y los sacrificios en la pira de la inquisición para los dementes, a quienes Pinel liberó de sus cadenas y devolvió su calidad humana.

En 1801 Pinel, acuñó el término Demence. Ese mismo año su colega inglés Haslam se refirió a los comportamientos de los pacientes esquizofrénicos describiéndolos como un estado de insanía sin pasión furiosa o depresiva.

En 1845 el psiquiatra alemán Griesinger empezó a especular con la idea de que las formas más aberrantes del comportamiento humano representaban una extraña enfermedad cerebral.

En el año 1850 Morel introdujo el término Demence Precose. Seis años más tarde, junto a Falret postulan la existencia de una enfermedad que representaba las señales características de un comienzo temprano (precose o en la adolescencia), una marcha de los síntomas que incluía el deterioro del cuidado de sí mismo y el retraimiento social, y un curso de los síntomas que conducía finalmente a una pérdida de la capacidad intelectual (demence). (Ferrari)

Desde las observaciones de Morel, los clínicos han observado en la esquizofrenia, que los pacientes se caracterizan por presentar alteraciones en el pensamiento, rareza y extravagancia en la conducta y la progresiva evolución de los síntomas hasta un estado de embotamiento, incoherencia y lentitud psicomotriz. Hecker la denominó "hebefrenia" al considerarla un estado demencial de los jóvenes y más tarde Khalbaum aportó sus investigaciones clínicas sobre los trastornos psicomotores que incluyó en el término catatonia.

Emil Kraepelin en las sucesivas ediciones de su Tratado de las Enfermedades Mentales (1890-1907) incluyó bajo en nombre de *Demencia Precoc* en 1896, los

aportes clínicos de Morel, Hecker y se identificó como rasgos característicos de la enfermedad a la progresiva evolución hacia un estado de debilitamiento psíquico y a las profundas alteraciones de la afectividad (Téllez Vargas y López Mato, 2001).

Con el término de Demencia Precoz se diferencia a la Esquizofrenia de las psicosis orgánicas, en la que existen alteraciones neuropatológicas evidentes en contraste con la demencia precoz denominándolas como “Psicosis Funcional”. Por otro lado dentro de las psicosis funcionales se distinguió la demencia precoz de las psicosis maniaco-depresivas, de curso intermitente y con la presencia de síntomas afectivos claros. Para su definición, Kraepelin no sólo se basó en el curso y desenlace de la misma sino también, hizo una descripción de los síntomas entre los que incluía como más importantes, alteraciones del pensamiento (incoherencia, pérdida asociativa, creencias delirantes), alteraciones emocionales (deterioro de la expresión emocional, embotamiento), de la atención (distraibilidad por estímulos irrelevantes), negativismo (reducción de la actividad voluntaria, descuido de la responsabilidad), conductas estereotipadas y presencia de alucinaciones.

Así considerada, la demencia precoz era un concepto unitario que reunía varios trastornos descritos con anterioridad: catatonía, demencia paranoide y hebefrenia, pero la posterior constatación de la heterogeneidad de los pacientes lleva a Kraepelin a distinguir tres formas clínicas en función de la prevalencia de determinados síntomas: paranoide, catatónica, hebefrénica o emocional.

Las críticas a Kraepelin apuntaron en primer lugar al núcleo de su concepto: no siempre se daba un deterioro progresivo (demencia), ni su comienzo era siempre precoz. Además, definía al trastorno en función de su curso, del pronóstico y no de sus manifestaciones clínicas, pero al mismo tiempo proponía a los síntomas como criterio de valor predictivo. Los subtipos no eran mutuamente excluyentes, por lo que el diagnóstico no era fiable. Finalmente, no superaba el nivel descriptivo y aunque este fuese muy rico, posteriores autores pusieron en dudas las descripciones que se ajustan a lo que hoy entendemos por esquizofrenia.

Es menester recordar que la psiquiatría alemana de la época dividía, por razones prácticas, las patologías mentales en curables e incurables. La Demencia Precoz se consideraba de comienzo temprano y evolución irrecuperable.

Las observaciones de Kraepelin fueron refinadas posteriormente por Eugen Bleuler, quien en 1911 propone designar con el término *esquizofrenia* (schyzos: escindido, dividido) al grupo de demencias precoces, porque como la mayoría de los clínicos de la época había observado que los pacientes no estaban dementes sino que presentaban un proceso de alteración de su capacidad “asociativa”, del pensamiento

(signos primarios de disociación) y alteraciones de la expresión simbólica de los procesos inconscientes (signos secundarios) (Téllez Vargas y López Mato, 2001).

Con el término esquizofrenia, se hacía directa referencia al trastorno que estaba en la base de la enfermedad, la Spaltung o disociación del psiquismo, siendo esencial la debilidad asociativa de los procesos psíquicos, que hace que pierdan su unidad interna y entonces se disgreguen caóticamente y pierdan su coherencia.

Bleuler recalcó que la anormalidad fundamental y unificadora en la esquizofrenia era esta división o fragmentación del proceso del pensamiento, considerando que el resto de los síntomas presentes, como el aplanamiento afectivo, el pensamiento peculiar o distorsionado, la abulia, el trastorno atencional y la indecisión conceptual (ambivalencia), eran de la misma importancia; a este grupo de síntomas los denominó síntomas fundamentales, mientras que a los delirios y las alucinaciones los consideró como síntomas accesorios, ya que también podían aparecer en otros trastornos, como en las psicosis maníaco-depresivas (Gómez, 2004).

Así mismo consideró a la esquizofrenia como un proceso lento, progresivo y profundo, caracterizado por un síndrome deficitario (negativo) de disociación y por un síndrome secundario (positivo) con producción de ideas delirantes, alucinaciones y alteraciones afectivas. Además, distinguió cuatro formas clínicas, paranoide, hebefrénica, catatónica y simple, e identificó síntomas patognomónicos para cada una de ellas (Téllez Vargas y López Mato, 2001).

En 1959, el psiquiatra alemán Kurt Schneider, argumenta a diferencia de Bleuler, que los síntomas patognomónicos (o síntomas de primer rango) de la esquizofrenia eran los delirios y las alucinaciones (Gómez, 2004).

Thimoty Crow en 1980 propone un modelo bidimensional para la esquizofrenia, la esquizofrenia Tipo I, caracterizada por síntomas positivos (delirios, alucinaciones, trastornos en la forma del pensamiento y alteraciones en la conducta) y la esquizofrenia Tipo II, donde los síntomas negativos (pobreza en el pensamiento, afecto plano, disminución de la actividad voluntaria) son prominentes. Observó que los síntomas positivos tienden a ser transitorios, en tanto que la sintomatología negativa es persistente. Además expuso como etiología para el Tipo I, una alteración en los neurotransmisores, posiblemente una hiperactividad dopaminérgica, en tanto que el Tipo II, estaría originado por un daño cerebral (Téllez Vargas y López Mato 2001).

La esquizofrenia es un trastorno difícil de definir y por lo tanto no tiene una definición universalmente aceptada. Frecuentemente se emplea el término de forma errónea no solamente en los periódicos, películas y en la televisión, sino también, entre los profesionales de la salud mental; esto es debido tanto a la falta de consenso

entre los expertos a la hora de definir la psicosis, como al estigma y al miedo de la sociedad en general. Los debates sobre los criterios diagnósticos conducen a frecuentes reformulaciones entre los expertos, mientras que el ciudadano medio se preocupa sobre los mitos ancestrales acerca de la enfermedad mental, que incluyen a los asesinos psicóticos, la rabia psicótica y el equiparar el concepto de esquizofrenia con el término peyorativo de loco.

Al respecto, Lagomarsino (1995) plantea que la esquizofrenia además de poseer síntomas muy diferentes, con presentaciones clínicas variadas y cambiantes, abarca también a un grupo muy heterogéneo de trastornos que comprometen una amplia variedad de dominios cognitivos, emocionales y conductuales.

Ballús-Creus y García Franco (2000) conciben a la esquizofrenia como una patología del neurodesarrollo de génesis multicausal, de orden biológico, psicológico y social que produce en el individuo un grave deterioro psiconeurocognitivo. Es una enfermedad del cerebro causada por una alteración precoz del desarrollo cerebral de origen genético, que produce severas anomalías en las conexiones entre diferentes áreas del sistema nervioso y que se manifiesta clínicamente en forma de graves alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta.

Para Parrellada Rodón y Fernández Egea (2004) se trata de una enfermedad compleja, que afecta no solo al pensamiento y las emociones de las personas que la padecen, sino también a la capacidad para proyectar su futuro y relacionarse con otras personas.

La Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente española (2009), menciona que con el término esquizofrenia se designa a un conjunto de trastornos psicóticos, caracterizados todos ellos por la presencia de síntomas psicóticos positivos en algún momento de su desarrollo, y donde los síntomas negativos y cognitivos se asocian, a su vez, a un grado variable de discapacidad. Sus manifestaciones básicas consisten en una mezcla de signos y síntomas característicos. Los síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas, sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), conducta (catatonía, desorganización), *cognición* (atención, concentración), motivación y juicio. No hay ningún síntoma que sea por sí solo, patognomónico de la esquizofrenia. Estas características psicológicas y conductuales se asocian a diversos tipos de deterioro. Los síntomas característicos de la esquizofrenia se han clasificado en dos grandes categorías -síntomas positivos y negativos (o déficits)-, a las que recientemente se ha añadido una tercera, la desorganización. No todos los síntomas descritos están presentes en cada uno de los

pacientes diagnosticados de esquizofrenia. No son específicos, pues se dan también en otras enfermedades. El trastorno se caracteriza por una gran heterogeneidad entre los distintos individuos y una variabilidad en cada uno de ellos a lo largo del tiempo. También se asocia a un aumento de la incidencia de enfermedades médicas generales y de mortalidad, especialmente por suicidio, que se da hasta en un 10% de los pacientes.

Recientemente, ha quedado claro que la distinción tradicional positivo-negativo de la fenomenología de la esquizofrenia está incompleta y debe ampliarse para incluir otros ámbitos o dominios sindrómicos, que en parte no se superponen, tales como los síntomas afectivos y cognitivos. En cuanto al factor cognitivo, se incluye la desorganización conceptual, dificultades con el pensamiento abstracto, desorientación, falta de atención, preocupación (Lieberman, Stroup, Perkins, 2008).

Clasificación y criterios diagnósticos

Según la C.I.E. 10, los criterios para el diagnóstico son:

1-Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.

2-Ideas delirantes de sentirse controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.

3-Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo, o voces alucinatorias de distinto tipo que proceden de otra parte del cuerpo.

4-Ideas delirantes persistentes que no se corresponden con la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos.

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, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérica, negativismo, mutismo, estupor.

8-Síntomas negativos como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional. Deben descartarse que estos síntomas se deban a una depresión o una medicación neuroléptica.

9-Un cambio sistemático y significativo de la calidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, ensimismamiento y aislamiento social.

*El requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos 1 a 4, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el 5 y el 8, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.

Los cuadros que reúnan otras pautas pero de una duración menor a un mes (hayan sido tratados o no) deberán ser diagnosticados en primera instancia como trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F 23.2) y reclassificados como esquizofrenia si el trastorno persiste por un periodo de tiempo mas largo. El síntoma 9

de la lista precedente se aplica solo a la esquizofrenia simple (F 20.6) y requiere de una duración de por lo menos un año.

Mirando retrospectivamente, puede aparecer de forma clara una fase prodrómica en la cual ciertos síntomas y el comportamiento en general como pérdida del interés por el trabajo y la actividad social, descuido de la apariencia e higiene personal, ansiedad generalizada y grados moderados de depresión y preocupación precede al inicio de los síntomas psicóticos en semanas e incluso meses. Dada la dificultad para delimitar en tiempo el inicio de la enfermedad la pauta de un mes de duración se refiere únicamente a los síntomas específicos señalados más arriba y no cualquiera de los que aparecen en la fase prodrómica no psicótica.

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecederan claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo (F 25), aún cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por si solos el diagnóstico de esquizofrenia.

Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia de las mismas. Los trastornos similares que se presentan en el curso de una epilepsia o de otra enfermedad cerebral deberán codificarse de acuerdo con la categoría F 06.2 y aquellos inducidos por sustancias psicótropas como F 1x.5.

En cuanto la C.I.E 10 sistematiza:

- F20. Esquizofrenia:
- F20.0. Esquizofrenia Paranoide
- F20.1. Esquizofrenia Hebefrénica
- F20.2. Esquizofrenia Catatónica
- F20.3. Esquizofrenia Indiferenciada
- F20.4. Depresión Postesquizofrénica
- F20.6. Esquizofrenia Simple
- F20.7 Trastorno Esquizotípico
- F25 Trastornos esquizoafectivos (Ferrari, A)

Según el DSM IV, los criterios para el diagnóstico son:

A-Síntomas característicos: dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si han sido tratados con éxito):

1-Ideas delirantes.

2-Alucinaciones.

3-Lenguaje desorganizado.

4-Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

5-Síntomas negativos, tales como aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

B-Disfunción social-laboral: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo están claramente por debajo del nivel previo al inicio del tratamiento (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C-Duración: persisten signos continuos de alteración durante al menos seis meses. Este período de seis meses debe incluir al menos un 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 solo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes de forma atenuada.

D-Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo.

E-Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica.

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

El DSM IV clasifica:

F 20.0x Tipo paranoide [295.30]

F 20.0x Tipo desorganizado [295.10]

F 20.2x Tipo catatónico [295.20]

F 20.3x Tipo indiferenciado [295.90]

F 20.5x Tipo residual [295.60]. (Frances, Harold, First & Widiger, 1995)

Subtipos de Esquizofrenia

Aunque en un principio puede dar igual qué tipo de esquizofrenia padece la persona, no todas las esquizofrenias son las mismas y lo que es más importante, no todas evolucionan igual ni requieren el mismo tratamiento. Por este motivo, es importante hablar de aquellos subtipos de esquizofrenias que los profesionales entienden que pueden darse para distinguir el caso.

- Esquizofrenia Simple:

El trastorno es de instalación progresiva, lenta e insidiosa con escasas o nulas manifestaciones productivas de tipo delirante-alucinatorio y predominio de los síntomas negativos: apatía afectiva, abulia o apragmatismo, clinostatismo, retraimiento autista, extravagancia y rareza de las conductas, convicciones y creencias. Suele aparecer en sujetos de personalidad esquizoide previa, con aislamiento, timidez e introversión y escasos contactos interpersonales. Evolucionan hacia estados de aplanamiento afectivo e indiferencia que los tornan insensibles ante hechos dramáticos o conflictivos, pierden espontaneidad, acentúan su soledad y se refugian en el ambiente familiar que, frecuente y extrañamente, suele tolerar sus excentricidades sin reacción ni alarma alguna.

Es de mal pronóstico pues cuando ocurre la consulta el cuadro suele llevar años de evolución.

-Esquizofrenia Hebefrénica:

Es un trastorno de presentación en edad juvenil (hebe: joven). Sus manifestaciones prodrómicas (fase en que aparecen las primeras manifestaciones clínicas de carácter psicótico pero que no llegan aún a configurar de forma completa el síndrome) pueden asumir formas pseudoneuróticas, crisis de originalidad adolescente con manifiestos trastornos de la conducta (vagabundeo, abandono de los estudios, adherirse a grupos esotéricos, etc.). No son infrecuentes las formas del comienzo asociadas al consumo de alcohol o drogas. La despersonalización genera vivencias de extrañeza de sí mismo y del mundo con pérdida de control de la actividad psíquica por parte del yo del sujeto.

El delirio suele ser pobre y poco productivo destacando, en cambio, la discordancia y el síndrome disociativo que rompe la coherencia de las funciones psíquicas del pensar, de los afectos y las representaciones, de la inteligencia y el lenguaje. Esta fragmentación del psiquismo evoluciona hacia formas

pseudodemenciales con deterioro progresivo y global. Se trata de un cuadro grave de mal pronóstico.

-Esquizofrenia Paranoide:

Es la más frecuente. Suele manifestarse en edades más avanzadas que las formas anteriores y también, a diferencia de ellas, hay predominio de la producción delirante y no de la sintomatología negativa. Se trata de la modalidad que representa clásicamente al delirio con sus vivencias persecutorias de diverso tipo: control del pensamiento y las acciones, confabulación urdidas en perjuicio del enfermo, transformaciones corporales, celotipias. Predominan las interpretaciones delirantes en las cuales la realidad es deformada en un sentido autorreferencial: al enfermo le ponen o le hacen cosas, recibe mensajes a través de la radio o la televisión, aquello que le dicen tiene para él un oculto significado especial.

-Esquizofrenia Catatónica:

Trastorno con predominio de la sintomatología psicomotriz, que puede asumir la forma de inmovilidad motriz o actividad motriz excesiva. Pueden aparecer manierismos, estereotipias conductuales, rigideces corporales globales o yacencias permanentes en posiciones fetales. Es un cuadro de extrema gravedad que expresa los límites del daño esquizofrénico (Ferrari, A).

-Esquizofrenia Desorganizada:

Prevalecen los siguientes síntomas: lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado, afecto plano o inapropiado.

Causas

La esquizofrenia es una enfermedad de génesis multicausal, es decir, posee causas biológicas psicológicas y sociales.

Las causas que hoy en día se consideran, de forma bastante consensuada, como más probable de la enfermedad son: la vulnerabilidad genética, el desequilibrio bioquímico de los neurotransmisores y los acontecimientos vitales estresantes (Parrellada Rodón et al, 2004).

Vulnerabilidad biológica: es la predisposición, heredada genéticamente a contraer la enfermedad si se dan otras circunstancias. Elementos genéticos, y posiblemente factores adquiridos, crean un terreno previo vulnerable, al que en un momento determinado pueden afectarle acontecimientos que alteren la vida del paciente. De esta manera la crisis se manifestaría cuando a la persona se le exige en exceso.

Desequilibrio bioquímico: la dopamina y la serotonina son los principales neurotransmisores de este desequilibrio bioquímico, el cual consiste en un exceso de aquellos en las sinapsis, con lo cual se transmite más información de la requerida de una neurona a otra.

Acontecimientos vitales: se refiere a aquellas situaciones de la vida, por lo común de carácter inevitable, que son inductoras de cambio, a menudo traumáticos, y que en muchos casos requieren un esfuerzo importante de adaptación a la nueva situación, la cual puede resultar una pérdida importante. En muchas ocasiones estos acontecimientos actúan como detonantes de una crisis.

Prevalencia

La esquizofrenia es una enfermedad frecuente, universal, presente en todas las culturas y todas las áreas geográficas, sin distinción de raza, sexo o nivel socioeconómico. Afecta entre el 0.5% – 1% de la población mundial y cada año se diagnostican entre 2 a 4 casos nuevos por cada 10.000 habitantes. De los datos aportados por los estudios de la O.M.S. se estima que cerca de 45 millones de personas en todo el mundo padecen esquizofrenia. La edad de inicio de la enfermedad se sitúa entre el final de la adolescencia y el inicio de la vida adulta. Es en esta época cuando el cerebro acaba de desarrollarse por completo y cuando se expresan los errores en su maduración. Existe una pequeña variación entre la edad de inicio en hombres y en mujeres, apareciendo 2 o 3 años antes en los primeros (15 – 25 años en ellos frente a los 25 – 35 años en ellas).

Síntomas en la esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad crónica que en la inmensa mayoría de los casos dura toda la vida; sin embargo a veces sólo se observa una parte de esta invalidante enfermedad, es decir, aquella que aparece en los períodos de agudización. Los períodos de agudización, caracterizados por la presencia de síntomas positivos y de alteraciones de la conducta, llaman poderosamente la atención y dan lugar a una visión deformada de la enfermedad, ya que la mayor parte de la vida de los pacientes con esquizofrenia está constituida por los períodos intercríticos. Estos períodos intercríticos son en verdad los que muestran en el paciente sus enormes limitaciones, determinadas más por la presencia de síntomas negativos y cognitivos que por los positivos; todo esto correlacionado a medio y a largo plazo con la funcionalidad del paciente y con sus posibilidades de integración en la sociedad, determinará la calidad de vida y de la atención psiquiátrica (Sanjuán, Prieto, Olivares, Ross, Montejo, Ferre, Mayoral, González y Bousoño 2002).

Teniendo en cuenta que la esquizofrenia es una enfermedad extraordinariamente compleja, en la que están presentes una multiplicidad de síntomas, los autores Bousoño, González Torres, González, Olivares, Montalbán y San Juan (2005) los clasifican en:

- a- Síntomas positivos
- b- Síntomas negativos
- c- Síntomas afectivos
- d- Síntomas desorganizativos
- e- Síntomas cognitivos básicos
- f- Síntomas cognitivos sociales

Un punto importante que cabe remarcar es que los pacientes no presentan todos estos síntomas a la vez. De hecho, la mayoría de los síntomas no serán experimentados y muchos sólo de forma fugaz y transitoria durante los momentos de crisis psicótica. De modo inverso, algunos síntomas en particular los negativos y cognitivos se experimentan de forma crónica y son más resistentes a los tratamientos, de modo que el paciente y la familia deben aprender a convivir con ellos.

Según Olivares (1998) los síntomas negativos junto con los cognitivos son la clave para comprender esta enfermedad (o mejor, este grupo de enfermedades), a nivel fisiopatológico, pues probablemente están más cerca de las causas de la misma, e incluso en el origen de otros síntomas, como los síntomas positivos, que puede no

sean más que reacciones estereotipadas de un cerebro con los déficits justos como para no poder afrontar situaciones ambientales complejas.

a- **Los síntomas positivos** suponen la aparición de algo, de alguna conducta o actitud que no se apreciaba antes de la enfermedad (Barnes, Hutton, Chapman, Mutsatsa, Puri y Joyce, 2000).

- Alucinaciones:

Es una percepción sin objeto concreto a percibir. Las verdaderas alucinaciones tienen características de nitidez, corporeidad o espacialidad y evidencia de realidad que las asemejan a percepciones normales. Existen tantos tipos de alucinaciones como sentidos tenemos. Las más frecuentes son las auditivas, que pueden ser simples (un ruido, un silbido, un soplo en el oído) o complejas (una o varias voces que conversan con el paciente, le alaban, le insultan, le ordenan o le describen lo que está haciendo pero que, o bien pueden ser alentadoras o casi siempre le atormentan). También pueden presentarse aunque con mucha menor frecuencia, alucinaciones visuales, olfativas, gustativas y táctiles.

- Delirios o ideas delirantes:

Son creencias por parte del paciente, irreducibles a la lógica y que gobiernan su pensamiento y su conducta. Son creencias porque el paciente no llega a ellas a través de la deducción, la lógica o la observación, sino que nacen dentro de su mente, brotan, sin anclaje con la realidad que le envuelve. Una vez que se alumbran pueden evolucionar, complicarse o diversificarse, pero siempre desde esa base de realidad distorsionada, sin contacto con el mundo que le rodea.

El contenido de los delirios es muy variado: delirio de persecución (creer estar siendo perseguido o vigilado), delirios de perjuicio (creer que algún miembro de la familia le envenena la comida, o que el vecino le manda gases tóxicos a través de las paredes), delirios hipocondríacos (creer que no funciona algún órgano vital), delirios celotípicos (estar convencido de la infidelidad de la pareja), delirios megalomaniacos (creer que se poseen capacidades sobrenaturales o por encima del común de los mortales para desarrollar algunas tareas o emprender nuevos negocios), delirios místico-religiosos (afirmar tener alguna misión encomendada por dios).

b- Se entiende por **síntomas negativos** a aquellos que suponen la desaparición de conductas o capacidades que el paciente mostraba antes de la enfermedad (Bousoño et al, 2005).

- Aplanamiento afectivo o afecto aplanado:

Se define como la ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva; es frecuente y está caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la

expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. Es un trastorno motor, en donde lo que está alterado es la capacidad para mostrar los afectos.

- **Embotamiento afectivo o afecto embotado:**

Reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional. Este concepto se refiere en realidad a que el paciente no es consciente de las emociones (no las siente) que debería manifestar frente a los estímulos adecuados, por lo tanto, no las manifiesta o las manifiesta de modo restringido o constreñido.

- **Alogia:**

Se define como empobrecimiento del pensamiento que se infiere de la observación del lenguaje y el comportamiento verbal. Pueden observarse réplicas breves y completas a las preguntas formuladas, así como restricción de la calidad del habla espontánea (pobreza del habla). A veces el habla es adecuada cuantitativamente, pero incluye poca información por ser excesivamente concreta, demasiado abstracta, repetitiva o estereotipada (pobreza del contenido).

- **Anhedonia:**

Se define como la incapacidad para experimentar placer o como la ausencia de reactividad emocional a situaciones placenteras.

- **Apatía:**

Disminución o ausencia del sentimiento, de la emoción o del interés. Este concepto está más en relación con la indiferencia debido a un trastorno en la capacidad de sentir emociones, la cual es secundaria a una dificultad en iniciar las tareas para conseguir un fin, es decir, un trastorno de la voluntad (avolición o abulia)

- **Avolición o Abulia:**

Se define como la incapacidad para iniciar actividades dirigidas a un fin y persistir en ellas. Es un trastorno de la voluntad. El paciente puede no realizar una tarea por estar abúlico (no puede iniciar o mantener la tarea) aunque tenga interés en hacerla.

- **Alexitimia:**

La alexitimia nos remite a problemáticas relacionadas con el afecto, en su origen, sus desarrollos, su percepción y su comunicación. No se trataría de que el sujeto no sienta o no tenga afectos sino de que, pese a su intensidad no discrimina matices.

c- Los **síntomas afectivos** implican ansiedad, depresión, obsesión y fobia (Bousño et al, 2005). Parrellada Rodón y Fernández Egea (2004) refieren que clásicamente las manifestaciones afectivas formaban parte de la sintomatología esquizofrénica e

incluso en algunas etapas de la enfermedad podían ser las manifestaciones más relevantes. Kahlbaum, en su descripción de la catatonia señaló a la melancolía atónita como un período de mutismo y de estupor frecuentemente asociado a un estado de ánimo depresivo. Conrad, por su parte, señaló que los pacientes esquizofrénicos pueden ser invadidos por un estado de ánimo de tinte melancólico que resulta indistinguible de la depresión endógena. Dos situaciones están típicamente asociadas a los síntomas de depresión; la primera tiene lugar al inicio de la enfermedad, con la experiencia de los primeros síntomas psicóticos y la extrañeza con la que se viven; la segunda, más frecuente ocurre tras la remisión de los síntomas delirantes o alucinatorios (distorsión de la realidad), cuando el enfermo recibe el diagnóstico de la enfermedad, toma conciencia de ella y de las consecuencias que deberá afrontar. Este período, llamado depresión postpsicótica, es especialmente importante diagnosticar y tratar porque puede conducir a una aguda desesperanza por parte del paciente que devenga en suicidio.

d- Los **síntomas desorganizativos** incluyen conductas y comportamientos inadecuados (Bousoño et al, 2005). Parrellada Rodón y Fernández Egea (2004) establecen que estos síntomas se pueden encontrar tanto en el pensamiento como en la conducta. La desorganización del pensamiento se denota por una forma de hablar poco comprensible, donde el paciente o bien repite un mismo concepto, idea, frase o incluso sílaba de forma reiterada (perseveración) o bien es incapaz de sintetizar una idea porque da demasiados detalles (circunstancial) o nunca llega a buen puerto (tangencialidad). A veces esta tendencia evoluciona y las ideas no siguen un orden lógico ni semántico (agramatismo) ni argumental (pensamiento disgregado o láxico) lo que conduce a un discurso ininteligible e incoherente. Cuando esta desorganización afecta a la conducta el paciente puede mostrarse inquieto, hiperactivo sin ningún fin, con conductas bizarras o incluso mostrarse agitado o violento sin motivo aparente. Ocasionalmente, este comportamiento se puede acelerar tanto que conduce, de forma paradójica, a una inmovilidad absoluta del paciente, acompañada de rigidez de sus miembros que se denomina catatonia.

e- Los **síntomas cognitivos básicos** están conformados por distintos déficits en la atención, fluidez verbal, memoria de trabajo, función motora, capacidad de abstracción y en las funciones ejecutivas. Las principales deficiencias que presentan estas funciones cognitivas básicas son (Bousoño et al, 2005).

- Atención: dificultad para procesar varios estímulos al mismo tiempo, o estímulos complejos.
- Lenguaje: pérdida en la fluidez verbal.

- Memoria de trabajo: disminución en la capacidad de recordar palabras ó imágenes en un corto período para realizar una tarea concreta.
- Función motora: enlentecimiento motor, más marcado en pruebas motoras bimanuales.
- Capacidad de abstracción y funciones ejecutivas: dificultad para realizar asociaciones correctas de conceptos o discriminar las ideas irrelevantes.

Para Ballús-Creus y García Franco (2000), los síntomas más importantes de la esquizofrenia giran en torno al *exceso de distracción* debido a la dificultad de filtrar los estímulos externos. Explican que la *atención queda sobrecargada*, lo que aumenta la distracción debida al exceso de atención prestada a los estímulos internos. El paciente presentará una alta sensibilidad al estar muy receptivo a los estímulos externos, los recibirá con mucha más intensidad. Tendrá distorsiones al recibir tal cantidad de estímulos sin poder filtrarlos. Puede haber fenómenos de solapamiento o aberraciones en las percepciones.

Estos fenómenos dan lugar a alteraciones de pensamiento y del lenguaje, a delirios, alucinaciones y a un retraimiento y reducción del afecto mostrado a la gente que lo rodea.

En cuanto a descripciones hechas por los propios pacientes, parece que hay cierta coincidencia en sensaciones de soñar despierto, la realidad percibida como increíble o incontrolable, incertidumbre. En otros casos el paciente explica que es como si estuviese viendo varios canales de televisión al mismo tiempo, situación que nos causaría un fuerte dolor de cabeza y una firme sensación de no entender nada. Esto es lo que sienten muchas veces, además de confusión, incomprensión, mezcla de ideas, etc. De hecho no es más que el efecto de la aceleración del pensamiento, producida por el exceso de neurotransmisores (dopamina y serotonina).

f- Se entiende por **síntomas cognitivos sociales** a la dificultad en la percepción emocional, la resolución de conflictos y la ejecución de soluciones (Sanjuán, Prieto, Olivares, Ros, Montejo, Ferre, Mayoral González-Torres y Bousoño, 2001).

- Dificultad en la percepción emocional: se refiere a los errores en la interpretación del significado de los gestos o las palabras de otros (percibir correctamente lo que sucede en la relación interpersonal).
- Dificultad en la resolución de conflictos: se refiere a la dificultad para encontrar soluciones ante un conflicto interpersonal concreto (saber lo que hay que hacer).
 - Dificultad en la ejecución de las soluciones: se refiere a la dificultad en llevar a cabo, ejecutar las soluciones que hemos encontrado ante un problema concreto (ser capaz de hacerlo).

ASPECTOS COGNITIVOS

El término cognitivo tiene muy variadas acepciones, y en su sentido más amplio es probablemente demasiado impreciso. Neisser (1967) aplica la denominación de cognitivos a “todos los procesos por medio de los que la entrada sensorial es transformada, reducida, elaborada, almacenada, recuperada y usada”. Esta concepción incluye los procesos de atención, sensación, percepción, memoria, lenguaje, pensamiento y respuesta motora. (Cuesta Zorita y Peralta Martín, en Chinchilla Moreno, 1996)

Según Keegan (2007) el adjetivo *cognitivo* es en realidad un anglicismo que debería traducirse por *cognoscitivo*. Sin embargo, el término cognitivo, ha terminado por imponerse en el uso, probablemente debido a que no carga con las resonancias intelectualistas que el adjetivo cognoscitivo evoca en la persona que habla castellano.

A principios de la década de 1960 un número creciente de artículos sobre psicología básica se referían a los *cognitive phenomena*, esto es, los fenómenos de la cognición, entendida como el conjunto de procesos por medio del cual el sujeto aprehende, procesa, categoriza y construye la realidad (procesos que habían sido dejados de lado por el paradigma conductista). Estos artículos parecían mostrar una nueva manera de concebir la psicología; hacia mediados de la década de los `60 se denominó a ese movimiento *cognitive psychology* (Keegan, 2007).

La Psicología Cognitiva surge como una reacción a la psicología experimental y al paradigma conductista (E-R); estableciendo la necesidad de centrar el estudio en los fenómenos ocurridos en la mente del individuo; volviendo a poner el acento sobre el conocimiento (qué conocemos, cómo, etc.). Su principal interés, en líneas generales, radica en desentrañar y comprender la mente humana.

En un primer momento, el paradigma del procesamiento de información explicó el funcionamiento de la mente humana como un sistema computacional, que codifica, retiene y opera con símbolos y representaciones internas, de forma secuencial, siendo el cerebro el recurso central de procesamiento. Luego se inició un fuerte cuestionamiento a esta equiparación, pues resultaba insuficiente para explicar cómo opera la mente humana. Esta analogía del sistema cognitivo humano como un procesador de la información, presentaba limitaciones: la máquina puede procesar datos, siempre que se le den datos, y la secuencia es siempre la misma (input – proceso – output); en cambio en los humanos, lo que será considerado como input depende del organismo y del nivel de significación de la información, de acuerdo a la experiencia. Los humanos pueden producir, a partir del sistema nervioso sus propios inputs y outputs, lo que determina que vayan cambiando sus respuestas a medida

que conocen. Todo esto derivó en un replanteo del Modelo Cognitivo, desde la perspectiva de un procesamiento lineal o secuencial, a un procesamiento circular o recursivo, donde el sujeto que conoce tiene la capacidad de cambiar, a partir de su propia experiencia, la cual ordena a través del lenguaje (Salvetti, 1999).

El modelo cognitivo, comenta Palacio (2004), planteó como meta principal conocer cómo funciona la mente humana, y como principal submeta: plasmar teorías explicativas acerca de la eficacia de lo mental en la producción de las conductas, o sea, cómo lo mental determina la conducta.

Agrega la autora, que para este modelo, cada situación cotidiana, al generar una acción como respuesta por parte del individuo, implica una manera peculiar de utilizar la información, cuyo eje central es la memoria. Entran en juego aquí las *cogniciones* o conocimientos y la transformación de las mismas a cargo de mecanismos mentales, y la noción fundamental de representación. El sistema mental funciona basado en representaciones internas de conocimientos, entidades simbólicas que pueden recibir diferentes nombres: esquemas, modelos, planes, conceptos, etc.

En base a esto, es la finalidad específica del cognitivismo, conocer cómo están organizadas estas entidades representacionales, qué mecanismos las transforman y cuál es su eficacia causal en la determinación de las conductas.

Salvetti (1999) menciona que las cogniciones son formas de organización de la experiencia; cómo los individuos son capaces de procesar información. Toda cognición implica dos tipos de organización: intelectual, entendida como estructuras de pensamiento, y emotiva, entendida como patrones afectivos. En cuanto a la relación entre cogniciones y afectos, serían dos caras de la misma moneda, están codeterminadas. Esta influencia co-causal de las cogniciones sobre las emociones, reviste importancia clínica, pues es posible modificar o atenuar una reacción emocional, propiciando a esa persona una interpretación tranquilizadora o distinta a determinada situación o estímulo.

Un nivel de organización cognitiva son los eventos cognitivos, pensamientos e imágenes automáticos que actúan a nivel preconsciente (denominados por Beck pensamientos automáticos); de fácil acceso a la conciencia, se relacionan con un procesamiento en paralelo que influye en nuestro comportamiento.

Otro nivel lo constituyen las estructuras cognitivas (o esquemas), que son características relativamente duraderas o estables de la organización cognitiva de una persona, se relacionan con los procesos de almacenamiento de información (memoria). Funcionan como un patrón que activamente defiende, codifica, categoriza y evalúa información, operando a un nivel inconsciente. Están en la base de todo procesamiento y de los contenidos de los eventos.

En el ámbito de la clínica, a fines de la década de los `60, surgen las primeras formulaciones de Terapia Cognitiva. El supuesto teórico central sostiene que los pensamientos erróneos e irracionales caracterizan a las personas que padecen desórdenes psicológicos, teniendo dichos pensamientos un efecto negativo en el estado emocional. El objetivo de la terapia sería modificar esos pensamientos negativos y las creencias asociadas, sustituyéndolos por otros modos de pensar, mejorando así el estado de las personas perturbadas (Salvetti, 1999).

En forma paralela, y por la misma época, Albert Ellis y Aaron Beck son quienes comienzan a pensar los fenómenos psicopatológicos bajo modelos cognitivos. Ambos se habían formado como psicoanalistas pero habían decidido adentrarse en territorios relativamente inexplorados por el psicoanálisis de la época. Beck y Ellis observaron que ciertos enfermos mentales mostraban cambios cognitivos que parecían prototípicos. Estos pacientes mostraban modos de procesamiento de la información que diferían de los normales; que por caso, eran claramente diferentes de los modos de procesamiento que ese mismo paciente mostraba cuando estaba libre de síntomas. Ambos comenzaron a identificar las reglas que gobernaban tales cambios, con la esperanza de encontrar allí nuevas claves para comprender los mecanismos de formación de síntomas o quizás la clave misma de la génesis del trastorno (Keegan, 2007).

En el año 1956 el Dr. Albert Ellis inicia una nueva corriente en psicoterapias que hoy se conoce con el nombre de Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Algunos años después, en 1962, el Dr. Aaron T. Beck inicia una nueva propuesta en psicoterapias que denomina Terapia Cognitiva (TC) y que muy pronto adquiriría gran prestigio por su eficacia para enfrentar la depresión y la ansiedad. Ambas corrientes, junto con nuevos desarrollos como la Terapia de los Esquemas (Jeffrey Young) y otras nuevas orientaciones integradoras, conductuales y sociales, están comprendidas en lo que hoy se denomina la “corriente cognitiva conductual” en psicoterapias.

Funcionalidad y funciones cognitivas

La funcionalidad genéricamente hablando se define como la capacidad de adaptación del individuo a sus necesidades personales, familiares, sociales y laborales. Es la habilidad que tiene una persona para cuidar de sí mismo, desempeñar una serie de roles socialmente definidos en una determinada cultura y participar e integrarse en diferentes actividades sociales- recreativas.

Los componentes de la misma son: capacidad cognitiva y afectiva intacta, capacidad volitiva y conativa conservada, capacidad laboral, capacidad de relación social, capacidad de planificar el futuro y capacidad de integración a la sociedad.

Una de las dimensiones más importantes de la funcionalidad son las denominadas *funciones cognitivas*, las cuales se componen de las funciones cognitivas básicas y las funciones de cognición social. Las funciones cognitivas básicas incluyen: la atención (capacidad para procesar varios estímulos al mismo tiempo o estímulos complejos), la fluidez verbal (capacidad que tiene una persona para generar palabras correctas en un determinado tiempo), la memoria de trabajo (capacidad de recordar palabras e imágenes en un corto período para realizar una tarea concreta), la función motora (correcto desarrollo de la psicomotricidad), las funciones ejecutivas (capacidad para realizar asociaciones correctas de conceptos o discriminar las ideas relevantes). A su vez, las conocidas como funciones cognitivas sociales incluyen: la percepción emocional (la capacidad para percibir correctamente lo que sucede en la relación interpersonal), resolución de conflictos (capacidad para encontrar soluciones ante un conflicto concreto), ejecución de las soluciones (capacidad para llevar a cabo y ejecutar las soluciones que hemos encontrado ante un problema concreto) (San Juan, Prieto, Olivares, Ros, Montejo, Ferré, Moyoral, González-Torres y Bousoño, 2002).

Déficit cognitivo

Las referencias relativas al déficit cognitivo en la esquizofrenia no son nuevas, de hecho ya en las primeras descripciones clínicas del cuadro se apuntaba que estos pacientes no sólo presentaban alucinaciones y delirios, sino también alteraciones en el pensamiento, la atención y la volición.

Según Möller (2008), la inclusión del deterioro cognitivo coincidiría perfectamente con el concepto tradicional de demencia precoz/esquizofrenia, tal como lo propusieron Kraepelin y Bleuler. Si bien el término “demencia precoz” de Kraepelin, aludía al cambio de la personalidad (en cuanto a síntoma negativo) también hacía referencia al deterioro cognitivo. A su vez, enfatizó que el déficit en la atención era la alteración neuropsicológica más común entre los pacientes esquizofrénicos. De forma similar, Bleuler consideraba las alteraciones cognitivas y los síntomas negativos como síntomas centrales de la esquizofrenia. La predominancia de los síntomas positivos en la esquizofrenia fue establecida más adelante, especialmente con el concepto de Schneider de los síntomas de primer orden, y fue adoptada por los sistemas diagnósticos modernos, el DSM-IV y la CIE-10.

Según Cuesta Zorita y Peralta Martín (en Chinchilla Moreno, 1996) la importancia que Bleuler (1911) atribuyó a la disfunción cognitiva de la esquizofrenia aparece subrayada por el hecho de que consideró el trastorno formal del pensamiento como primario y fundamental de la enfermedad que sería el reflejo directo del trastorno orgánico subyacente. De manera semejante, Kraepelin (1919) escribió sobre el trastorno de la atención de los pacientes esquizofrénicos: “es bastante común entre ellos perder tanto la inclinación como la habilidad en su propia iniciativa para mantener la atención fija durante cualquier periodo de tiempo...se observa ocasionalmente una especie de atracción irresistible de la atención hacia impresiones externas casuales”. Sobre el pensamiento esquizofrénico observó que los pacientes pierden del modo más impresionante la facultad de ordenar lógicamente el curso de su pensamiento; la eficacia mental siempre disminuye hasta un punto considerable. Mc Ghie y Chapman (1961) sugirieron que el trastorno primario de la esquizofrenia era una disminución de las funciones selectivas e inhibitorias de la atención. Muchas de las otras anormalidades cognitivas, perceptivas, afectivas y conductuales se consideran el resultado de este déficit atencional primario. Tales descripciones son un comienzo necesario para la comprensión del deterioro cognitivo de los esquizofrénicos (Gómez, 2004).

Antaño, el grupo de déficits cognitivos consistía en aquellas perturbaciones cognitivas que podían observarse directamente durante la exploración psiquiátrica, como los déficits de la atención y del pensamiento abstracto, el bloqueo de pensamientos, la incoherencia, entre otros. Estos síntomas siguen incluyéndose en algunas escalas de puntuación de la esquizofrenia, como la Positive and Negative Syndrome Scale (PNASS) (Möller, 2008).

Desde las primeras referencias históricas a principios del siglo XIX, la enfermedad mental se ha asociado con el déficit cognitivo, y aunque no todos los autores le concedieron la misma importancia, todos ellos reconocieron su existencia en un determinado grupo de pacientes. No obstante, hay que señalar que desde la detección temprana en el siglo XIX del déficit cognitivo en los pacientes esquizofrénicos hasta que llega a convertirse en uno de los temas claves en la investigación a finales de los años `70, este aspecto de la esquizofrenia pasa prácticamente desapercibido (Cuesta, Peralta, Zarzuela, y grupo Psicost).

Es importante mencionar, que desde que se constata el déficit cognitivo en los trastornos psiquiátricos, la evaluación neuropsicológica deja de ser patrimonio exclusivo de la evaluación neurológica de los pacientes con daño cerebral y entra a formar parte de la ya compleja valoración de pacientes psiquiátricos (Cuesta, Peralta, Zarzuela, y grupo Psicost).

Las raíces de la evaluación neuropsicológica se encuentran en la neurología y la psiquiatría. Las bases psicológicas comenzaron a diferenciarse de la medicina en la década de 1940. Los primeros estudios neuropsicológicos se diseñaron con el fin de identificar a pacientes con disfunciones cerebrales atribuibles a algún tipo de enfermedad orgánica. A comienzo de la década de 1980 surge el nuevo campo de la neuropsicología clínica en clínicas y hospitales; siendo sus objetivos diferentes en ciertos aspectos: diagnosticar de la presencia de una lesión o disfunción cortical y localizarla si es posible, facilitar la atención y rehabilitación del paciente, detectar alteraciones leves en que otros estudios diagnósticos arrojan resultados ambiguos, determinar la efectividad del tratamiento, ayudar a que el paciente y su familia comprendan las posibles deficiencias residuales de la enfermedad con el fin de planificar objetivos y programas de rehabilitación realistas (Kolb y Whishaw, 2006).

En el ámbito de la investigación de los trastornos esquizofrénicos, la evaluación neuropsicológica ha experimentado tal expansión en los últimos años que prácticamente resulta imposible abarcarlos en su totalidad. Pero es factible distinguir tres etapas que de alguna manera agrupan la productividad científica al respecto. En la primera de ellas (años `70) la atención se dirigió fundamentalmente a detectar y definir los déficits neuropsicológicos por la comparación del rendimiento de pacientes

esquizofrénicos con sujetos controles sanos, pacientes afectados de daño cerebral y otros trastornos psiquiátricos mediante la aplicación de baterías estandarizadas clásicas como la Batería Luria Nebraska y la Escala de Inteligencia de Wechsler . Los resultados más sobresalientes de esta etapa fueron que los pacientes esquizofrénicos no rindieron en ningún estudio mejor que los controles sanos; que los pacientes con episodios esquizofrénicos agudos mostraban mejores rendimientos que los pacientes esquizofrénicos crónicos; y que no había marcadas diferencias entre los pacientes esquizofrénicos crónicos y los pacientes con trastornos psicoorgánicos. Al respecto, estas baterías tenían buen poder de discriminación entre los pacientes psicoorgánicos y esquizofrénicos, siempre y cuando se utilizaran criterios más precisos para definir el daño cerebral y se incluyeran en la evaluación tanto criterios neurológicos como psicopatológicos.

En la segunda etapa, durante los años `80, la investigación tomó un nuevo enfoque caracterizado por la utilización de baterías más flexibles de evaluación en las que se incluían un gran número de pruebas destinadas a valorar las diferentes funciones cognitivas. Los datos aportaron evidencia sobre la alteración bilateral de las funciones fronto-temporales.

A partir de aquí la línea de los trabajos se dirigió tanto a profundizar en los déficits detectados en los estudios previos como a investigar la especificidad de las alteraciones cognitivas. Los grupos investigadores encontraron que las alteraciones en atención, memoria, funciones ejecutivas y aprendizaje eran las más importantes y que estaban presentes no sólo en la esquizofrenia sino también en otros trastornos del espectro de la psicosis (Cuesta, Peralta, Zarzuela, y grupo Psicost).

Al respecto, Ojeda, Sánchez, Elizagárate, Yöller, Ezcurra, Ramírez, Ballesteros, (2007), plantean que a partir de finales de la década de 1980 se observa un cambio en el foco de interés de los estudios que evolucionan para incorporar evaluaciones neuropsicológicas más extensas. Los resultados de algunas de estas publicaciones sugieren que el deterioro de los pacientes con esquizofrenia se extiende con gran peso en áreas como la velocidad de procesamiento, áreas visuoespaciales o fluidez verbal. Este cambio de enfoque metodológico sirvió para que algunos autores concluyeran que los pacientes presentaban un déficit cognitivo más difuso o que incluso ninguna de las habilidades cognoscitivas medidas se encontraría dentro de límites normales.

Ya en la década de los `90 (tercera etapa), la gran producción investigadora ha intentado precisar más sobre el tipo de déficits y su relación con variables de la enfermedad y del tratamiento, llegándose a establecer una gradación en la afectación de las funciones cognitivas (Cuesta, Peralta, Zarzuela, y grupo Psicost).

Tabla: Afectación diferencial de las funciones cognitivas en los trastornos esquizofrénicos según Harvey y cols.

INTENSIDAD DE LOS DÉFICITS COGNITIVOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA		
Ligero	Moderado	Grave
Habilidades perceptivas	Distraibilidad	Aprendizaje de series
Memoria de reconocimiento demorada	Recuerdo demorado	Funciones ejecutivas
Confrontación-denominación	Habilidades visomotoras	Vigilancia
	Memoria inmediata	Velocidad motora
	Memoria de trabajo	Fluencia verbal

Ligero = 0, 5-1 DS por debajo de la media de los sujetos sanos; Moderado = 1-2 DS por debajo de la media de los sujetos sanos; Grave = 1-2 DS por debajo de la media de los sujetos sanos.

En 1992, Barnett y Mund hipotetizan que los déficits atencionales y la ausencia de aspectos cognitivos organizadores de la producción lingüística pueden ser los síntomas nucleares psicopatológicos de la esquizofrenia (Gómez, 2004).

En la actualidad, las pruebas neurocognitivas son capaces de evaluar el deterioro cognitivo objetiva y fiablemente y describir las perturbaciones en la fluidez verbal, la memoria de trabajo, el control ejecutivo, la memoria visual y verbal y la velocidad mental. No existen dudas en cuanto a que las pruebas neurocognitivas constituirán la manera adecuada para diagnosticar los déficits cognitivos en la esquizofrenia (Möller, 2008).

Al respecto, han sido bien documentados déficits en esferas como la atención, las destrezas perceptuales complejas, el razonamiento abstracto, la flexibilidad cognitiva, las habilidades visoespaciales, el funcionamiento ejecutivo o la memoria verbal y de trabajo (Lee y Park, 2005; Fioravanti, Carlone, Vitale, Cinti y Clare, 2005; Kurtz, 2005; Kurtz, Moberg, Gur y Gur, 2001; Heinrichs y Zakzanis, 1998). Algunas de estas deficiencias, las que están más relacionadas con la función atencional y perceptiva, se han conceptualizado como marcadores de riesgo y están comenzando a ser utilizadas como fenotipos alternativos en la investigación genética (Snitz, MacDonald y Carter, 2006; Weiser, van Os y Davidson, 2005; Keri y Janka, 2004; Green, 2001). Los datos acumulados apuntan a que estamos ante un déficit penetrante que afecta a todos los pacientes en algún grado, siendo considerado por

algunos autores como un signo patognomónico de la esquizofrenia (Wilk, Gold, McMahon, Humber, Iannone y Buchanan, 2005; Seaton, Goldstein y Allen, 2001) con una prevalencia y estabilidad mayor que otros síntomas considerados clásicos de ésta. Los distintos trabajos que han intentado objetivar este déficit a través de la tasación de baterías neuropsicológicas, han encontrado de forma consistente que la ejecución de los pacientes se encuentra de dos a tres desviaciones típicas por debajo de la media (Kurtz, Seltzer, Ferrand y Wexler, 2005; Allen, Goldstein y Warnick, 2003; Heinrichs y cols., 1998; Saykin, Gur, Mozley y Resnick, 1991).

En un estudio, a partir de la valoración neuropsicológica de 30 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, de sexo femenino cuyas edades oscilaban entre los 29 y 65 años; se evaluó: la vigilancia, atención, memoria, pensamiento, lenguaje, orientación, actividad gestual, lectura, escritura y cálculo, a través de los tests de Wechsler, Wechsler-memoria y el test de Bender. Dichas pruebas arrojaron resultados que caracterizaron reducciones significativas, diversos déficits y alteraciones en todas las funciones cognitivas evaluadas (Tornesse, Albanese, Konopka y Albanese, 1991).

El deterioro neurocognitivo en la esquizofrenia es clínicamente significativo y profundo. Los pacientes con esquizofrenia tienen un rendimiento de 1,5-2 desviaciones estándar (DE) por debajo de los individuos sanos de comparación en diferentes pruebas neurocognitivas. La gravedad de este trastorno es máxima en los dominios de memoria, atención, memoria de trabajo, resolución de problemas, velocidad de procesado y cognición social (Nuechterlein & Barch, 2004; citado por Keefe, 2008).

Téllez Vargas y López Mato (2001) mencionan que con pruebas neuropsicológicas específicas se han detectado los siguientes déficits cognitivos:

- deterioro severo del aprendizaje serial, las funciones ejecutivas, la vigilancia, la velocidad motora y la fluencia verbal
- deterioro moderado de la atención, la evocación retardada, las habilidades visomotoras, la memoria inmediata y la memoria de trabajo
- deterioro leve de las habilidades perceptuales, la memoria de reconocimiento y la nominación
- deterioro leve del reconocimiento nominal por lectura y de la memoria de largo plazo.

Se ha demostrado repetidamente que el deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia no está relacionado con los síntomas psicóticos. Esta falta de correlación se debe, en parte, a las claras diferencias longitudinales entre síntomas psicóticos y cognición: los síntomas de esquizofrenia varían a lo largo del tiempo en

casi todos los pacientes, dando lugar a coeficientes de estabilidad bajos a lo largo del tiempo, mientras que la estabilidad de los déficits cognitivos en todos los dominios es muy elevada. Estos déficits se presentan en algunos pacientes con esquizofrenia antes de la instauración de la psicosis y se relacionan con una disfunción cerebral mensurable más que cualquier otro aspecto de la enfermedad. Si bien la mayoría de los pacientes con esquizofrenia muestra algún declive cognitivo con respecto al funcionamiento previsible por sus antecedentes, en promedio, los pacientes con esquizofrenia parten de un funcionamiento cognitivo inferior, antes de la instauración de la enfermedad. Los niños que finalmente desarrollarán esquizofrenia muestran deterioro cognitivo, en comparación con los individuos sanos de comparación y con los niños que desarrollarán posteriormente trastornos afectivos. Sin embargo, los individuos que finalmente desarrollarán esquizofrenia también presentan un declive de las medidas de rendimiento escolar entre la primera infancia y finales de la adolescencia. Se ha constatado en una serie de muestras que la presencia de déficits cognitivos o declive cognitivo durante la adolescencia hace prever la evolución a la esquizofrenia (Fuller, Nopoulos, Arendt et al, 2002; citado por Keefe, 2008). En consecuencia, los pacientes con esquizofrenia inician la vida con un rendimiento cognitivo ligeramente inferior que el de sus congéneres. Conforme avanza la infancia, el rendimiento cognitivo tiende a empeorar en estos niños. En el momento en que se desarrolla la psicosis, a finales de la adolescencia o a principios de la edad adulta, presentan un rendimiento considerablemente inferior al de sus congéneres sanos (Keefe, 2008). Y, en casos de esquizofrenia de inicio precoz es frecuente un inicio insidioso, de difícil detección que da lugar a alteraciones en las relaciones sociales y fracaso escolar (Oner & Munir, 2005).

Sin embargo, existen divergencias respecto a la relación entre psicopatología y déficit cognitivo en la literatura científica. Algunos autores señalan que los trastornos cognitivos de la esquizofrenia no parecen ser producto de los síntomas clínicos de la enfermedad (Gopal & Variend, 2005; Harvey & Sharma, 2002), mientras que otros si reportan esta relación (Bilder, Goldman, Robinson, Reiter, Bell, Bates, et al., 2000). Más allá de la existencia o no de una interdependencia entre la psicopatología y el funcionamiento cognitivo, en la práctica clínica suele desaconsejarse la evaluación neuropsicológica durante episodios agudos, pero no están claras las pautas a seguir en casos de sintomatología persistente o en qué momento la psicopatología deja de interferir en la validez de los resultados de las mediciones. Desconsiderar los elementos psicopatológicos puede llevar a una incorrecta interpretación de los resultados cuantitativos de las pruebas, las que no reflejarían el estado clínico total del paciente. La evaluación neuropsicológica no debe limitarse a informar los resultados

cuantitativos de las pruebas psicométricas sino que debe también informar del estado clínico y funcional del paciente, estimando los requerimientos y expectativas de rehabilitación. Para todo ello se debe tener en cuenta al evaluado de forma global, haciendo hincapié en la valoración de la persona como un todo y no su desmembramiento en partes (Franco Martín, Rodríguez-Pereira, Soto-Pérez, Porto Payán, Tobón Arbeláez, Jacotte Simancas, De Vena, 2008).

Es importante mencionar, que la gravedad de cualquier problema psíquico es medido en función de la repercusión funcional que éste provoca en el individuo. Los criterios de cualquier trastorno mental según el DSM-IV añaden que tienen que provocar alguna interferencia o desadaptación en la vida del sujeto; entonces ¿qué importancia o repercusión tiene el deterioro cognitivo en la vida cotidiana del paciente esquizofrénico? Actualmente se entiende que el déficit cognitivo disminuye la funcionalidad de estos pacientes; al respecto, San Juan et al (2002) plantean cómo este déficit en las funciones cognitivas básicas (atención, memoria, función ejecutiva, fluidez verbal), repercute en las funciones cognitivas sociales, en particular en la capacidad de percepción emocional y en la capacidad de resolución o afrontamiento de situaciones sociales conflictivas. Las dificultades presentes en estas funciones, son las que regulan el grado de adaptación social del paciente y por tanto en gran medida el pronóstico de la enfermedad. Esta desadaptación social puede inducir a situaciones de estrés crónico llevando a aumentar el déficit cognitivo.

Al respecto, existe creciente evidencia de que es el funcionamiento cognitivo y no los síntomas positivos, el determinante principal del resultado en la esquizofrenia. Ciertas áreas del funcionamiento cognitivo como el desempeño en la atención, la fluidez verbal y el funcionamiento ejecutivo son un fuerte determinante para el funcionamiento comunitario, las habilidades de la vida independiente, el nivel ocupacional, las habilidades sociales y hasta incluso la habilidad para beneficiarse con la rehabilitación psiquiátrica.

Se ha demostrado que muchos de los diferentes déficits cognitivos en la esquizofrenia están asociados con parámetros funcionales tales como dificultades con el funcionamiento en la comunidad, dificultades con las habilidades instrumentales y de resolución de problemas, escasos logros en programas de rehabilitación psicosocial e incapacidad de mantener un empleo conveniente. De esta manera, los déficits cognitivos tienen mayor capacidad que los síntomas positivos o negativos para explicar importantes parámetros de evaluación, como el rendimiento en el trabajo y la capacidad de vivir independientemente (Keefe, 2008).

Es importante considerar que los déficits cognitivos no son un epifenómeno resultante de la falta de cooperación y de la distractibilidad del paciente, más bien son

un síntoma primario y permanente, que no mejora con el tratamiento neuroléptico clásico (o típico) (Téllez Vargas y López Mato, 2001).

Con respecto a los neurolépticos (o antipsicóticos), es importante mencionar que el interés en los síntomas centrales de la esquizofrenia, incluyendo el deterioro cognitivo, se reavivó con la introducción de los antipsicóticos de segunda generación (o atípicos) que, según se cree, tienen un impacto más potente que los antipsicóticos antiguos sobre los síntomas negativos y el deterioro cognitivo. El foco en estas dimensiones centrales de la esquizofrenia puede dar lugar al desarrollo de fármacos principalmente dirigidos al deterioro cognitivo, pero también permitir el tratamiento de los síntomas positivos (Möller, 2008).

Deterioro Cognitivo

Se entiende por deterioro cognitivo a la pérdida de funciones o habilidades intelectuales incluyendo: memoria, atención, lenguaje, cálculo, abstracción, coordinación motora, construcción visoespacial, que aparece antes, durante o después de la aparición de un cuadro psicótico como consecuencia del mismo (Bousoño et al, 2005).

Deterioro de las Funciones Cognitivas Básicas

- **Atención:** según Viviana Álvarez (citado en Téllez Vargas y López Mato, 2001) la atención es la función cognitiva más comprometida en el paciente con esquizofrenia. Se la define como la capacidad para seleccionar del ambiente la información necesaria para realizar un adecuado proceso perceptivo e incluye la capacidad para centrar, fijar, mantener y cambiar el foco de atención de acuerdo con las circunstancias afectivas o ambientales.

Es el mecanismo que está en la base de todos los procesos cognitivos, permitiendo que éstos se den (León Carrión, 1996).

En la atención se describen cuatro componentes:

Selectividad: es la capacidad de escoger o seleccionar una fuente de información por encima de otra.

Vigilancia y concentración: es la capacidad de mantener la atención.

Límite: la capacidad de atender no es ilimitada. Su finitud se relaciona especialmente con la duración de los estímulos auditivos y verbales.

Facilidad para desatender: se deriva de la flexibilidad de nuestro aparato mental y es la capacidad para mantener en cuenta la nueva información que sobrepasa la importancia de la información actual.

Concentración: es la atención sostenida en el tiempo, por lo tanto implica un importante esfuerzo.

López Mato y Malagold (en Téllez Vargas y López Mato, 2001) mencionan que la atención tiene como objetivos: 1. Seleccionar un estímulo o canal (por ejemplo, el oído) para su procesamiento. Es la atención selectiva o focalizada. 2. Dividir el procesamiento entre dos estímulos o canales. Es la atención dividida. 3. Sostener el proceso en el tiempo: atención sostenida o vigilancia.

Los pacientes esquizofrénicos muestran un pobre desempeño en las modalidades atencionales: fallan en la selección y focalización de un estímulo, son incapaces de priorizar la información importante y desechar la irrelevante, presentan dificultad en el manejo de dos estímulos diferentes y simultáneos presentando alteraciones en la concentración, dificultad que aumenta con el esfuerzo continuo. El déficit atencional se hace más aparente cuando se incrementa la complejidad o el número de operaciones cognitivas que deben completarse en un tiempo determinado. Además, presentan disminución en la velocidad del procesamiento perceptual y cognitivo, reducción en el tiempo de reacción. Reaccionan más lentamente a los estímulos simples y presentan disminución de la capacidad para utilizar estímulos preparatorios o de aviso.

Formas para evaluar el déficit atencional:

-Span Digital: número de dígitos que es capaz de recordar en una sola vez.

-Test de doble estimulación: se le pide al sujeto que cierre los ojos y se le toca simultáneamente ambas manos o la mano y la cara. Algunos sujetos con déficit atencional ignoran (extinguen) uno de los dos estímulos y sólo reconocen uno. (Sanjuán et al., 2001)

• Memoria:

La memoria es la facultad o la capacidad encargada de registrar la información, fijarla y restituirla; es el ingrediente esencial de los procesos cognitivos. Es un sistema funcional complejo, organizado en diferentes niveles, activo por su carácter, y que se despliega en el tiempo a través de una serie de eslabones sucesivos (León Carrión, 1996).

La psicología cognitiva clásica, entiende que un ítem de información pasa al menos por tres estados o procesos (Murdock, 1967, en León Carrión, 1996):

1. Almacenamiento (o memoria) sensorial: convierte a un estímulo en una sensación y lo retiene por no más de 250 milisegundos. Cuando el estímulo es visual se denomina *icónica*, y cuando es auditivo *ecoica*.

2. Memoria a corto plazo (o de trabajo o primaria): retiene principalmente las propiedades físicas de la estimulación, la información fonética, auditiva y lingüística; tiene una persistencia limitada (dura entre 15 y 30 segundos) y una capacidad reducida. Es imprescindible para que puedan llevarse a cabo tareas cognitivas complejas (razonamiento, aprendizaje, comprensión).
3. Memoria a largo plazo (o inactiva o secundaria): es un almacén de persistencia y capacidad ilimitadas, en el que la información puede permanecer inactiva o latente durante un tiempo indefinido, que sólo se recupera en función de las exigencias del medio. Se denomina *episódica* cuando almacena episodios o sucesos fechados temporalmente, y *semántica*, necesaria para el uso del lenguaje (palabras, símbolos, significados).

La memoria es una de las funciones cognitivas que primero se deteriora en la esquizofrenia, pudiendo con el tiempo comprometerse la memoria inmediata, la memoria visual y el aprendizaje. El primer síntoma de compromiso mnésico es el rápido olvido de los nuevos contenidos.

Los trastornos en la memoria y en el aprendizaje parecen estar relacionados con una falla en el uso espontáneo de claves contextuales, la codificación y recuperación de la información.

El perfil mnésico general es mucho más pobre en mujeres que en hombres con esquizofrenia.

López Mato y Malagold (2001), mencionan que los pacientes esquizofrénicos presentan alteraciones en la capacidad de aprendizaje, de información verbal y no verbal (memoria declarativa) pero pueden aprender habilidades procedimentales que involucran las funciones motoras, resolución de problemas y atención (memoria procedimental). Además, los pacientes presentan compromiso en la memoria de trabajo (responsable de retener la información por un corto período de tiempo a la vez que está siendo organizada), ya que tienen dificultad para manejar la información.

Según Sanjuán, Prieto, Olivares, Ros, Montejo, Ferre, Mayoral, González-Torres y Bousoño (2001) en la exploración de memoria de trabajo se utilizan los siguientes test:

- Recuerdo verbal: repetir tres palabras y preguntárselas unos minutos después.
- Recuerdo espacial: se puede utilizar la figura compleja de Rey u otra figura que tenga suficientes detalles para permitir valorar una gradación en el olvido.
- Escala de memoria de Weschler: el test de I y II y el test de la memoria de figura.

• **Función Ejecutiva:** es un conjunto de habilidades cognoscitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades y de las operaciones mentales, la autorregulación y la monitorización de las tareas, la selección precisa de los comportamientos y las conductas, la flexibilidad en el trabajo cognitivo y su organización en el tiempo y en el espacio (Harris, 1995; Pineda, 1996; Pineda, Cadavid, & Mancheno, 1996; Pineda Ardila, Rosselli, Cadavid, Mancheno & Mejía, en prensa; Reader, Harris, Schuerholtz, & Denckla, 1994; Stuss & Benson, 1986; Weyandt & Willis, 1994). Esta función, implica una serie de factores organizadores y ordenadores subyacentes a todas las demás actividades cognitivas (Pineda, 2000).

López Mato y Malagold (2001) denominan a las funciones ejecutivas como los procesos neuropsicológicos necesarios para la adaptación al medio, tales como la preparación, iniciación y modulación, el mantenimiento del estado de alerta, la resolución de problemas cuyas soluciones no son obvias (razonamiento abstracto) y el automonitoreo del comportamiento voluntario.

El test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (WCST) (Heaton, 1981) es el test más utilizado y más conocido para evaluar la función ejecutiva. Permite poner de manifiesto las dificultades para formar conceptos y evalúa el grado de flexibilidad y capacidad para beneficiarse de las correlaciones y modificar el comportamiento. (Sanjuán, et al., 2001)

Los pacientes esquizofrénicos presentan dificultades en la sección de categorías y errores de perseveración en la ejecución de este test (López Mato y Malagold, 2001).

Pineda (2000) menciona que evaluación clínica cualitativa de la función ejecutiva, se realiza mediante observación directa del paciente y busca definir los comportamientos y conductas que indiquen la presencia de síntomas tales como: dificultades en la atención sostenida, alteraciones en la autorregulación, problemas en la organización cognitiva y del comportamiento, y rigidez cognitiva y comportamental. Este tipo de evaluación demanda una gran experiencia clínica y una familiaridad y conocimiento de los fundamentos teóricos relacionados con la estructura de las funciones ejecutivas.

Los síntomas a observar son:

1. Impulsividad: se produce por deficiencia en la inhibición. Cualquier sujeto debe ser capaz de responder con una inhibición frente al autorregulador verbal “no hacer”. En la impulsividad patológica el sujeto es incapaz de posponer una respuesta, aunque tenga una instrucción verbal específica para no responder.

2. Inatención: se genera por falta de desarrollo de un adecuado control mental y monitoreo sobre la naturaleza de los comportamientos y sus consecuencias. El sujeto se muestra inestable, distraído e incapaz de terminar una tarea sin control ambiental externo.

3. Dependencia ambiental: va ligado a los dos anteriores e indica una falta de planeación, programación y autorregulación comportamental. Un síntoma a observar es la presencia de ecopraxia, es decir la imitación inerte de las actividades de los demás.

4. Perseverancia patológica e inercia comportamental: indica una falta de flexibilidad en la autorregulación de los comportamientos y las conductas. Luria (1966) clasifica: a. Perseverancia compulsiva o repetitiva: Es la tendencia a repetir una tarea anteriormente realizada en el contexto de una nueva tarea. b. Perseverancia inerte o inercia comportamental: es la incapacidad para detener o cambiar una tarea a pesar de tener la orden de hacerlo. En cuanto a la inercia comportamental, los sujetos son incapaces de detener una acción una vez que esta se ha iniciado, aún cuando reciban la orden explícita de parar, actúan como si no tuviesen freno comportamental, el cual es regulado en el sujeto normal por el lenguaje y el contexto social.

5. Alteración metacognitiva: es la incapacidad para reconocer la naturaleza, los alcances y consecuencias de una actividad cognitiva, manifestada a través de los comportamientos y de las conductas. El sujeto es incapaz de evaluar conceptual y objetivamente las cosas que hace o dice; no tiene capacidad para apreciar una situación o un evento y atribuir de manera justa las causas del éxito o el fracaso de la acción a los elementos externos o a las decisiones y acciones propias.

Existe un gran número de enfermedades y desórdenes neurológicos y neuropsiquiátricos en los que se ha encontrado una alteración en alguno o varios componentes de la función ejecutiva. Estos trastornos (entre ellos la esquizofrenia) tienen como síntomas y signos comunes a aquellos observados en pacientes con lesiones de los lóbulos frontales: la impulsividad, la inatención, la perseverancia, la falta de autorregulación comportamental, la dependencia ambiental y la deficiencia metacognitiva (Benson, 1981; Harris, 1995; Grodzinski & Diamond, 1992; Pineda, 1996; Stuss & Benson, 1984, 1986).

• **Fluidez verbal:** es la capacidad que tiene una persona para generar palabras correctas en un determinado tiempo.

En la esquizofrenia se observa que la conversación es menos fluida y se vuelve más superficial que antes; el paciente se expresa peor, es más infantil en sus conceptos y menos preciso; prefiere responder con monosílabos a tener que

argumentar y no extenderse en explicaciones más allá de la pregunta concreta (pensamiento concretista). Difícilmente rompe un silencio y espera a que alguien se dirija a él antes que interrogar. Pareciera que hay que arrancarle las palabras.

Las pruebas utilizadas para evaluar esta función son:

-Valoración del lenguaje espontáneo: es el que se produce con preguntas abiertas.

-Pruebas Perceptivas: umbrales de percepción tonal, asociados a maniobras de distracción.

-Pruebas de Fluidez Verbal: el test de animales (decir nombres de animales en 1 minuto). Menos de 10 animales sugiere un empobrecimiento verbal.

-FAS: decir palabras que empiecen (en 1 minuto) con f, a y s. Menos de 12 sugiere posible trastorno de la fluidez (Téllez Vargas et al., 2001).

• **Funciones motoras**

Los trastornos motores han sido especial objeto de atención tanto en las descripciones clásicas como para la evaluación de los efectos secundarios de la medicación. El enlentecimiento motor es una característica de algunos de estos pacientes y puede ser agravado por la medicación neuroléptica.

Especial mención merecen las pruebas de lateralidad motora, ya que hay numerosos estudios que sugieren un trastorno en la laterización de estos pacientes (Sanjuán et al., 2001).

Las pruebas utilizadas para evaluar esta función son:

Prueba de lateralidad:

-Preferencia manual: mano con la que escribe.

-Preferencia crural: pie con el que da un balón.

-Preferencia ocular: ojo por el que mira con un catalejo.

Test del punteado:

-Ver el número de casillas que es capaz de puntear con un lápiz con cada mano en un minuto.

-Test de punteado simultáneo con ambas manos. (Sanjuán, et al., 2001)

Deterioro de las funciones cognitivas sociales

• **Percepción del afecto (o percepción social):** es la habilidad para percibir, interpretar y procesar correctamente la expresión emocional en los demás. Esta compleja habilidad descansa en la integridad de un set selecto de procesos neurocognitivos básicos. Los déficits para reconocer e interpretar los gestos, las palabras y transformarlos en términos de intenciones, conocimientos y creencias

permiten explicar la mayoría de las dificultades del funcionamiento social encontradas en los pacientes esquizofrénicos.

- **Resolución de conflictos:** habilidades de procesamiento que consisten en la generación de varias respuestas alternativas sopesando las consecuencias de cada una y seleccionando la más indicada. En el paciente esquizofrénico existe una gran dificultad para encontrar soluciones ante un conflicto interpersonal concreto.

- **La ejecución de soluciones:** capacidad de llevar a cabo y ejecutar las respuestas ante un problema concreto, es decir, integrando la opción elegida con sus componentes verbales y no verbales de manera que resulte lo más efectiva posible para conseguir una respuesta socialmente deseada. En los pacientes esquizofrénicos se hacen muy evidentes las dificultades en la ejecución de soluciones (Sanjuán et al., 2001).

A pesar de la trascendencia del deterioro cognitivo para la comprensión de los aspectos estructurales y funcionales de la esquizofrenia, así como para su tratamiento, éste no ha sido incluido en los criterios del DSM-IV-TR y la CIE-10. Sin embargo, cabe destacar que en la primera frase de descripción de la esquizofrenia en el DSM-IV-TR se incluyen referencias a las dificultades cognitivas: “Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización conductual, la afectividad, la fluidez y la productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación, y la atención” (DSM IV – TR, 2000). En consecuencia, es evidente que la cognición fue importante para los expertos en esquizofrenia que desarrollaron el DSM-IV-TR, aunque no se haya determinado ningún método para incluir este aspecto fundamental de la enfermedad en los criterios diagnósticos (Keefe, 2008).

Al respecto, Richard Keefe (2008), propone el siguiente criterio para ser considerado en los criterios diagnósticos de la esquizofrenia del DSM-V y la CIE-11: “un nivel de funcionamiento cognitivo que sugiere un deterioro grave y constante, un declive significativo de los niveles premórbidos de funcionamiento, o ambos, teniendo en cuenta el contexto educativo, familiar y socioeconómico del paciente”.

La inclusión de este criterio puede aumentar el “punto de rareza” (distinción) con la psicosis afectiva y puede incitar a una mayor conciencia del deterioro cognitivo por parte de los médicos. Gracias a ello, podría establecerse un diagnóstico más exacto, obtenerse mejores resultados terapéuticos y disponerse de una señal diagnóstica más clara.

Con respecto a la importancia clínica, si se incluye el deterioro cognitivo en los criterios de la esquizofrenia, se puede incrementar la atención de los psiquiatras hacia un componente central del trastorno, que es el mayor determinante del funcionamiento a largo plazo. Debido a que es raro que el deterioro cognitivo se considere como un objetivo importante del tratamiento, su inclusión en el diagnóstico puede ayudar a formar a los médicos sobre la importancia de tener en cuenta la cognición en sus opciones terapéuticas.

Actualmente, un amplio número de laboratorios farmacéuticos y organismos gubernamentales están realizando una intensa labor para el desarrollo de compuestos que puedan mejorar la cognición en la esquizofrenia. La inclusión del deterioro cognitivo en los criterios diagnósticos de la esquizofrenia puede dar lugar a que en la formación profesional se incluya el aprendizaje del reconocimiento del deterioro cognitivo y del correspondiente ajuste del tratamiento (Keefe, 2008).

En cuanto a los métodos de evaluación cognitiva, los profesionales pueden llegar a desarrollar la capacidad de evaluar el deterioro cognitivo en la esquizofrenia sin una excesiva inversión de tiempo. Sin embargo, será esencial la formación y la preparación en lo que respecta al uso de las pruebas estandarizadas de la cognición, para asegurar que se completen los procedimientos de evaluación, manteniendo la estandarización de la prueba. Este aspecto de la preparación suele formar parte del plan de estudios de psicólogos clínicos y neuropsicólogos. El entrenamiento no debe limitarse a pruebas neuropsicológicas formales, y es conveniente centrarse en la evaluación de la capacidad del paciente en tareas cognitivas prácticas, que tendrán una relación más directa con los resultados del tratamiento. La entrevista, como método para evaluar la cognición, no implica pruebas formales, sino una serie de preguntas dirigidas al paciente, a sus familiares y cuidadores. Las preguntas giran en torno a si las personas con esquizofrenia tienen déficits cognitivos que alteran aspectos fundamentales de sus vidas cotidianas. La evaluación deberá situar los datos cognitivos en su contexto educativo y socioeconómico. Será importante que los profesionales que establezcan el diagnóstico comprendan la evolución habitual del rendimiento cognitivo en personas con esquizofrenia.

Correlatos neurobiológicos del déficit cognitivo en la esquizofrenia

Chinchilla Moreno (1996) menciona que tradicionalmente se le ha atribuido a la esquizofrenia el calificativo de psicosis funcional, para diferenciarla de las denominadas psicosis orgánicas. En las últimas décadas se pueden detectar cambios estructurales o fisiopatológicos, así como presentar en su curso trastornos de la conciencia y cognitivos.

Los avances tecnológicos nos están demostrando que se pueden observar en la esquizofrenia tanto cambios estructurales como trastornos cognitivos con relativa frecuencia (Crow, 1990).

En 1919, Kraepelin en su libro sobre la demencia precoz y la parafrenia ya hacía alusión a las anormalidades neuropatológicas detectadas, concluyendo que las alteraciones fundamentales se encontraban en la corteza y sobre todo en las capas profundas de ésta.

En 1975, Jhonstone publica el primer estudio utilizando la TC (tomografía computarizada), y encuentra un aumento del tamaño ventricular en esquizofrénicos comparados con un grupo control. Varios estudios posteriores han confirmado estos hallazgos. Las alteraciones más frecuentes observadas, junto con el agrandamiento ventricular fueron la atrofia cortical y cerebelar, la disminución de la densidad cerebral y la asimetría cerebral invertida (Gattaz, 1987).

Entre 1974 y 1978, Crow, Frith, Husband, y Kreel llevan a cabo serie de investigaciones en la División de Psiquiatría en Northwick Park (Inglaterra), utilizando la técnica de TC y demuestran que el área cerebral ventricular era significativamente más grande en un grupo de pacientes esquizofrénicos que la misma área en grupo de pacientes controles. Esta dilatación se correlacionaba significativamente con la presencia de déficits cognitivos y de síntomas negativos. A partir de estos resultados, Crow (1985) construye el constructo de “doble síndrome” en la esquizofrenia (Gómez, 2004). Según él, había un síndrome de Tipo I caracterizado por la presencia de síntomas positivos revertidos por el tratamiento neuroléptico, con funcionamiento cognitivo no alterado y ausencia de cambios estructurales; siendo su causa probable una hiperactividad dopaminérgica. Frente a éste estaría el síndrome de Tipo II, con síntomas negativos predominantes, con respuesta pobre a los neurolépticos, con funciones cognitivas alteradas y causado quizás por cambios estructurales en el cerebro. En un estudio posterior, Crow (1990) no encontró la correlación del tamaño ventricular con los síntomas negativos (Chinchilla Moreno, 1996).

En cualquier caso, existen abundantes estudios en la literatura que relacionan los síntomas negativos con los cambios estructurales, la presencia de signos neurológicos menores y los trastornos cognitivos como la pérdida de capacidad para sintetizar, la dificultad en la abstracción y la categorización.

Todo ello hace pensar en una alteración del lóbulo frontal como explicación plausible a estos resultados. Esto ya fue intuido por Kraepelin y Bleuler, incluso la leucotomía frontal se basa en esta aseveración (Chinchilla Moreno, 1996).

Los hallazgos neuroanatómicos descritos con mayor frecuencia en relación a la asimetría cerebral son: ventrículos más grandes en el lado izquierdo; densidad hemisférica izquierda disminuida, comparada con la derecha. Densidad mayor en la sustancia blanca y gris del hemisferio derecho (Nasrallah, 1986; en Chinchilla Moreno, 1996)

Tornesse et al (1991), establecen que en el paciente esquizofrénico existe una disfunción lateralizada en el hemisferio cerebral izquierdo. Las áreas cerebrales deterioradas serían las más importantes para el procesamiento de la información y para la incapacidad de respuesta cognitiva de la mayoría de los pacientes esquizofrénicos. Esas dificultades se encuentran con mayor frecuencia en las conexiones corticales del lóbulo temporal izquierdo y las temporo-frontales.

La evidencia de la disfunción cerebral en la esquizofrenia proviene de la presencia de anormalidades neurológicas, las cuales pueden estar presentes en el 60% de los pacientes esquizofrénicos. Se observa una disfunción cerebral frontal del 100%, temporal 60% y parietal de un 20%. En la valoración neuropsicológica predominó la alteración funcional del hemisferio cerebral izquierdo (60%) y también se encontraron cambios estructurales en el lóbulo temporal medial probablemente desde el nacimiento, en donde estas anormalidades producirían disfunción cerebral temporal que tendrían efectos significativos en la integración de procesos y sobre el funcionamiento de muchos otros sistemas. La disfunción del sistema temporal sería responsable de la sintomatología clínica neuropsiquiátrica observada en el curso de la esquizofrenia. Si bien las alteraciones estructurales y la disfunción cerebral temporal pueden ocasionar alteración de las funciones de otras regiones cerebrales, también producirían las anormalidades neuroquímicas.

Con respecto a las bases neurales de la anormalidad cognitiva, Gómez (2004) menciona que varias revisiones teóricas (Huber, 1986; Schmajuk, 1987) relacionan las patologías del sistema límbico a los síntomas esquizofrénicos, y los estudios neuropatológicos han proporcionado apoyo a esta postura. Borgerts (1993) concluyó que la mayoría de estos estudios demostraron varios tipos de anomalías sutiles en las estructuras límbicas, es decir, el hipocampo, el gyrus parahipocámpico, el cortex

entorrino, la amígdala, el gyrus cingulado y el septum de los pacientes esquizofrénicos. Frith y Done (1988) han propuesto que los síntomas positivos y los déficits cognitivos a ellos asociados, reflejan un deterioro en la corteza prefrontal en interacción con el hipocampo.

A su vez, el deterioro cognitivo observado en la esquizofrenia guarda relación con las alteraciones que se observan en los estudios con neuroimágenes (grupo de técnicas que permiten visualizar la estructura cerebral y la función *in vivo* del cerebro) y con pruebas de función cerebral, que han reportado la presencia de cambios estructurales y funcionales a nivel de los lóbulos temporales, estructuras límbicas y en los sistemas de integración de la corteza cerebral. Dicho deterioro limita al paciente esquizofrénico en su funcionamiento cognitivo, en sus relaciones y comportamientos sociales. La dificultad para emplear la memoria de trabajo o ejecutiva, la incapacidad para resolver problemas y utilizar la información y los frecuentes síntomas de perseveración sugieren la presencia de un compromiso del lóbulo frontal (Sanjuán y Balanza, 2002).

Andrea López Mato y Sara Malagold (2001), con respecto a las funciones cognitivas básicas, mencionan que los déficits de atención observados en esquizofrénicos, sugieren una alteración en los circuitos fronto-tálamo-basal-reticular.

En base a los componentes de la atención, la selectividad: es una función del lóbulo parietal izquierdo, a su vez enriquecida por las aferencias de los lóbulos temporales y frontales; la vigilancia y concentración: son funciones del lóbulo parietal derecho y de sus conexiones; límite: está relacionado con la acción del lóbulo parietal izquierdo; facilidad para desatender: está coordinada por la acción de los lóbulos frontales y temporales.

Los trastornos en la memoria sugieren un compromiso de las regiones frontales-temporo-límbicas.

El déficit en las funciones ejecutivas supone una disfunción de los circuitos frontales, especialmente a nivel orbito-frontal y dorso-lateral.

Y, por último, la fluidez verbal está asociada al funcionamiento de la región prefrontal del cerebro y también a la región temporal (Téllez Vargas y López Mato, 2001).

Existen tres grandes grupos de teorías neuropsicológicas que intentan explicar los déficits cognitivos evidenciados en la esquizofrenia.

El primer grupo de teorías defiende una disfunción difusa que se localizaría fundamentalmente a nivel de los lóbulos prefrontales -que controlan las funciones generales cognitivas, la motivación y la afectividad- (Levin, 1989): considerando algunos autores otras posibles localizaciones, sobre todo a nivel del lóbulo temporal y

estructuras subcorticales (Buchsbaum, 1990); describiéndose también una disfunción hemisférica global bilateral (Taylor, 1990), una disfunción bilateral frontal y temporal (Kolb, 1985) o una disfunción frontotemporal (Flor-Henry, 1983). Estas diferentes localizaciones no son contradictorias entre sí, ya que existe evidencia sobre las vías de conexión de los lóbulos prefrontales con algunos núcleos subcorticales y del lóbulo temporal, lo que convertiría la disfunción de las esquizofrenias en una especie de demencia frontosubcortical de naturaleza difusa (Jarne, 1995).

El segundo grupo de teorías defiende una disfunción de la lateralidad, en el sentido de un posible trastorno de la transferencia interhemisférica de la información cognitiva, similar a las lesiones del cuerpo caloso, pero sin evidencia anatómica (Jarne, 1995). Esta disfunción no sería incompatible con la hipótesis de hipofrontalidad.

Finalmente, el tercer grupo de teorías defiende algún tipo de alteración del neurodesarrollo, bien en forma de dismaduración de los sistemas dopaminérgicos frontolímbicos (Weinberger, 1989); bien como un trastorno del neurodesarrollo del equilibrio hemisférico (Gruzelier, 1991).

Según Jarne (1995), desde el punto de vista neuropsicológico se pueden establecer algunas analogías: la esquizofrenia residual con predominio de síntomas negativos como la pobreza del lenguaje, disminución del lenguaje verbal y no verbal o falta de respuesta emocional, correspondería en el plano neuropsicológico a alteraciones en el razonamiento conceptual, la memoria a largo plazo o la función nominativa de objetos. La esquizofrenia desorganizada con predominio de síntomas tales como afecto inapropiado, distractibilidad o pobreza en el contenido del lenguaje, correspondería en el plano neuropsicológico a alteraciones en la concentración o dificultades en la adquisición de nuevos aprendizajes. La esquizofrenia paranoide con predominio de síntomas positivos como alucinaciones, ideación delirante autorreferencial y de persecución, correspondería en el plano neuropsicológico a una distorsión en la percepción, sobre todo de la figura-fondo.

Rehabilitación de la función cognitiva

La Organización Mundial de la Salud considera que la rehabilitación implica el reestablecimiento de los pacientes al nivel de funcionamiento más alto posible, tanto a nivel físico, psicológico como de adaptación social. Se trata de utilizar todos los medios posibles para reducir el impacto de las condiciones que son discapacitantes, y permitir a la gente discapacitada alcanzar un nivel óptimo de integración social (O.M.S, 1986).

La rehabilitación psiquiátrica comenzó en los hospitales psiquiátricos, pero en gran medida fue desarrollada por el cambio de la psiquiatría institucional a la psiquiatría comunitaria. Dentro del hospital psiquiátrico, la rehabilitación consistía en enseñar a los pacientes las habilidades necesarias para establecerse en la comunidad.

Al respecto, Bond (1992) menciona que la rehabilitación psicosocial implica un conjunto de métodos con el objetivo de conseguir el máximo de funcionamiento social y minimizar las incapacidades resultantes de la enfermedad mental, por lo tanto, la esencia de la rehabilitación psiquiátrica en la esquizofrenia es la readaptación o el desarrollo de nuevas habilidades para compensar las incapacidades.

Mateer (2003) establece que la *rehabilitación cognitiva* consiste en la aplicación de procedimientos, de técnicas y la utilización de apoyos con el fin de que la persona con déficits cognitivos pueda retomar de manera segura, productiva e independiente a sus actividades cotidianas.

Es el conjunto de procedimientos y técnicas que tienen por objetivo alcanzar los máximos rendimientos intelectuales y mejorar el funcionamiento adaptativo de las personas en el seno de sus familias y en los lugares en los que viven o trabajan (Lorenzo Otero, 2003).

Kinddon y Turkington (1994) señalan que los déficits cognitivos son frecuentes entre los pacientes que sufren una esquizofrenia; entre ellos, la distraibilidad, los déficits de memoria, la reducción en la capacidad de atención y de concentración, las dificultades en la planificación y en la toma de decisiones. Un aspecto ampliamente aceptado es que estos déficits específicos son los responsables, al menos en parte, de las habilidades sociales deficitarias. Esta premisa es la que ha revitalizado la búsqueda de estrategias cognitivas rehabilitadoras, dando paso a diferentes programas, también conocidos como rehabilitación cognitiva.

De La Higuera y Sagastagoitia (2006), mencionan que hoy en día parece poco cuestionable el importante papel que las limitaciones cognitivas juegan en el curso y pronóstico de la esquizofrenia, y buena parte de los clínicos las reconocen como uno

de los problemas centrales del cuadro (Green, Varnes, Danion, Gallhofer, Meltzer y Pantelis, 2005). Sin embargo, existe todavía un importante nivel de controversia, tanto en lo referente a la utilidad de la actuación rehabilitadora sobre estas deficiencias, como en cuanto a cuáles deben ser las estrategias específicas para su abordaje.

La visión más tradicional de la rehabilitación ha situado estos déficits en un nivel inferior a los problemas funcionales del paciente, y ha mantenido una postura crítica con respecto a sus posibilidades de rehabilitación, adoptando una estrategia general de actuación más encaminada a la compensación que a la restitución (Bellack, Gold y Buchanan, 1999). Aunque esta visión tiene todavía un importante peso en muchos clínicos, no es menos cierto que en los últimos años se han ido acumulando datos en campos adyacentes como la neurología o la neuropsicología que, con el concepto de neuroplasticidad cerebral como fondo (Robertson, 2000, 1999; Posner y Di Girolamo, 2000), apuntan a que es posible la recuperación del funcionamiento en zonas concretas del cerebro tras la exposición a tareas de aprendizaje específicamente vinculadas a éstas. El concepto de restitución, aún sin ser algo definitivo, comienza a ser una posibilidad, y sobre esta nueva apertura comienzan a desarrollarse investigaciones y programas de intervención con una cada vez más refinada metodología de actuación y evaluación de resultados, apoyándose incluso en algunos casos, en la utilización de técnicas de medida de la eficacia de alto nivel de objetivación, heredadas de la investigación biomédica en neurociencias como la Resonancia Magnética Funcional (Wexler y Bell, 2005; Penades, Boget, Lomena, Mateos, Catalan, Gasto y Salamero, 2002; Wexler, Anderson, Fulbright y Gore, 2000; Wykes, 1998).

Continúan los autores, (De La Higuera y Sagastagoitia), que en una primera visión general del campo de la rehabilitación cognitiva, lo primero que resalta es la gran variabilidad de procedimientos de evaluación y formatos de intervención que se emplean actualmente. Dentro de este ámbito, se incluyen un heterogéneo abanico de técnicas que si bien tienen el objetivo común es la recuperación de la función, poco más pueden compartir entre sí. Las posibilidades de trabajo son múltiples, como por ejemplo, procedimientos de formato individual versus grupal, métodos centrados en funciones específicas versus programas de tratamiento multifunción, estrategias que emplean software informático versus las que no (papel y lápiz), métodos cortos en número de sesiones versus los extensivos, los que trabajan el déficit de forma aislada versus los que integran este trabajo dentro de un programa más global y comprensivo, etc.

Dentro de las posibles alternativas terapéuticas existentes en la rehabilitación cognitiva de la esquizofrenia, parecen especialmente interesantes las que podrían definirse como programas multifunción (generalmente diseñadas para actuar sobre varios déficits cognitivos comúnmente asociados a la enfermedad), así como aquellas que introducen la posibilidad de trabajo en formato grupal. Son varios los procedimientos que podrían incluirse en esta categoría. Entre los que cuentan con mayor apoyo empírico cabría destacar tres:

1. Cognitive Enhancement Therapy (CET, Hogarty y Flesher, 1999; Hogarty, Flesher, Ulrich, Carter, Greenwald, Pogue-Geile, Kechavan, Cooley, DiBarry, Garrett, Parepally y Zoretich, 2004).

Se trata de un procedimiento terapéutico, que combina dentro de un programa extensivo actuaciones encaminadas, no sólo a la mejora del rendimiento cognitivo del paciente en funciones cognitivas básicas, sino también intervenciones de corte más global desarrolladas para potenciar los recursos en aspectos vinculados a las habilidades perceptivas y cognitivas críticas para su desempeño social y ajuste general de éste.

La CET trabaja sobre la idea de que el factor más crítico y, por ende, el objetivo prioritario de la intervención debe situarse alrededor del logro de dos habilidades básicas: la primera, más genuinamente perceptiva y que buscaría la valoración adecuada de los estímulos y contextos sociales; la segunda, más cognitiva y que alude a la adopción de formas de pensamiento flexibles que permitan la acomodación de múltiples alternativas como fuentes de información (pensamiento divergente), la anticipación de las posibles consecuencias de la respuesta y la apreciación del punto de vista del otro. Estas capacidades, generalmente integradas en el constructo de cognición social, han sido consistentemente mencionadas como deficitarias en los sujetos afectados de esquizofrenia.

La técnica se desarrolla siempre en un contexto socializado, más reducido cuando se trata de los ejercicios iniciales relacionados con la cognición no social (en este caso dos pacientes, uno que se ejercita y otro que observa); más propiamente grupal cuando se plantean ejercicios asociados a la cognición social. La tipología y secuencia de los ejercicios que se le plantea al sujeto está vinculada al estilo cognitivo más prevalente que éste muestra -empobrecido, rígido, desorganizado-, y que es establecido en la evaluación inicial.

La CET se desarrolla de forma típica en formato de dos sesiones semanales de una hora a una hora y media de duración. Se trata de un procedimiento terapéutico extenso con un planteamiento de trabajo a veinticuatro meses. Aunque en el procedimiento no se plantea una jerarquización rígida de las tareas, sí podríamos decir

que existen dos momentos diferenciados. Uno primero, en el que se trabaja centrándose fundamentalmente en tres funciones cognitivas: atención, memoria y capacidad de solución de problemas (funcionamiento ejecutivo). Para la práctica de estos ejercicios se utiliza software informático específico derivado de programas de rehabilitación neuropsicológica, desarrollados dentro del campo del daño cerebral. Esta fase suele tener una duración de seis meses en los que se dedican aproximadamente dos horas y media semanales al desarrollo de los ejercicios.

Un segundo momento, sería el de la fase de mejora de la cognición social, en la cual los ejercicios se desarrollan en un formato grupal estructurado de una hora y media por semana, durante un periodo de tiempo de cincuenta y cinco a sesenta semanas. Se planifican, también, seis semanas adicionales en las que la estructura del plan se va desvaneciendo para favorecer la terminación gradual del grupo. El objetivo básico de esta fase es el desarrollo de las habilidades cognitivas para una adecuada comprensión y manejo de las situaciones sociales, así como de los problemas derivados de la vida cotidiana. Se utilizan como soporte actividades temáticas de un software informático de rehabilitación neuropsicológica, con ejercicios muy variados que van desde tareas en las que se trabajan aspectos vinculados a la conceptualización y comunicación eficaz hasta la elaboración de objetivos motivacionales. En los ejercicios se incluyen situaciones derivadas de la vida real de los pacientes y que son planteadas como problemáticas por éstos. Cada actividad tiene varios niveles de posible participación, desde el nivel de observador hasta ser sujeto central; así como múltiples objetivos cognitivos que van desde mantener la atención hasta desarrollar una adecuada perspectiva de pensamiento en situaciones sociales. En esta fase del entrenamiento se solicita la participación activa del paciente a través de la asignación de tareas para casa, cuya revisión y discusión suele ocupar la primera parte de la sesión.

La CET se configura como una técnica útil, que va más allá de la rehabilitación cognitiva clásica, abarcando ámbitos de actuación y discapacidades de mayor rango de funcionalidad. Su utilidad potencial es amplia, así por ejemplo, se está comenzando a adaptar como estrategia de tratamiento en pacientes con primer episodio (Miller y Mason, 2004); pero, como los propios autores señalan, no es un formato terapéutico generalizable a todos los sujetos. Así, la intervención está diseñada para pacientes con un cierto nivel intelectual (los pacientes con CI menor de 80 obtienen significativamente menores rendimientos) y que exhiban un adecuado nivel de compensación psicopatológica. Además no existe, por el momento, versión manualizada y en español del procedimiento.

2.Cognitive Remediation Therapy (CRT, Wykes, Reeder, Corner, Williams y Everitt, 1999; Wykes y Vander Gaga, 2001; Wykes, Brammer, Mellers, Bray, Reeder, Williams y Corner, 2002; Wykes, Reeder, Williams, Corner, Rice y Everitt, 2003)

Se trata de un procedimiento terapéutico estructurado desarrollado por T. Wykes y su equipo, que está diseñado para abordar los déficits cognitivos básicos más consistentemente vinculados a la esquizofrenia -atención, memoria y funcionamiento ejecutivo-, y que cuentan con mayor poder predictivo de cara al funcionamiento en la comunidad del sujeto.

El abordaje se desarrolla siempre en un contexto individual y está orientado por la evaluación neuropsicológica inicial de las potencialidades y deficiencias del paciente. Dicha evaluación determina la tipología y secuencia de los ejercicios que se van a incluir en el programa final. Las sesiones de tratamiento son de una hora y tienen una frecuentación de dos a tres veces a la semana. El programa suele tener una duración total aproximada de cuarenta horas distribuidas en tres a cuatro meses según la frecuencia con la que se diseñen las sesiones. A diferencia de otras intervenciones, en la CRT no hay software informático, lo que se le plantea al paciente es una serie de ejercicios de papel y lápiz, jerarquizados desde un nivel básico de intervención, y que el terapeuta puede manejar en complejidad en función del ritmo de avance del sujeto.

El programa se articula en torno a tres módulos:

a) Módulo de cambio cognitivo: diseñado para la función atencional, las tareas son variadas e incluyen desde ejercicios destinados a la percepción y procesamiento de patrones estímulos simples, hasta otros de mayor dificultad en los que el sujeto debe funcionar bajo condiciones de atención dividida para posibilitar el procesamiento eficaz de patrones estímulos más complejos.

b) Módulo de memoria: las tareas incluidas están diseñadas para abordar varios tipos de memoria (a corto y largo plazo) con especial énfasis en la memoria de trabajo. En este último caso, se han diseñado ejercicios en los que se presentan al sujeto de manera simultánea dos o más patrones estímulos que deben ser transformados para conseguir el recuerdo. Los estímulos que se incluyen en el programa se presentan bajo distintas modalidades sensoriales. Se instruye activamente al sujeto en el uso de estrategias de organización y nemotécnicas.

c) Módulo de planificación: la función objeto de atención es el funcionamiento ejecutivo. Las tareas incluidas demandan al sujeto el procesamiento dirigido, la secuenciación y la estructuración de la respuesta. Para la realización óptima de los ejercicios generalmente se requiere del desarrollo e implementación de una estrategia concreta y el uso de sub-objetivos.

Es interesante señalar algunas investigaciones que Wykes y su equipo (Wykes, 1998; Wykes y cols., 2002) han realizado con la CRT y sus efectos sobre el funcionamiento neurobiológico del sujeto. Se trata de trabajos pioneros en el campo de los cambios biológicos (activación cerebral) que siguen al tratamiento psicosocial. En ellos, y utilizando la Resonancia Magnética Funcional (fMRI), los autores han podido constatar cómo se producen cambios en el funcionamiento cerebral como consecuencia de la intervención -se reduce la hipofrontalidad típica de estos pacientes- que correlacionan de forma significativa con las ganancias exhibidas en las pruebas clínicas y neuropsicológicas.

Como conclusión, se podría decir que la CRT es un procedimiento terapéutico corto, intensivo, sin grandes requerimientos tecnológicos y que se centra exclusivamente en la rehabilitación de la función cognitiva. Estas características lo convierten en el tratamiento de elección en algunos casos (Miller y Mason, 2004), pero desde un punto de vista longitudinal necesita ser complementado con otras intervenciones de carácter más global. Quizá su mayor utilidad pueda situarse en la potenciación de las habilidades cognitivas y motivacionales necesarias para la adquisición adecuada de otras destrezas de una relevancia funcional mayor dentro del proceso de rehabilitación del paciente.

3. Terapia Psicológica Integrada (IPT, Brenner, Hodel, Roder y Corrigan, 1992; Brenner, Roder, Kienzle, Reed y Liberman, 1994; Roder, Brenner, Hodel y Kienzle, 1996).

La IPT es uno de los programas pioneros en el campo de la rehabilitación cognitiva. Se trata de un programa de abordaje comprensivo que va más allá de la actuación sobre la función cognitiva, incluyendo dentro del proceso de tratamiento un variado abanico de procedimientos de intervención psicosocial, con la finalidad última de lograr la validez ecológica de los cambios y que éstos se generalicen a un nivel más comportamental.

El procedimiento de actuación está asentado en un desarrollo teórico que, a partir del modelo de vulnerabilidad-estrés, mantiene la existencia de una estrecha relación entre los desarreglos cognitivos básicos que aparecen en la enfermedad y los déficits funcionales que presenta el paciente (Brenner, 1989; Brenner y cols., 1992, 1994). La idea implícita es que el abordaje de los primeros posibilitará una mejora más rápida y de mayor alcance en los segundos.

La técnica está sumamente estructurada en cuanto a la descripción de los ejercicios y el procedimiento de actuación, existiendo además una versión española de la misma (Roder y cols., 1996). Se trata de un programa que utiliza el formato grupal, flexible en cuanto a la duración, que suele oscilar entre los cuatro-seis meses, con dos

sesiones semanales de una hora a hora y media de duración. Es una técnica que implica activamente al paciente con ejercicios y tareas para casa, sobre todo en los últimos módulos. En su formato original se diseñó sobre la base de cinco subprogramas jerarquizados; los dos primeros claramente vinculados al funcionamiento cognitivo y perceptivo y los tres últimos al comportamiento más social.

Aunque hay una secuencia teórica para el desarrollo del procedimiento, existe la posibilidad de que ésta pueda variar en función de las particularidades del grupo de tratamiento.

Los cinco subprogramas iniciales son los siguientes:

a) Diferenciación Cognitiva: es el subprograma más vinculado al tratamiento de los déficits cognitivos básicos. Se incluyen ejercicios de contenido diverso que se agrupan en tres etapas o momentos: ejercicios con tarjetas, sistemas conceptuales verbales y estrategias de búsqueda. No se utiliza software informático, el material de terapia es simple y se puede construir a partir de las instrucciones diseñadas dentro del propio procedimiento.

b) Percepción Social: la finalidad que tiene este subprograma es la mejora de la capacidad perceptiva e interpretativa del paciente en situaciones sociales. Las escenas se presentan a través de diapositivas y están graduadas en función de dos parámetros: complejidad estimular y carga afectiva. El proceso de desarrolla en tres etapas: recogida de información, interpretación y asignación de título.

c) Comunicación Verbal: este subprograma sirve de vínculo entre los dos anteriores, en los que la metodología de trabajo de la sesión está altamente estructurada, y los posteriores, donde el nivel de implicación del paciente es mayor y el procedimiento es más flexible. Su objetivo principal es estimular el intercambio y la comunicación social entre los miembros del grupo.

d) Habilidades Sociales: se trata de un módulo destinado a la mejora de la ejecución interpersonal de los sujetos. Su metodología de trabajo, aunque con algunas particularidades, no difiere sustancialmente de lo que serían los tradicionales procedimientos de intervención ya diseñados en esta área.

e) Resolución de Problemas Interpersonales: es un módulo donde se abordan de forma más abierta y flexible diferentes situaciones problemáticas aportadas por los participantes. Se incorpora la posibilidad de utilizar el role-play para moldear la respuesta adecuada a la situación conflictiva. Esta técnica se ha ido enriqueciendo con el manejo de las respuestas emocionales de los pacientes y el desarrollo de programas específicos encaminados a garantizar la generalización de los resultados en contextos recreacionales, vocacionales o residenciales.

Sobre la eficacia del procedimiento, existen estudios (Vallina-Fernández, Lemos-Giraldez, Roder, García-Saiz, Otero-García, Alonso-Sánchez y Gutiérrez-Pérez, 2001; Penades y cols., 2003; Lemos, Vallina, García, Gutiérrez, Alonso y Fernández, 2004) que apuntan a que el procedimiento es eficaz de cara a lograr mejoras en el funcionamiento social y en los niveles de autonomía del paciente.

En referencia a las potencialidades de generalización del procedimiento a la clínica cotidiana, diferentes trabajos (Briand, Belanger, Hammel, Nicole, Stip, Reinharz, Lalonde y Lesage, 2005; Prouteau y cols., 2005; Lemos y cols., 2004; De la Higuera, 2003; Penades, Boget, Catalan, Gasto y Salamero, 2003; Vallina-Fernández y cols., 2001) han encontrado que es una técnica con posibilidades de utilización dentro del paquete terapéutico habitual, encontrando elevados índices de satisfacción tanto entre los profesionales como en los pacientes. Sin embargo, no todas las experiencias revisadas apoyan esta idea (Zanello y Merlo, 2004).

A cerca del rol del psicólogo

Con el continuo desarrollo de la psicología clínica, la tradicional dicotomía “salud física - salud mental” se ha superado con el reconocimiento de la unidad bio-psico-social del comportamiento humano. Así, el rol del psicólogo clínico ya no se restringe únicamente a lo mental, interviniendo actualmente en diversas áreas (dentro de las cuales se encuentran los problemas biomédicos), ampliado, de esta manera, cada vez más su competencia profesional. En este lineamiento, el psicólogo clínico es aquel profesional que aplica conocimientos, habilidades, técnicas e instrumentos de gran riqueza y variedad, proporcionados por la psicología y ciencias afines, con el fin de diagnosticar, evaluar, explicar, tratar o prevenir las anomalías, trastornos o cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, sea éste normal o patológico y referido tanto a un individuo como a un grupo. Estas técnicas y procedimientos de intervención psicológica son el resultado de los conocimientos adquiridos en la práctica clínica. Utiliza principalmente técnicas de evaluación como entrevistas, observación, test, registros, entre otras; o de intervención -terapia o modificación de conducta- (como la psicoterapia cognitivo-conductual, la psicoterapia cognitiva constructivista, la técnica psicoanalítica, la psicoterapia centrada en la persona y experiencias, la psicoterapia fenomenológica y existencial y la psicoterapia sistémica, entre otras) cada una de las cuales puede darse a nivel individual, grupal, familiar, de pareja, comunitario o institucional; en el ámbito privado o público. (Belloch y Barreto, 1987)

Para José Buendía (1999) las funciones del psicólogo clínico son: 1) la evaluación psicológica, que supone el estudio científico del comportamiento, así como el análisis de las dimensiones básicas de la personalidad humana; 2) la investigación, con el fin de aumentar los conocimientos básicos a cerca del comportamiento humano, sobre los que puedan apoyarse las distintas formas de interacción; 3) el tratamiento psicoterapéutico realizado a nivel individual o grupal, con el fin de aliviar el malestar psicológico y conseguir los cambios necesarios en beneficio de los pacientes; 4) la prevención, con la aplicación de programas a nivel comunitario, que por una parte controlen los factores causantes de alteraciones, y por otra desarrollen habilidades en los propios individuos que impidan la aparición de problemas psicológicos; y 5) la enseñanza, como forma de preparar a los futuros profesionales, así como el entrenamiento de los no profesionales que puedan colaborar en la aplicación de programas de intervención a nivel comunitario.

En el ambiente de la salud mental, es aquí donde el psicólogo puede cumplir un rol fundamental. Si bien el control de las variables biológicas le compete al psiquiatra, todo lo relacionado con la enseñanza de habilidades sociales, cambio conductual, cambio social y esfuerzos comunitarios son aspectos que están directamente relacionados con la formación del psicólogo como tal; además de la evaluación conductual, que es el método que permite determinar los déficits, excesos y logros conductuales del paciente que facilitan o perjudican sus actividades (Ardouin, Bustos, Fernández, Gayó y Jarpa, 2000).

Para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con esquizofrenia es fundamental el trabajo de un equipo interdisciplinario compuesto por psicólogos, psiquiatras, y terapeutas ocupacionales, entre otros profesionales. En el equipo, el psicólogo ocupa un lugar destacado, en la evaluación cognitiva y conductual del paciente, en la estimulación cognitiva, en el tratamiento y rehabilitación; y en la evaluación y orientación familiar.

Además, el psicólogo brinda atención profesional al paciente, que incluye interpretar la prescripción médica, consultar la historia clínica para obtener información sobre el paciente, la evaluación psicológica del paciente (evaluar su nivel intelectual y personalidad previa, entre otros aspectos), la orientación psicológica mediante entrevistas de esclarecimiento y de apoyo y consignar la información de la especialidad en el registro correspondiente de la historia clínica.

Un estudio sobre el papel de la psicología en los trastornos conductuales como el alcoholismo, la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia y los trastornos bipolares; obtuvo como resultado que: mientras se espera de los profesionales formados biológicamente que jueguen un papel de liderazgo en el desarrollo de tratamientos con fundamentos farmacológicos o biológicos, de los psicólogos se esperaría que fueran líderes en el desarrollo de tratamientos psicosociales y cognitivo-conductuales apoyados empíricamente. La formación de los psicólogos en métodos cuantitativos, diseños de investigación, psicopatología, evaluación clínica y tratamientos psicosociales les da una base sólida para el diseño y evaluación de tratamientos apoyados empíricamente (Haynes, Yoshioka, Pinson, Kloezeman, 2005).

La licenciada Salvetti (2006) menciona que el clínico cognitivo intenta conocer cómo elabora el paciente la información, así como el contenido de la misma; como estos fenómenos son subjetivos, para acceder a ellos son necesarios algunos instrumentos como entrevistas, autoinformes, registro de observaciones, etc., que le permitan inferir dicho procesamiento de forma directa.

Al respecto, Beck, (1976) sostiene que el terapeuta cognitivo trabaja en la dirección de ayudar al paciente a reconocer sus patrones cognitivos, creencias y

esquemas disfuncionales, rígidos, estereotipados; de modo de poder modificarlos mediante cogniciones y creencias alternativas. Desde esta nueva consideración los pacientes desarrollan una nueva mirada, el escenario para la creación de nuevas emociones y experiencias. Estas experiencias proveen luego el material en bruto de lo que posteriormente resultará en la modificación de pensamientos, emociones y creencias y la concomitante mejoría clínica.

Gabriel Brarda (en Baringoltz y Levy, 2007) menciona que la Terapia Cognitiva es una clase de psicoterapia con aproximación pragmática, enfocada en la resolución de problemas. Estructurada, activa, directiva, orientada a metas, limitada en el tiempo y de base empírica, desarrollada para el tratamiento de trastornos psiquiátricos. En su variante Conductual, utiliza para su despliegue un lenguaje popular, común y entendible; y su esqueleto conceptual resulta flexible, además de utilizar técnicas conductistas y cognitivas permite la *integración* de múltiples vías de abordaje teórico-técnicos de otras escuelas psicoterapéuticas, de acuerdo a lo cada paciente necesite en un momento determinado, y al estilo personal del terapeuta.

El contemplar el curso del proceso terapéutico en tiempos acotados, requiere que paciente y terapeuta tomen un rol proactivo, para el progreso del tratamiento, desafiando tanto las cogniciones como las emociones disfuncionales. El terapeuta trabaja para estructurar cada una de las sesiones, limita los silencios, utiliza la confrontación y el esclarecimiento. Acota la regresión y asigna tareas para el hogar.

El objetivo terapéutico es la reestructuración cognitiva, entendida como algún estilo de cambio en el sistema de creencias, en base a un diseño entallado para cada persona y su particular problemática.

Si bien la terapia cognitivo conductual (TCC) es un abordaje terapéutico centrado en el aquí y ahora, focalizado en la mejoría de síntomas observables, mensurables así como en el cambio conductual, sería un error asumir que no enfatiza las experiencias evolutivas. Por el contrario, estas experiencias son de crucial importancia para el terapeuta cognitivo ya que proveen el material relevante con el que se conforman nuestras más profundas creencias.

La conceptualización cognitiva (Beck, 1995; Ramsay & Rostain, 2003) es una formulación integrada para la comprensión de los problemas que presenta el paciente. Es una herramienta que relaciona los diferentes niveles del problema y que a lo largo de todo el proceso terapéutico se discute y revisa en forma colaborativa con el paciente, a modo de hoja de ruta, no sólo para aumentar el insight y conciencia sobre los problemas que lo aquejan, sino como una ventana de posibilidad hacia nuevas experiencias.

METODOLOGÍA

Diseño y esquema

En base a los objetivos planteados, se consideró pertinente realizar un diseño de tipo no experimental. El esquema empleado en primera instancia fue exploratorio, para indagar la temática seleccionada (déficit cognitivo en la esquizofrenia). Luego tomó el carácter de un esquema descriptivo, con el fin de especificar las características, propiedades y rasgos importantes del fenómeno a investigar (Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista Lucio, 2000).

Enfoque

El presente estudio se emprendió desde el enfoque cualitativo, con el propósito de recolectar información acerca del fenómeno de interés y su contexto, para poder entender las variables involucradas. El enfoque cualitativo permite descubrir y refinar las preguntas de investigación, antes, durante o después de la recolección y el análisis de datos e incluye al investigador como instrumento de investigación, adquiriendo un punto de vista desde adentro. A su vez, pretende realizar un análisis interpretativo de los datos y no una generalización de resultados ni un análisis estadístico (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2000).

Para Denzin y Lincoln (1994) “la investigación cualitativa involucra la recolección y el uso de una variedad de materiales empíricos como estudio de casos, experiencia personal, introspección, historia de vida, interacciones y textos visuales; que describen las rutinas y momentos problemáticos, como también los significados, en las vidas de los individuos”.

Siguiendo a Anguera Argilaga (1995), el presente trabajo se corresponde directamente con la metodología cualitativa, ya que la fuente principal y directa de los datos fueron situaciones naturales, en las cuales el investigador se convierte en el principal instrumento de recogida de datos, obteniendo una visión holística del fenómeno en estudio, es decir, captando el contexto de forma global; incorporando el conocimiento en base a intuiciones, aplicando técnicas de recogida de datos abiertas, realizando un análisis inductivo de los datos (describiendo primeramente el evento de estudio y luego detectando progresivamente regularidades), partiendo de los datos de la realidad concreta para generar la teoría.

Población y muestra

La población se conforma por aquellas personas portadoras de esquizofrenia, trastorno bipolar y otros trastornos psicóticos que asisten a la institución Casa Club Bien Estar. La unidad de muestreo fue no aleatoria y la muestra de tipo accidental, la cual se conforma con sujetos de la población a los que es más fácil acceder, en una situación dada. Es común que para conformar muestras accidentales se tomen grupos de sujetos reunidos con anterioridad a la investigación; por ejemplo: pacientes de una determinada sala, miembros de un cierto club (Grasso, 1998). De esta manera, la muestra queda conformada por aquellas personas portadoras de esquizofrenia que asisten al Taller de Radio en Casa Club Bien Estar.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Revisión bibliográfica: búsqueda de información referente al fenómeno a investigar, revisión de antecedentes, rastreo de artículos afines, investigaciones previas. Lectura exploratoria de libros, tesis, revistas científicas especializadas. Se utilizó en gran parte la bibliografía sugerida por la institución.

Observación participante: esta técnica consiste en observar atentamente el fenómeno de estudio, tomando información y registrándola para su posterior análisis. León y Montero (1998) la definen como "plan de recogida de datos mediante observación en la que el observador forma parte de la propia situación bajo observación".

Es uno de los métodos de observación menos estructurado, porque el investigador no pone gran restricción en el tipo de información recogida y tampoco posee el mismo una concreta unidad de análisis especificada antes de acceder a este terreno (Selltiz, Wrightsmann, Cook, 1980).

Para Kluckholm (en Anguera Argilaga, 1995) consiste en un proceso caracterizado, por parte del investigador, como una forma "consciente y sistemática de compartir, en todo lo que le permitan las circunstancias, las actividades de la vida, y, en ocasiones, los intereses y afectos de un grupo de personas. Su propósito es la obtención de datos acerca de la conducta, a través de un contacto directo y en términos de situaciones específicas en las cuales sea mínima la distorsión producida en los resultados a causa del efecto del investigador como agente exterior".

Con este tipo de observación, el tomar contacto cara a cara con los jóvenes permitió realizar un registro profundo acerca del comportamiento de los mismos, del propio, y de la interacción configurada entre ambos. De este modo, la observación es

directa y participante, ya que para obtener los datos es necesario incluirse en el grupo observado, consiguiendo la información "desde adentro".

Entrevista: es un campo donde pueden estudiarse, a partir de los procesos de comunicación, que toda relación humana entraña, la interacción verbal, no verbal y paraverbal. Asimismo, es un instrumento del método clínico y un procedimiento de investigación científica de la psicología, "al par que aplica el conocimiento psicológico, sirve también para ponerlo a prueba". La entrevista configura un campo, lo que significa que entre los participantes se estructura una relación de la cual depende todo lo que en ella acontece. Permitirá "escuchar, vivenciar y observar el comportamiento del entrevistado" (Bleger, 1972 en Etchegoyen, 2005).

Cuaderno de campo: anotaciones personales acerca de lo ocurrido en el día a día, aspectos fenomenológicos, subjetivos y contratransferenciales. Inferencias a partir de lo observable; combina la recogida de datos y el análisis de los mismos. Las notas de campo consisten generalmente en una descripción continua de participantes, sucesos, lugares y conductas (Leonard Bickman, en Selltiz, Weightsman, Cook). El registro que se realiza en el cuaderno de campo, facilita la interpretación de aquello que se observó en la práctica, posibilitando un distanciamiento de la subjetividad del observador.

Revisión de documentos: de carácter institucional y personales (de los pacientes). Documentos institucionales: reseña histórica, objetivos, profesionales a cargo, proyectos internos y externos. Documentos personales: incluyen todo escrito o manifestación verbal del sujeto, que nos proporciona, intencionadamente o no, información relativa a su dinámica de vida (Allport, 1942, en Anguera Argilaga, 1995). Se trata de cualquier registro no incentivado por el investigador durante el desarrollo de su trabajo, que posea un valor simbólico para el sujeto investigado.

También se inspeccionarán algunas historias clínicas: con el fin de indagar la constelación familiar, historia de la enfermedad, sintomatología, evaluación y evolución del paciente, prescripciones médicas y psicológicas. El comportamiento del paciente en cada área, sus avances, retrocesos, logros, posibilidades, estados anímicos, etc. Cuando se indaga en la historia de una persona que padece, lo que se buscan son hechos y vivencias de su biografía, anteriores y actuales. Estos hechos están enmarcados por el conocimiento teórico que aplicamos, el cual nos permite extraer información que de sentido y que nos lleve a entender o comprender su sufrimiento y/o enfermedad.

Se utilizarán algunos instrumentos estipulados por Etchegoyen (1993):

Para influir en el paciente: proponen alcanzar un cambio directo, inmediato, que apunta a la conducta.

Apoyo: acción psicoterapéutica que trata de darle al paciente estabilidad, algo así como un respaldo o bastón. Actitud de simpatía, de cordialidad, receptividad frente al paciente.

Sugestión: implica introducir en la mente del paciente, subyacentemente de lo que piensa, algún tipo de juicio o afirmación que pueda operar luego desde adentro con el sentido y la finalidad de modificar una determinada conducta patológica.

Persuasión: ligada al proceso racional; apunta a la razón y asume distintas modalidades, intercambiando ideas, argumentando y hasta polemizando con el paciente.

Instrumentos para recabar información:

Pregunta: es el instrumento más sencillo y directo. Cuando no hemos escuchado o entendido, o deseamos conocer algún dato que nos parece pertinente, así como cuando creemos necesario saber qué significado le da el paciente a lo que está diciendo.

Señalamiento: circunscribe un área de observación, llama la atención, con el objetivo de que el paciente observe y ofrezca más información.

Confrontación: muestra al paciente dos cosas contrapuestas con la intención de colocarlo en un dilema, para que advierta una contradicción.

Instrumentos para informar:

Información: opera como un auténtico instrumento de psicoterapia si se la brinda para corregir algún error. Se refiere a algo que el paciente desconoce (desconocimiento objetivo) y debería conocer porque lo influye.

Esclarecimiento: busca iluminar algo que el individuo sabe pero no distintamente, algo de sí mismo que no percibe claramente.

Plan de análisis de datos

Se realizó un análisis correspondiente a la perspectiva cualitativa, el cual consiste en el análisis en profundidad de aquellos aspectos incluidos en el material que arrojaron las observaciones, la revisión bibliográfica, la revisión de documentos, etc., los cuales incluyen atributos y valores subyacentes. De toda la información obtenida, se fue seleccionando la considerada relevante en base a los objetivos planteados, y luego fue organizada para otorgarle sentido y significado a la hora de codificarla en la sistematización.

“La finalidad del tratamiento de los datos es imponer algún orden a un gran volumen de información, así como proceder a una reducción de datos, de manera que sea posible obtener resultados y conclusiones que se puedan comunicar mediante el informe de investigación” (Anguera Argilaga, 1995).

Por último, es importante mencionar lo que la autora establece al respecto de la metodología cualitativa: “no existen reglas sistemáticas para el análisis y presentación de datos cualitativos, lo cual implica un gran volumen de trabajo y una precisa reducción de los datos”.

SISTEMATIZACIÓN DE LA PRÁCTICA

INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTACIÓN

El presente trabajo, trata la sistematización de la práctica supervisada realizada en la institución Casa Club Bien Estar, durante los meses de agosto de 2009 hasta marzo de 2010.

La sistematización es “aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explica la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí y por qué lo han hecho de ese modo” (Oscar Jara).

Llegando al final de mi carrera, comencé a informarme acerca de las prácticas supervisadas que ofrecía la Facultad, las cuales constituyen una modalidad para obtener el título de Licenciada en Psicología, distinta al trabajo final.

Siempre consideré que las prácticas son un instrumento de inestimable valor, por el hecho de adquirir experiencia en terreno y porque permiten una instancia de aprendizaje en la que se aúnan teoría y práctica.

Al interiorizarme a cerca de las mismas, rescato de sus objetivos la posibilidad de capacitación a través de la experiencia de una inserción práctica en la realidad profesional e institucional, junto con aprendizaje del rol del psicólogo en diferentes áreas, bajo condiciones de supervisión.

Lo que a mí me interesaba particularmente era el área de la Psicología Clínica, en lo que respecta al tratamiento y la rehabilitación; por tal motivo, entre las prácticas que proponía la Facultad decidí presentarme en aquella que brindaba la institución Casa Club Bien Estar. Lo que más me impactó de esta propuesta, fue lo referido a la rehabilitación psiconeurocognitiva de personas portadoras de esquizofrenia y trastorno bipolar. Por un lado, el tratamiento de la esquizofrenia, psicopatología con la cual el psicoanálisis freudiano encontró algunos límites (“...si el enfermo padece de *parafrenia* {esquizofrenia}, el psicoanalista no podrá mantener su promesa de curación...”. Freud, 1913) y por otro lado lo psiconeurocognitivo (variable de interés que estudié al cursar la materia Neuropsicología), estos fueron los temas que me cautivaron.

Las prácticas se ofrecían como una posibilidad y como un desafío, y yo quería ser partícipe de eso. Éramos varios los postulantes interesados, cualquiera podía ser el elegido. Pasadas dos semanas desde la entrevista, me llaman por teléfono desde la oficina de trabajo final y prácticas supervisadas para avisarme que había quedado seleccionada, no lo podía creer, que alegría me dio ese llamado!

En los días previos al ingreso de la práctica, pensaba acerca de la psicosis, sus características, sintomatología, etc. Me imaginaba que estas personas estarían totalmente desconectadas de la realidad, perdidas, delirando... Era la primera vez que tomaría contacto directo con esta psicopatología; estaba ansiosa por asistir a la institución y aprender en el día a día todo acerca de la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

El día lunes 10 de agosto de 2009, asisto por vez primera a la institución, llego a 9:30 hs y me reciben cordialmente Ernesto (psiquiatra) y Enrique (psicólogo). Me presentan ante los jóvenes, quienes se encuentran desayunando mate cocido con criollos, ellos me miran como con extrañeza, y yo con intriga. Mientras tanto escuchan música.

Me siento en la mesa junto a los profesionales, conversamos amablemente un rato hasta que llega la directora de la institución, Lic. Gabriela Contreras; me presento ante ella y dice acordarse de mí, de la entrevista. Luego llega mi compañero de prácticas, quien se muestra ansioso al igual que yo. Nos dirigimos hacia la oficina de dirección con la licenciada y organizamos los días y horarios de asistencia (de lunes a viernes, desde las 9:30 hs hasta las 12:30 hs); nos dice que ella se encontrará allí para supervisar nuestra labor cuando sea necesario y no nos imparte ninguna instrucción para comenzar nuestra actividad (extraído del cuaderno de campo 10/08/09).

Ese día presencié el Taller de Radio, el cual con el tiempo se convirtió en el dispositivo principal de observación del fenómeno a investigar y desde el cual elaboraré la reconstrucción e interpretación de las experiencias vividas en relación al eje de sistematización.

En general me sentí muy cómoda y bienvenida. El lugar me resultó cálido. Me impactó, a simple vista, el buen estado en que se encontraban los jóvenes (a diferencia de lo que me imaginaba).

En base a lo establecido por la institución, en una primera instancia, fui adquiriendo información acerca del funcionamiento institucional y de las patologías con las que trabaja. Observé de manera participante los talleres de rehabilitación que se brindaban por la mañana y las salidas recreativas, y de forma no participante las terapias grupales y reuniones de psicoeducación familiar. Asistí a las reuniones del equipo y a supervisiones. En una supervisión con la licenciada Gabriela sobre las actividades de la práctica que estaba llevando a cabo, le consulto mis dudas con respecto a las intervenciones que podía realizar, y me responde que las realice en la medida en que me sienta segura y capaz, y que sino me remita a los terapeutas presentes (10/09/09). Durante el primer mes, observé las actividades que se realizaban en la institución central. Desde el mes de setiembre, fui alternando una

semana en cada estructura edilicia. Al principio de la práctica, me costó delimitar el objeto y dispositivo a investigar, ya que eran muchas las actividades institucionales en las cuales participaba.

En una segunda instancia, me fui integrando a la tarea profesional, realizando intervenciones terapéuticas bajo supervisión; continué realizando observaciones participantes en los talleres y las salidas; fui delimitando mi objeto de estudio y elegí como dispositivo de observación principal al taller de radio, comenzando a asistir también al programa radial. Asistí a reuniones de supervisión (de la institución y de la facultad).

Y, en una tercera instancia, realicé las actividades anteriormente mencionadas y fui elaborando del anteproyecto.

Colaboré en una oportunidad para una investigación (sobre insight y adherencia al tratamiento), realizando encuestas a cinco jóvenes portadores de esquizofrenia; participé en entrevistas que llevó a cabo un psiquiatra, en las cuales se aplicó la Escala de síndromes positivo y negativo en la esquizofrenia (PANSS). Y presencié entrevistas de asesoramiento a familiares. Además asistí a dos conferencias sobre Esquizofrenia, brindadas por el doctor Muscellini en los CPC de Av. Colón y de Ruta 20.

Al finalizar mi asistencia a la institución, sistematicé los datos obtenidos durante la misma, ordenando, reconstruyendo e interpretando las experiencias del proceso vivido.

CONTEXTUALIZACION

Conocer las características del contexto institucional hace al rol y al entendimiento de las variables que se ponen en juego cuando se trabaja en este medio” (Abraham Yamina, 1998).

La práctica supervisada fue llevada a cabo en Casa Club Bien Estar, un centro de día que funciona hace diez años. Los centros de día son dispositivos que, en jornada continuada de día, ofrecen tratamiento fundamentalmente rehabilitador y para la adquisición de hábitos sociales en pacientes crónicos, en fase de estabilización de su enfermedad; con énfasis en actividades recreativas y ocupacionales, con programas que no suelen estar limitados en el tiempo. En general los datos sugieren que los pacientes que han seguido tratamiento en centros de día, obtienen mejores resultados sobre todo en los niveles de funcionamiento y ajuste social, que aquellos otros que siguen tratamiento ambulatorio tradicional (Stein, Diamond y Factor, 1990).

En este sentido, Casa Club Bien Estar ofrece tratamiento ambulatorio orientado hacia la rehabilitación y reinserción psicosocial de personas con diagnóstico del espectro de las Esquizofrenias, Trastornos Bipolares y otros Trastornos Psicóticos, apuntando al aprendizaje de nuevas habilidades y la recuperación de las capacidades previas al comienzo de la enfermedad. Implica asimismo un enfoque que apunta a mejorar la calidad de vida, frente al deterioro psiconeurocognitivo, que ocasionan estas patologías.

La modalidad de trabajo elegida por la institución es Laborterapia, que se orienta en función de los intereses y posibilidades de los socios, conforme a su evolución y funcionamiento previo. En referencia a ello, una de las ideas de curación de las enfermedades mentales, planteadas por Pinel establecía que “la realización de actividades con sentido real, heterodirigidas y provistas de utilidad material y social, facilitan la reinserción del paciente en su entorno comunitario y social”. A su vez, Pinel describe que en Zaragoza mejoraban predominantemente los enfermos que trabajaban en las actividades propias del manicomio.

El nacimiento de la Terapia Ocupacional es admitido en el año 1917, con la creación de la Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional en Nueva York, por George Edward Barton y Thomas Bissell Kidner. Barton es quien introduce la denominación Terapia Ocupacional, entendiéndola como la *“ciencia que enseña y estimula al enfermo a cómo realizar el trabajo que le proporcionará energías, y cómo utilizando actividades se obtiene un efecto terapéutico beneficioso”*.

En Inglaterra, la creación de clubes dentro de las instituciones psiquiátricas fue el inicio de un gran movimiento para la renovación de la asistencia psiquiátrica (Cardamone y Sisti, 1997). El modelo de rehabilitación psicosocial *clubhouse*, surge en 1948, en la ciudad de Nueva York, y se desarrolló como una comunidad de colaboración de profesionales y personas con enfermedades mentales. Las actividades comunitarias se centraron en el trabajo diario ordenado, de modo que el personal y los pacientes trabajaban conjuntamente en las funciones de la clubhouse con el objetivo de que los pacientes adquiriesen habilidades sociales y profesionales (Anderson, 1998; Macias y cols; 2001, en Lieberman, Stroup, Perkins, 2008).

En “Casa Club” los pacientes realizan distintas actividades terapéuticas, recreativas y ocupacionales, tendientes a la rehabilitación. En este sentido, la Laborterapia consiste en diferentes talleres (radio, plástica, literatura, música, etc.) dirigidos por un coordinador (o tallerista) y orientados en función de los intereses y posibilidades de los socios, conforme a su evolución y funcionamiento previo; a su vez permiten descubrir las capacidades y los potenciales creativos de cada persona.

Además del coordinador, dos profesionales de la salud (psicólogos, psiquiatra) presencian cada taller, quienes ayudan cuando sea necesario, observan, realizan intervenciones terapéuticas, imparten pautas de trabajo.

El horario de ingreso es a las 9 hs; desde las 9:30 hs hasta las 10 hs es el desayuno; al finalizar cada quien levanta su tasa, la lava, seca y guarda. Diariamente hay un encargado para barrer y acomodar las mesas (hay un cronograma en la pared). Luego se administran los psicofármacos. A las a las 10 hs comienzan los talleres. Cuando estos finalizan (a las 12 hs) los pacientes disponen de un tiempo libre hasta la hora del almuerzo.

Aproximadamente concurren 70 personas, “portadoras de esquizofrenia y trastorno bipolar” (la minoría); jóvenes en su mayoría, con una edad promedio aproximada de 30 años. Debido a la cantidad de personas, se agrega otra estructura edilicia en la vereda del frente. A la casa central, cita en José M. Chávez 48, la llaman “la 48”, y a la otra “la 49” (por la altura de numeración), yo la denomino “la casa de en frente”. Ambas instituciones son amplias, de dos pisos, con amplios comedores, baños para damas y caballeros por separado, con varias habitaciones en las cuales se llevan a cabo algunos talleres, patios. Cuentan con sala de computación, biblioteca, gimnasio, sala de juegos. La oficina de dirección se encuentra en la casa central.

Es importante mencionar, que denominan a quienes asisten a la institución “personas portadoras de esquizofrenia (o trastorno bipolar)”, en vez de llamarlos “pacientes”, ya que esta palabra conlleva la idea de pasividad. También se los suele

designar "socios", ya que asisten a un club (esto me lo explicó una psicóloga de la institución a raíz de que mencioné la palabra paciente).

TALLER DE RADIO

El taller de radio de Casa Club Bien Estar se denomina “Entre Amigos”, funciona desde el año 2004 y tiene como antecedentes talleres de lectura de noticia y micrófono abierto. En el 2005, la Radio Revés de la E.C.I. (Escuela de Ciencias de la Información), suma a la dimensión discursiva, la palabra pública y masiva, a “Entre Amigos”, quien pasa a ser integrante de la grilla de la emisora universitaria. Desde ese momento ininterrumpidamente el taller produce, graba, edita y se presenta en la ciudad de Córdoba los días jueves, de 14 hs a 16hs, por la FM 88.7.

Desde el año 2006, Daniel Gerónimo (Técnico en Comunicación) y Esteban Ways (Estudiante de Comunicación Social), coordinan un grupo de alrededor de 45 personas que producen noticias, micros y radioteatros; trabajando la experiencia de abordaje de la esquizofrenia con el concepto de “la comunicación como terapia”.

En el año 2007, los coordinadores del taller, con la colaboración de Emiliano Peña Chaperó (Lic. en Comunicación Social), plantean las siguientes categorías de abordaje para el taller:

Talleres Lúdicos: “nos planteamos utilizar juegos de destrezas motoras e intelectuales que coloquen de nuevo al paciente en el rol de integrante de Casa Club. De esta forma diseñamos talleres, destacando los aportes de otras disciplinas como la música, cine, teatro, expresión corporal y plástica”.

Una de las dinámicas utilizadas es “Ruptura y División de Grupos”: con el total de personas en posición de bipedestación, se enuncian una serie de consignas simples (“los que se identifican con el color rojo”) que buscan en primer término romper con los rituales de acceso, luego desarmar los vínculos de acceso entre aquellos que poseen mayor afinidad y finalmente integrarlos con los que tienen menos interacción. “De esta forma, el horizonte del trabajo en grupo se comienza a instalar nuevamente”.

Producción de Artística: la intención es armar la Copetería general del programa; Presentación, Cierre y Promo. En una primera instancia, se divide a los participantes en dos grupos, uno escribirá la Presentación y el otro el Cierre. A partir de la escucha de una canción como disparador, cada participante de manera individual escribe una Presentación y el otro en el Cierre del programa (dependiendo del grupo que le haya tocado); luego se junta todo lo escrito por grupo y se intercambia para que cada grupo elija la Presentación y Cierre que finalmente grabarán para el programa radial. En un segundo encuentro, se elabora la artística de cada uno de los bloques de la estructura del programa. En el tercer encuentro, se genera una Promo para la semana del

radioteatro. Para el cuarto encuentro, se hace la artística para el bloque de Encuentros y Visitas.

Producción de programa: en las emisoras de radio, la mayoría de los programas cuentan con el respaldo de un cuerpo de productores. En este caso, la producción del programa “Entre Amigos” se efectúa los días lunes en Casa Club Bien Estar, durante el espacio del Taller de Radio, de 10 a 12 hs. El programa tiene una estructura con cinco bloques bien diferenciados: Cultural, de Espectáculo, Deportivo, de Variedades y por último de Humor. Cada bloque tiene un integrante que es el encargado de realizar la “pauta” de trabajo y cumple al mismo tiempo la función de realizar la apertura, presentar a sus compañeros y efectuar el cierre del programa. Los bloques son la resultante de un *trabajo de producción* realizado a partir de un medio gráfico como lo es en este caso el diario “La Voz del Interior” de los días domingos y lunes.

Producción de Micros: el desarrollo de cada uno de los Micros está relacionado con las expectativas desarrolladas por cada uno de los integrantes a lo largo del Taller. Se trabaja sobre temáticas individuales. “Intentamos identificar las virtudes y bondades de los pacientes, a partir de lo cual se conforma la actividad, pensando siempre en trabajar sobre las capacidades cognitivas menos deterioradas para con ello generar núcleos firmes que permitan trabajar con otras capacidades”.

La idea es que cada uno construya una pieza radiofónica ligada a lo demostrado como intereses individuales a lo largo del Taller. Se hace hincapié en la elaboración de piezas artísticas, desde lo sonoro hasta lo discursivo.

Programas Especiales: son programas históricos, culturales e informativos que hacen memoria a algún hecho trascendental ocurrido en un lugar y tiempo determinado. Se toman como ejes centrales el contexto político, social, económico, y los antecedentes del hecho en sí, lo cual demandará que los integrantes busquen la información referida al tema.

Completan esta propuesta anual, los espacios de encuentros y visitas; a su vez se profundiza la utilización de herramientas comunicativas para la participación ciudadana de personas con trastorno bipolar, esquizofrenia y su familia.

En este sentido, en dos ocasiones, miembros de LT 22 Radio “La Colifata” del hospital Borda, visitaron y realizaron programas especiales en conjunto con el taller, abriendo la posibilidad de intercambio con otras experiencias. Esta situación se potenció a fines de mayo de 2007, con la participación en el “Primer Encuentro Mundial de Radios Colifatas”, en Buenos Aires; donde los socios de Casa Club conocieron a integrantes de otras radios (Radio Vilardevoz del Hospital Psiquiátrico de

Montevideo, Radio La Diferencia de Valparaíso en Chile, Radio Nicosia de España, Radio Mocoví de la colonia Psiquiátrica de Oliveros en Rosario; entre otras).

Revisando las propuestas de trabajo del año 2009, Gerónimo y Ways establecen: “este año constituye el cuarto año de un proceso que tiene como finalidad la utilización de herramientas comunicativas en el tratamiento y la rehabilitación de personas con trastorno bipolar y esquizofrenia. Nuestro trabajo consiste en la realización de talleres de comunicación, basados fundamentalmente en herramientas radiofónicas, además del aporte de otras como: tecnológicas, de expresión corporal, oralidad y locución.

Como consecuencia de la enfermedad, las personas que la padecen, sufren una pérdida de su funcionalidad, tanto en las funciones cognitivas básicas como las de cognición social, afectando las relaciones interpersonales, la relación con el medio y disminuyendo su calidad de vida. En este sentido, las herramientas de comunicación en sus diferentes formatos ayudan a la rehabilitación de las personas a través de un entrenamiento en las funciones cognitivas básicas, como la atención, concentración, percepción, razonamiento activo, resolución de problemas, clasificación, seriación y formación de conceptos”.

La propuesta para este año es trabajar en dos ejes: “Talleres de Producción” y “Programa Radiofónico”.

1. Talleres de Producción

“Pensamos como estrategia de abordaje, realizar un detalle de la ejecución de cada taller a manera de Hoja de Ruta. Cada una de estas herramientas contiene tres momentos y en cada uno de ellos una dinámica, desarrollo, materiales y tiempo estimado”.

2. Programa Radiofónico

El equipo de trabajo, presenta audios y noticias de los compañeros que no asisten a esta instancia, y también produce noticias propias. El grupo de trabajo, permanece estable y solo está sujeto a los cambios que el equipo terapéutico y los talleristas vean convenientes. Son cerca de diez personas las que conforman este grupo, el cual se divide en dos, para asistir de a cinco personas por jueves a la radio.

RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA EN EL TALLER DE RADIO

En los párrafos siguientes, se presenta la reconstrucción e interpretación de las experiencias vividas en relación al eje de sistematización.

El primer día que asisto a la institución, presencio el “Taller de Radio”, que se da los días lunes, por la mañana (desde las 10 hasta las 12 hs). Lo coordina en esta ocasión Daniel (“Gero” para los todos). De manera simultánea, en la otra estructura edilicia, Esteban (“El Chino”) coordina el mismo taller (los coordinadores van rotando, lunes a lunes, asistiendo una vez a la casa central y la otra a la casa de enfrente).

Primero realizan una actividad lúdica de entrada en calor “maremoto”, a la cual me invitan a participar y así lo hago con gusto. Ubicados en forma de círculo y sentados en las sillas, debían ir cambiándose rápidamente de lugar al oír la palabra “maremoto”. Mientras tanto, algunos jóvenes que se sentaban a mi lado se presentaban, al igual que yo. Esta actividad fue importante para ejercitar la función motriz, a algunos jóvenes les costaba levantarse de su silla, y se dirigían con lentitud para ocupar otro lugar, otros sólo se sentaban en la silla de al lado, evitando movilizarse más lejos. *“Los trastornos motores han sido especial objeto de atención tanto en las descripciones clásicas como para la evaluación de los efectos secundarios de la medicación. El enlentecimiento motor es una característica de algunos de estos pacientes y puede ser agravado por la medicación neuroléptica” (Sanjuán et al., 2001).*

Luego se dictó la consigna del día, consistente en leer un artículo periodístico y realizar una síntesis por escrito (cada uno tiene su cuaderno), de manera individual, para luego presentarla en voz alta (con un micrófono) en el momento de la radio abierta (a la vez que se graba en la computadora).

Se observan algunas dificultades a la hora de resumir de la noticia, en lo que respecta a priorizar los aspectos relevantes (*“...los pacientes esquizofrénicos muestran un pobre desempeño en las modalidades atencionales: fallan en la selección y focalización de un estímulo, son incapaces de priorizar la información importante y desechar la irrelevante...” Téllez Vargas y López Mato, 2001*); el coordinador, un psiquiatra y un psicólogo, ayudan a algunos jóvenes (entre ellos “L”) a resolver estas dificultades.

Llegado el momento de la “Radio Abierta”, otros presentan dificultad al leer en voz alta (se trababan) su artículo, pero la mayoría lo hace bien. En este instante se acercan otros jóvenes de la casa de enfrente, coordinados por Esteban, para leer y grabar sus artículos (ellos realizaron previamente la misma actividad de resumen).

Me cuenta uno de los talleristas, que después de grabada la noticia, se la edita para emitirla el día jueves en el programa “Entre Amigos”, al cual lo realiza un grupo de jóvenes de Casa Club (extraído del cuaderno de campo 10/08/09).

En otra instancia, la consigna también fue la “producción” (individual) de una noticia, teniendo en cuenta las herramientas comunicativas: ¿cómo, dónde, cuándo, por qué y para qué? Y realizar un comentario personal final. Deduzco que estas preguntas sirven de guía, facilitando la extracción de la idea principal.

Uno de los psicólogos presentes les pregunta a todos cómo van con la actividad y ayuda a quien lo necesita. Se detiene a trabajar con un joven “M”, quien pareciera “no arrancar” para realizar la actividad. En reiteradas veces miraba la hora en el reloj de pared y se lo notaba algo incómodo. Este muchacho suele deambular por el pasillo de aquí para allá, con una postura física rígida; no establece contacto visual ni verbal con los demás. Logra realizar su escrito con la ayuda del licenciado, quien me comenta que tiene capacidad, solo que le cuesta comenzar la actividad y necesita ayuda para ello. En una oportunidad le digo “hola M” y no me responde; un compañero me dice: “él es así”. En otra ocasión me acerco y nos saludamos, él emite un simple “hola”. *“... el paciente prefiere responder con monosílabos a tener que argumentar y extenderse... Difícilmente rompe un silencio y espera a que alguien se dirija a él antes que interrogar. Pareciera que hay que arrancarle las palabras”.*

Otro muchacho, “F” no para de hablar de un hecho puntual de interés personal, y realiza el resumen en base al mismo (con autorización del tallerista) y no con una noticia del diario. Se pasea preguntando si está bien lo que escribió y agrega detalles cada vez que lee lo que escribió. Le llaman la atención para que se siente y continúe con su trabajo. Se observa déficit en la capacidad de síntesis, dispersión, problemas en la concentración (extraído del cuaderno de campo 24/08/09). *“El sujeto se muestra inestable, distraído e incapaz de terminar una tarea sin control ambiental externo...” (Pineda 2000).* Al respecto de la desorganización del pensamiento, *“...el paciente o bien repite un mismo concepto, idea, frase o incluso sílaba de forma reiterada (perseveración) o bien es incapaz de sintetizar una idea porque da demasiados detalles, o nunca llega a buen puerto” (Parrellada Rodón et al, 2004).*

Otro lunes, se optó la modalidad de traba en grupos de cinco personas, eligiendo una noticia y la redactándola entre todos. La consigna esta vez agregó la “atemporalidad”, lo cual implicaba que omitan la variable tiempo; o sea que en sus redacciones no debían colocar la fecha del hecho acontecido. Luego grabaron por grupos. En esta instancia de trabajo grupal, se observaron producciones más ricas y extensas; la mayoría trabajó con entusiasmo, aunque algunos no participaban de la producción grupal y se dispersaban, conversaban con el compañero, distrayendo al

resto del grupo (extraído del cuaderno de campo 31/08/09). Esta modalidad permitió el intercambio de opiniones entre los compañeros (ejercicio de la fluidez verbal), el prestarle atención a lo que decía el otro y retener esa información para no repetirla a la hora de armar la noticia grupal requiere de la memoria de trabajo.

También trabajaron en grupos de dos personas. De esta manera se observó (en la mayoría) un trabajo conjunto en el que las dos personas participaban de la actividad (extraído del cuaderno de campo 07/09/09).

En una oportunidad (14/09/09), con el consentimiento del tallerista y los licenciados presentes, ayudo a realizar la actividad a un grupo de dos muchachas, ya que a una de ellas "V" se le dificultaba retener lo que iba leyendo y por ende, no podía escribir sobre la noticia (esto da cuenta del frecuente déficit en la memoria a corto plazo que presentan los pacientes, "...*presentan una disminución en la capacidad de recordar palabras ó imágenes en un corto período para realizar una tarea concreta...*" Bousño et al, 2005); entonces, a medida que leía un párrafo en voz alta, yo le iba preguntando si le parecía importante y comentábamos de qué se trataba, luego lo transcribía en su cuaderno. Al momento de leer su artículo, en la radio abierta, le costó comenzar y tartamudeó. En otra oportunidad (5/10/09), observo que "V" estaba leyendo hacía un buen rato el artículo y no había comenzado su escrito, me acerco y le ayudo de igual manera que la vez anterior.

Un compañero, recordaba la información de una manera sorprendente y armaba las oraciones sin dificultad, pero en contra partida de esto se observa retraimiento, aislamiento social, afecto aplanado. Además, no lee sus trabajos ante sus compañeros (se los lee otra persona).

Otro joven, realiza la actividad de manera desorganizada y su compañero se queja por tal motivo. Cuando le tocó leer la noticia se aceleró demasiado, no se le entendía lo que decía; el coordinador le explicó que el fin del taller no es que se ponga nervioso, sino leer un artículo, concentrarse, resumirlo, etc., y que si se ponía así no iba a poder realizar la actividad. "...*La desorganización del pensamiento se denota por una forma de hablar poco comprensible... a veces esta tendencia evoluciona y las ideas no siguen un orden lógico ni semántico, ni argumental, lo que conduce a un discurso ininteligible e incoherente. Cuando esta desorganización afecta a la conducta el paciente puede mostrarse inquieto, hiperactivo sin ningún fin, con conductas bizarras o incluso mostrarse agitado...*" (Parrellada Rodón, et al, 2004).

Otro compañero, al leer su artículo, presentó problemas en la redacción, en la pronunciación de las palabras y en el contenido lógico (extraído del cuaderno de campo 14/09/09). "*El paciente esquizofrénico experimenta dificultad en organizar sus pensamientos según las normas usuales de la lógica y la realidad. Sus ideas emergen*

en una sucesión confusa y desconcertante. Todo aspecto concebible de organización es potencialmente deficiente, según lo ejemplifican la disolución de asociaciones, el carácter tangencial, la circunstancialidad, la falta de importancia, la incoherencia, etc.”. (Mackinnan & Michels).

El día 28 de setiembre, se incorpora (a pedido del Dr. Muscellini) la actividad de lectura de los titulares de la primera página del diario, de la sección espectáculos y deportes durante el desayuno. Infiero que leer el diario otorga contexto de realidad, aportando nociones de tiempo y espacio; y además permite trabajo intelectual.

Ese día en el taller, se realizó una actividad inicial de relajación, de la cual participé. Consistía en realizar movimientos suaves corporales, con la boca; además del registro de los compañeros (mirarse a la cara).

Luego, para la producción de una noticia, ayudé a un joven que trabajaba con “F”, quienes no se decidían a elegir conjuntamente un artículo del diario, aunque coincidían con la sección del diario; les sugerí que elijan un tema diferente al habitual, y lo aceptaron (el coordinador me respaldó diciendo que está bueno que no hablen siempre de lo mismo). “F” se dispersaba, se iba de foco y comenzaba a enumerar datos accesorios. Le señalé que ese no era el tema central de la noticia, pero perseveraba y comenzaba a enumerar una y otra vez lo accesorio. *“Las alteraciones de la atención en la esquizofrenia se han comprobado desde que Cameron propusiera el concepto de “sobreinclusión” (over-inclusion) para describir la tendencia de los esquizofrénicos a incluir elementos irrelevantes en la idea central de su pensamiento (Cameron 1938; McGhie, Chapman y Lawson 1965)”*. Su compañero, tampoco pudo comprender el tema central de la noticia. Les fui dando indicios para que puedan ir armando el resumen y de esta manera pudieron realizarlo (extraído del cuaderno de campo 28/09/09).

El lunes 5 de octubre, observo a un joven “G” que denota serias dificultades para realizar la actividad habitual: primero le costó elegir una noticia y una vez elegida le insistía a su compañera de al lado para que la leyeran juntos, entendiéndolo que era de a dos el trabajo (no comprendió, o no recordaba que la consigna era trabajar de manera individual, o no querría trabajar solo...). Una psicóloga le indica que era individual la actividad, y lo ayuda a resumir el artículo. “G” responde cuando se le pregunta algo a otra persona, con frecuencia repite lo que otros dicen (*ecolalia: repetición monótona y sin sentido de las palabras que el paciente acaba de escuchar*), presenta dificultades motrices para escribir y en la comprensión de lo que lee, además se observa deterioro en la fluidez verbal (*“...en la esquizofrenia se observa que la conversación es menos fluida y se vuelve más superficial que antes; el paciente se*

expresa peor, es más infantil en sus conceptos y menos preciso...” Téllez Vargas et al., 2001).

Otro joven, solicita ayuda para realizar la actividad, me acerco (con indicación del coordinador) y me dice que no sabe resumir; le sugiero que valla leyendo en voz alta por párrafo y luego me cuente de qué se trataba el hecho; de esta manera fue escribiendo su noticia. Lo alenté respecto a su comentario de que no sabía resumir. Al comentario final lo copió textual del diario, entonces le dije que haga un esfuerzo más y que exprese qué opinaba de la noticia, para luego escribir eso con sus palabras, así lo hizo, y lo felicité por ello.

Noto que un joven está muy concentrado copiando textualmente la noticia (que la tenía prácticamente toda subrayada). Lo interrumpo y cuento en voz alta la cantidad de párrafos que llevaba escritos (eran como seis), le recuerdo que la consigna establecía sólo tres. El coordinador interviene al respecto, y le dice que reduzca los párrafos y que si puede redacte con sus palabras, con los conectores que se encuentran en la fotocopia (en primer lugar, de esta manera, sin embargo, finalmente, etc.). Lo ayudo a sintetizar su noticia con la misma modalidad empleada con los otros compañeros. No pudo redactarla con sus palabras, porque olvidaba la idea central (la mayoría presenta esta dificultad). “...los pacientes presentan compromiso en la memoria de trabajo (responsable de retener la información por un corto período de tiempo a la vez que está siendo organizada), ya que tienen dificultad para manejar la información...” López Mato y Malagold (2001). En un momento me dijo que no había entendido mucho la noticia, le dije que lea su resumen y entre los dos la fuimos comentando. Finalmente hizo un simple comentario: “me parece bien”.

En el momento de la radio abierta, cuando le toca a “M” leer su noticia, se trabó, quedó inmóvil. Como no había escrito el resumen en su cuaderno, llevó la hoja del diario para leer la noticia, pero no pudo hacerlo. Solo leyó el título y se quedó callado, ni una palabra más y una quietud que impactaba. Parece que nadie se acercó ese día para ayudarlo, qué impotencia me dio (extraído del cuaderno de campo 05/10/09).

El jueves 8 de octubre, a las 11:45 hs. por vez primera, me dirijo con el grupo de jóvenes que va a la radio, eran cinco además de un psicólogo que siempre los acompaña. Viajamos en colectivo hasta ciudad universitaria, y nos dirigimos hacia el comedor universitario para almorzar; allí nos esperaban los coordinadores de la radio. Los jóvenes estaban contentos, relajados, despreocupados; conversando durante el almuerzo. Esta es una instancia de socialización de sumo valor, que se relaciona con uno de los objetivos institucionales de *recuperar la reintegración psicosocial*. Además fomenta la autonomía. Fue una rica experiencia, pude observarlos en otro ámbito distinto al habitual; y personalmente me hizo sentir otra vez estudiante regular.

Luego nos dirigimos a la Escuela de Ciencias de la Información (ECI), donde se encuentra la Radio Revés, y nos instalamos en un aula. Se les brindó la consigna de realizar una noticia de manera individual, como siempre lo hacen (con las herramientas y el comentario final). No se los apuró en ningún momento, yo estaba preocupada porque se acercaba la hora de comienzo del programa y no habían arrancado con la actividad. “Tranquilos, hay tiempo” (les dijo uno de los coordinadores).

Ante la negatividad manifiesta de “L”, lo ayudo a comenzar con el resumen, pronto continuó solo la actividad. Por momentos parecía cansarse, luego continuaba. Otro joven, “F” eligió el tema habitual para trabajar, pero le costó arrancar con la lectura, se distraía y quejaba cuando no le salía el armado de la noticia. Le llamaron la atención al respecto, porque desconcentraba a los compañeros. Finalmente realizó un extenso análisis, con agregados personales, pero demasiado accesorios.

Ballús-Creus y García Franco (2000) mencionan que los síntomas más importantes de la esquizofrenia giran en torno al *exceso de distracción* debido a la dificultad de filtrar los estímulos externos, “...*el paciente explica que es como si estuviese viendo varios canales de televisión al mismo tiempo...*”

A “D” le costó elegir la noticia y comenzar con el resumen, el coordinador lo ayudó. Se le dificulta concentrarse (*... los pacientes presentan alteraciones en la concentración, dificultad que aumenta con el esfuerzo continuo...*” Téllez Vargas et al., 2001).

A medida que finalizan las noticias, se dirigen a la cabina radial para emitir las en vivo. Luego de cada presentación se pone un tema musical (elegido por ellos). También se emiten los audios (noticias grabadas) del resto de compañeros de Casa Club que no asisten a esta instancia, y ellos luego las comentan a viva voz. Esta es una interesante actividad que permite el entrenamiento y activación de varias funciones cognitivas básicas, como la atención mientras se escucha el audio (*capacidad para seleccionar del ambiente la información necesaria para realizar un adecuado proceso perceptivo...*), concentración (*atención sostenida*), memoria a corto plazo o de trabajo (*retiene la información fonética, auditiva y lingüística durante un período breve de tiempo, a la vez que está siendo organizada*) y la fluidez verbal, al comentar de qué se trataba el audio y dar su opinión.

Al finalizar el programa radial, el grupo va realizando una devolución a cada uno de los compañeros a cerca de cómo trabajaron. Los coordinadores y el psicólogo intervienen cuando es necesario y felicitan a todos por su labor, más allá de si presentaron inconvenientes para realizarla; esto es con el fin de no reforzar las

conductas o aspectos negativos (me explica el psicólogo) (extraído del cuaderno de campo 08/10/09).

Al jueves siguiente, asisto otra vez a la Radio, con el otro grupo, el cual presenta otra dinámica de trabajo, sin distracciones aparentes y concentrados cada uno en lo suyo; se presentaron dificultades a la hora de realizar el comentario personal, un coordinador los orientó al respecto, preguntándoles qué les había llamado más la atención de la noticia, si estaban de acuerdo o no, etc. Se los observa preocupados por terminar a tiempo las consignas que se les imparten. Luego de terminar el trabajo individual y de emitirlo por la radio, realizan una interesante actividad grupal (de a dos personas), que consiste en el análisis de un mismo tema desde dos fuentes diferentes (La Voz y Clarín), cada integrante resume la noticia de una fuente y luego la intercambian con el compañero, para extraer similitudes o discordancias. No se presentaron grandes dificultades para resolver esta consigna. Este trabajo demanda un esfuerzo cognitivo importante, en cual se ven implicadas principalmente las funciones de atención y memoria de trabajo. A pedido de un coordinador, ayudé a un joven con la redacción de su artículo, sugiriéndole modificar algunos conectores del comentario final (extraído del cuaderno de campo 15/10/09).

Un lunes, en el taller se brinda esta consigna mencionada de extraer desde dos diarios distintos la misma noticia; aunque contaban con la alternativa de extraer de dos secciones iguales, distintas noticias. A la mayoría, le costó realizar esta actividad, menos al grupo de jóvenes que participa en la radio, entrenados en esta actividad (extraído del cuaderno de campo 23/11/09).

Hubo talleres lúdicos, que en grupos de cuatro a cinco personas, tenían que elegir dos trabalenguas cada uno y luego leerlo en voz alta al grupo. Fue una actividad distinta, divertida, en la cual todos participaron con entusiasmo y sin dificultad (más que trabarse un poco al decir el trabalenguas) (extraído del cuaderno de campo 26/10/09).

A mediados de diciembre culminó el ciclo radial. Los jóvenes trabajaron con la rutina habitual. Se les hizo la devolución final, felicitándolos por su constante esfuerzo y predisposición.

En febrero de 2010, se retomaron las actividades Casa Club.

En grupos en los cuales los participantes iban rotando, tenían que comentar lo que más les había gustado de sus vacaciones; activando la memoria a largo plazo y la fluidez verbal (01/02/10).

Otra actividad fue al de leerle al compañero al oído, el título de una noticia, para que éste lo repita en voz alta. Luego se complejiza la tarea, sumándole al título, la

lectura del copete. Se observaron serias dificultades en la retención de la información, por lo tanto déficits en la memoria de corto plazo (08/02/10).

Otro lunes, se dividieron en grupos por preferencia de colores (rojo, azul y amarillo). Y luego debían redactar e interpretar historias que contengan el color del grupo. Observé el ensayo del grupo color amarillo. Mencionaban el nombre del color al relatar las historias, les sugerí que podían dejarlo implícito, sin mencionarlo, por ejemplo, al mencionar limón, se entiende que es amarillo. Pero dijeron "limón amarillo" (15/02/10).

En marzo realizaron una actividad grupal de interpretación de historias y comenzaron a elaborar en grupos la presentación ("Promo") para el nuevo ciclo radial. Previo a esto se elaboran preguntas (de orientación) tales como ¿quiénes somos, cómo se llama la radio, qué días se emite, a qué hora, por qué frecuencia, etc?, para que las incluyan en la presentación. Luego las grabaron.

Es desde este taller, del cual parten mis preguntas iniciales de investigación, ya que se observan desde un principio, dificultades en la concentración, en la priorización de la información relevante para realizar el resumen, perseveraciones, escasa fluidez verbal, entre otras.

Con el tiempo, se hacían evidentes en varios jóvenes estas dificultades, y no solo en este taller; pero para delimitar el ámbito de investigación lo elegí como dispositivo de observación. Entonces se plantea la presencia de síntomas cognitivos en la esquizofrenia. Luego redefiní la pregunta problema con las variables déficit cognitivo y esquizofrenia.

Recapitulando, en el taller de radio (los lunes de 10 a 12 hs), la consigna de trabajo generalmente consistía en la "Producción" (individual o en grupo) de una noticia. Esto implicaba una serie de tareas: seleccionar un artículo periodístico, leerlo, resumirlo, transcribirlo al cuaderno, cambiarle el título y realizar un comentario final. La estructura debía contener introducción, nudo y desenlace; conectores y las herramientas comunicativas. También debían identificar la fuente (nombre del diario), sección y fecha. Finalizada esta actividad, comenzaba la "Radio Abierta", conducida por dos personas, en la cual se leen y graban todas las producciones.

A continuación, se agrega un modelo de hoja de ruta utilizado para la actividad del día lunes 5 de octubre.

Hoja de Ruta - 5 de Octubre del 2009

1º momento: "PRODUCCIÓN" (40')

*Apertura del taller

*Desarrollo: el coordinador desarrolla en conjunto las actividades que competen al programa de radio.

*Consiga: realizar una noticia periodística de manera individual de no más de tres párrafos, utilizando como fuente de información diarios propuestos por el taller (esto implica la lectura de la misma y el posterior resumen que se transcribe en el cuaderno).

*No olvidar:

a- Identificar fecha, fuente, sección del diario.

b- Las herramientas comunicativas (qué, dónde, cuándo, cómo, quiénes).

c- Colocar Conectores (se les da una lista de los mismos).

d- Introducción, nudo y desenlace.

e- Efectuar una opinión personal referida a la noticia. Utilizar encabezado "Mi opinión personal es..."; "En lo que respecta al tema pienso..."; "Yo pienso que..."; "En cuanto al tema puedo decir....."

2º momento: "RADIO ABIERTA" (60')

*Se designa a dos conductores

*Se leen y graban las producciones personales.

*Recordar siempre decir el nombre propio antes de leer la producción: "Buenas tardes queridos oyentes, "mi nombre es...", o "soy tal..."

*Se ahondará sobre la importancia del silencio, respeto al compañero para llevar a cabo la actividad señalada.

*Materiales: espacio abierto, CDs de música, diarios, cuadernos y lapiceras.

3º momento: CIERRE (20')

*Se realizará el cierre del programa evaluando como positiva la participación de todo el colectivo de trabajo. Cada coordinador podrá rescatar aspectos positivos y negativos de la actividad y de esta manera entre todos hacer una evaluación.

Considero importante mencionar, que la realización de esta serie de tareas, implica la activación de un amplio repertorio de funciones cognitivas, principalmente: atención (*capacidad para seleccionar del ambiente la información necesaria para realizar un adecuado proceso perceptivo, escogiendo o seleccionando una fuente de*

información por encima de otra), concentración (atención sostenida en el tiempo), memoria de trabajo (retiene de manera limitada las propiedades físicas de la estimulación, la información fonética, auditiva y lingüística, a la vez que está siendo organizada), funciones ejecutivas (habilidades cognoscitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades y de las operaciones mentales, la autorregulación y la monitorización de las tareas, la selección precisa de los comportamientos y las conductas, la flexibilidad en el trabajo cognitivo y su organización en el tiempo y en el espacio) y fluidez verbal (capacidad para generar palabras correctas en un determinado tiempo), para poder llevar a cabo de manera eficaz la actividad.

Los días jueves se agregaba otra actividad que complementa al mencionado taller, el “Programa Radial Entre Amigos”, (emitido desde la Escuela de Ciencias de la Información, de 14 a 16 hs). La consigna también consistía en realizar una producción individual y a veces otra de a dos personas, teniendo en cuenta las mismas pautas de los días lunes. Una persona realizaba la apertura del programa, otra se encargaba de los temas musicales y otra del cierre. Se armaba un cronograma “pauta del día”, con el orden de aparición de cada uno (para leer la noticia al aire a viva voz), con los audios de los compañeros que no asisten en esta instancia (que luego se comentan en vivo) y con los temas musicales. En dos ocasiones, realizaron entrevistas a profesionales que asisten Casa Club.

La realización de estas tareas, requiere de la Función Ejecutiva que consiste en *“un conjunto de habilidades cognoscitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades y de las operaciones mentales, la autorregulación y la monitorización de las tareas, la selección precisa de los comportamientos y las conductas, la flexibilidad en el trabajo cognitivo y su organización en el tiempo y en el espacio”*(Pineda et al, 2000).

A sí mismo, el autor menciona que *“la evaluación clínica cualitativa de la función ejecutiva, se realiza mediante observación directa del paciente y busca definir los comportamientos y conductas que indiquen la presencia de síntomas tales como: dificultades en la atención sostenida, alteraciones en la autorregulación, problemas en la organización cognitiva y del comportamiento, y rigidez cognitiva y comportamental”*.

En general, mi rol como practicante fue activo y asistencial; manteniendo por un lado un involucramiento con los sujetos, y por otro una distancia óptima con respecto a ellos; observando de manera consistente y sistemática el fenómeno de estudio; registrando y analizando la información obtenida; compartiendo los intereses de este grupo de personas para obtener datos acerca de la conducta; escuchando y

viviendo sus comportamientos. Estando presente y predispuesta para quien lo necesitara. Intentando agudizar la escucha y refinando la mirada.

En algunos casos brindé apoyo, en una actitud contenedora; en otros casos ayudé para la resolución de alguna consigna (por ejemplo para realizar un resumen o el armado de una noticia, dando indicios para reconstruir una historia, o hablando del tema para “refrescar” la memoria), esto sin entorpecer la autonomía del sujeto. En otros casos proporcioné información objetiva y realicé confrontaciones. También realicé intervenciones cognitivas conductuales encaminadas a modificar alguna pauta de pensamiento o conducta, para ayudar al paciente a reetiquetar o redescubrir creencias de naturaleza psicótica; siempre bajo supervisión profesional.

Mis intervenciones se efectuaron teniendo en cuenta la subjetividad de la persona implicada.

Para finalizar, a partir de la revisión bibliográfica y de lo observado, se constata que las personas portadoras de esquizofrenia que asisten al taller de radio, presentan déficits cognitivos de diversa índole: distraibilidad, deterioro en la memoria, reducción en la capacidad de atención y de concentración, disminución de la fluidez verbal, dificultades en la planificación y en la toma de decisiones, dificultades motoras. En este sentido, el mencionado taller constituye una herramienta que permite estimular y recuperar (en la medida de lo posible) estas funciones cognitivas básicas deterioradas y las funciones de socialización; mejorando el rendimiento intelectual y social de los pacientes.

No se desestima, que un determinado déficit cognitivo se asocie a la constitución subjetiva de cada persona; la cuestión es que en el momento en que se hace evidente alguna deficiencia, se propende a que la persona pueda continuar la actividad, brindándole el apoyo necesario; el tallerista interviene con herramientas comunicativas, por ejemplo, para que un participante pueda resumir una noticia, le proporciona las preguntas orientadoras ¿qué paso, cuándo, quiénes están implicados?; el psicólogo apunta a lo cognitivo y a la conducta del paciente, para que modifique sus pensamientos erróneos e irracionales (los cuales tienen un efecto negativo en el estado emocional) y las creencias asociadas a ellos, sustituyéndolos por otros modos de pensar, mejorando así su estado general; el psicólogo trabaja en esta instancia escuchándolo pero no interpretándolo. “Intenta conocer cómo elabora el paciente la información, así como el contenido de la misma; como estos fenómenos son subjetivos, para acceder a ellos son necesarios algunos instrumentos como entrevistas, autoinformes, evoluciones de los talleristas, registro de observaciones, etc., que le permitan inferir dicho procesamiento de forma directa” (Salveti, 2006).

OTROS TALLERES Y ACTIVIDADES

Se realizará una descripción e interpretación breve de los aspectos relevantes que se observaron en otros talleres y actividades en las que participé, como así también algunas intervenciones que realicé.

Taller de Literatura

Este taller se dicta los días martes. Cuando el tallerista pregunta si se acuerdan de tal tema que les explicó anteriormente, suelen responder que no. Por lo general, la mayoría presta atención al compañero que la da clase, a excepción de dos o tres que se duermen, a quienes el psicólogo presente les llama la atención. Dos o tres jóvenes que se sientan adelante están compenetrados y aportan información. Una vez finalizada la parte teórica, leen entre todos un poema o historia, y participo de ello; seguido a esto realizan una producción individual en referencia a lo que se leyó. Por sugerencia del licenciado ayudo a “L” para la reflexión personal (quien denota problemas para concentrarse y prestar atención, él lo expresó y además en el taller de radio se observa la misma dificultad). Finalmente cada uno lee su producción y es aplaudido por el grupo (11/08/09).

Algunas producciones (o reflexiones personales) fueron muy sencillas y escuetas, “me pareció lindo el poema”, otras (la mayoría) describen de manera concreta y breve el contenido del poema o reproducen concretamente algunas partes del poema (las que se acuerdan) y solo dos a tres producciones son más elaboradas, con contenido abstracto, las cuales me resultaron brillantes; una de ellas constaba de la producción de otra historia inspirada en el mensaje del poema. Solo un grupo menor capta el contenido de las lecturas (quizá por fatiga, desatención, dificultades en el pensamiento abstracto, desinterés o disgusto por el tema...)

En otra ocasión ayudo a otro muchacho a completar su producción, ya que estaba muy pobre. Le pregunto qué le había llamado más la atención, qué le había gustado, si lo podía relacionar con alguna situación particular, mucho no recordaba de la historia, ni lo pudo relacionar; pero mencionó algunas características concretas y las agregó a su escrito (18/08/09).

En una de las producciones finales individuales sobresalientes, un joven redactó una historia similar a la leída, otro hizo un cuento humorístico y el tercero escribió un verso con rimas (por momentos cuando lo compartía, me dio la impresión que en parte podía referirse a su vida real). El resto de producciones fueron concretas, remitidas a

lo que se leyó. (05/10/09). Se observa en gran parte del grupo dificultades en el pensamiento abstracto.

Las personas que participan del taller, ejercitan la atención, memoria de trabajo, lectura, escritura, expresión verbal, entre otras funciones cognitivas.

Al respecto de las producciones, tanto las del taller de radio, como éstas, implican la subjetividad del sujeto, parte de su historia, de su realidad única y particular, aunque a veces las presente de una manera ilógica.

Taller Cocina

Para trabajar se dividen en grupos, unos hacen las compras de los ingredientes, otros preparan los instrumentos de cocina necesarios, luego realizan el preparado y lo cocinan. Algunos copian la receta en su cuaderno, otros buscan otras recetas en revistas. Estas actividades estimulan la memoria de trabajo, atención, función ejecutiva, praxias (*“secuencia de movimientos aprendidos y coordinados en función de un resultado o intención”, Piaget*), y el lenguaje (*sistema de símbolos y reglas que median nuestras acciones y nos permite representar la realidad*).

Taller de Folklore

La profesora les va indicando los pasos y ellos realizan distintos bailes (zambas, chacareras, etc.) en parejas. El grupo disfruta de esta actividad y además ejercitan la función motora.

Taller de Folklore musical

Realizan música folklórica con instrumentos (guitarra, bombo, chas-chás, etc.)

Taller de Plástica

Con distintas técnicas (pigmento, tiza, témperas, acrílico, collage) realizaron dibujos, con alambre maleable realizaron figuras humanas (se observaron algunas desproporcionadas) y con arcilla vasijas; esto permitió el desarrollo de la creatividad, imaginación, habilidades artísticas, trabajos manuales.

Taller de Expresión Corporal

Permite la utilización del cuerpo como medio de expresión de sentimientos y emociones. A su vez, tiende a evitar la disociación mente-cuerpo-realidad. Se ejercita la función motora, espontaneidad, creatividad.

Taller de Computación

Algunas de las consignas fueron realizar un diseño para la etiqueta de los productos de la panadería a la cual asisten algunos de los socios de Casa Club. Luego leer una noticia desde algún diario virtual y comentarla. También aquí se observaron

déficits cognitivos en la atención, memoria de trabajo y concentración. Otra vez realizaron currículos modernos y aprendían a usar herramientas informáticas.

Taller de Artesanías

Realizan collares, aros, jabones, velas, etc. Permitiendo el ejercicio de la motricidad fina, la creatividad.

Taller de Música

La modalidad de trabajo fue: en grupos de a dos personas exponían semanalmente un país o región del mundo (que ellos elegían), con sus características geográficas, la cultura, la música típica, etc.

Otras veces cantaron por grupos, miraron DVDs musicales.

Terapia de grupo

Los días lunes a las 14:30 hs. los pacientes asisten a la Terapia de Grupo. Existen tres grupos, uno coordinado por un psiquiatra (Dr. Muscellini) y los otros dos a cargo de licenciados en Psicología.

La dinámica y técnicas empleadas que observé fueron: al inicio se dejan claras las pautas del grupo (no interrumpir al compañero, respetarse y resguardar lo que los compañeros cuentan). Eligen entre todos el tema a tratar, una persona comienza hablando (primero se presenta y a continuación expone sus sentimientos, percepciones, conflictos o problemáticas al respecto), cuando finaliza, el resto del grupo puede hacerle preguntas, o sugerencias, o una devolución. Luego “le pasa la palabra” a otro compañero y así sucesivamente.

Los terapeutas suelen hacer algunas intervenciones tales como: “levante la mano a quién le pasó...”; o cuando alguien expresa algo con connotación negativa se interviene para que trate de ver los aspectos positivos. Brindan apoyo, hacen preguntas, señalamientos, confrontaciones, proporcionan información objetiva cuando lo sea necesario o esclarecimientos.

Este espacio de contención, lleva a los pacientes a exteriorizar sus problemas para hacerles conscientes de ellos, les permite darse cuenta que no son los únicos que tienen conflictos, que los demás también atraviesan situaciones difíciles (similares o no). En palabras de una joven: “Me doy cuenta de que no soy la única a quien le pasaba esto...”, otro compañero: “te entiendo, a mí también me pasó”; además los ayuda a salir del aislamiento social y compartir sus vivencias, ponerse en el lugar del otro, o identificarse con el otro, aprender de los demás y de sí mismo; no sólo reciben ayuda, sino que también pueden brindarla, darse consejos.

En esta actividad terapéutica, mi rol fue de observadora no participante, lo cual me permitió observar la dinámica de los grupos, las interrelaciones entre los pacientes, entre terapeuta-paciente, terapeuta-grupo; los roles de e intervenciones de los profesionales; limitándome a escuchar a cada persona, sus vivencias, para conocer qué le pasaba, qué sentía, cómo vivía su enfermedad y tomaba conciencia de ello. Esto posibilitaba un acercamiento a mi futuro rol. En ocasiones, pensaba qué intervenciones haría yo en cada caso; por momentos tuve ganas de preguntarles acerca de sus vivencias, aportar información acerca de la temática tratada o darles algún ejemplo para que comprendan algunos conceptos. Me generó impotencia cuando algunos se reían, distraían o dormían.

En una oportunidad, el doctor me invitó junto con dos jóvenes del grupo para realizar el cierre, sentí una ansiedad inmensa, que a la vez se mezclaba con alegría.

Reuniones de Psicoeducación – ACAPEF

Los días sábado de 10:30 a 12hs, el Dr. Muscellini coordina las reuniones de psicoeducación familiar. “La psicoeducación familiar es un abordaje que otorga el entrenamiento necesario para entender, enfrentar y resolver los problemas producto de la enfermedad mental a través del suministro de información específica y concreta sobre dicha patología, permitiendo combatir tabúes y procurando que la familia sienta que puede tener control sobre la situación” (Fresán; Apiquian; Ulloa; Lozaga; García-Anay; Gutiérrez, 2001).

Los objetivos de la psicoeducación familiar apuntan: a) facilitar el cumplimiento en la toma de medicación; b) promover expectativas adecuadas evitando que la familia se desilusione ante las posibles recaídas; c) desculpabilizar a la familia explicándoles que no son los causantes de la enfermedad; d) mejorar la comunicación entre los miembros; e) legitimar las necesidades individuales y las actividades recreativas para disminuir el tiempo cara a cara dentro del grupo familiar; f) disminuir el estigma y el aislamiento social (Ballús-Creus, C et al., 2000).

Asistir a estas reuniones me permitió obtener la percepción que la familia tiene de la enfermedad, sus historias de vida, antecedentes, sus logros, fracasos, frustraciones; se percibió además al grupo de padres, como un grupo autoayuda y ayuda mutua, en el que expresan sus problemáticas y son escuchados, comprendidos por los demás padres. A su vez, el psiquiatra les proporciona información objetiva y científica de la enfermedad, que les permite entenderla y enfrentarla de manera eficaz, en pos de mejorar la calidad de vida de sus hijos.

Este espacio constituyó una herramienta muy valiosa de aprendizaje. Mi rol fue de observadora no participante en esta instancia terapéutica.

Reuniones de supervisión del equipo profesional

Asistí en varias ocasiones a estas reuniones, por sugerencia de la Lic. Contreras. El doctor Muscellini es el supervisor. Constituyen un espacio de intercambio entre los profesionales del equipo de inestimable valor, en el cual exponen sus casos, evoluciones o involuciones de sus pacientes, dificultades o avances de los pacientes que asisten a Casa Club.

Asistir a estas reuniones permitió ampliar mis conocimientos sobre la esquizofrenia y el trastorno bipolar, la sintomatología correspondiente, las diferencias y similitudes entre estas patologías, los tratamientos. Como así también obtener información sobre el tratamiento farmacológico, en lo que respecta a su acción terapéutica y efectos secundarios, ya que si bien este tipo de tratamiento no le compete al psicólogo, es importante conocer que efectos tiene en el sujeto.

PANSS

Participé (en noviembre y diciembre) en cuatro entrevistas que un psiquiatra realizaba para una investigación de la institución, en las cuales aplicó la Escala de síndromes positivo y negativo en la esquizofrenia (PANSS).

“P”: se observó durante la entrevista, orientación espacial y temporal, atención sostenida; coherencia lógica, fluidez verbal; memoria conservada; ausencia de sintomatología positiva y negativa actualmente. Nivel global bueno (asiste a la institución, trabaja, realiza actividades de socialización). Supo explicar los proverbios, lo cual denota razonamiento abstracto.

“S”: persisten en el paciente síntomas positivos, con distorsiones de la realidad; presencia de cábalas, dificultades en el pensamiento abstracto (le costó interpretar los proverbios), tensión, preocupación. Actividades de socialización escasas, lenguaje adecuado, fluido, atento durante la entrevista.

“C”: mostró durante casi toda la entrevista desconfianza, lo cual denota sospecha/persecución. Apatía, poco control de impulsos. Poco atento. Trabaja; asiste a las salidas terapéuticas de los sábados. Dificultad en el razonamiento abstracto (interpretación regular de las frases).

“N”: Aún algo productiva, ideas delirantes. Preocupación somática; desorientación temporal; desorganización conceptual; dificultad en el pensamiento abstracto (No supo interpretar los proverbios).

A excepción del primer caso, se pudo constatar cierta “...*actitud de aislamiento y distancia, carencia de insight, confusión, dispersión, estereotipia...*”, propia de la estructura de conducta esquizoide a la que hace referencia Bleger (1973).

Al respecto del paciente esquizoide durante la entrevista, Etchegoyen (1993) menciona que “...*tiene desarrollado en alto grado la capacidad de disociación, que le permite observar sin participar, es decir sin afecto; permanece alejado y presenta alteraciones en la percepción...*”

Mientras se indagaba al paciente no intervine, solo escuché y observé. Cuando el entrevistador finalizaba la indagación, me preguntaba si consideraba pertinente realizar otra pregunta a los pacientes, en dos ocasiones lo hice. Luego lo ayudé con la sistematización de los datos.

Fue una experiencia muy rica, que me permitió conocer más en profundidad cuestiones no observables de la psicopatología durante una entrevista, y sobre todo cuestiones personales, de la historia de cada entrevistado, que hacen a su subjetividad. Esto fue útil para poder comprender determinados comportamientos o actitudes habituales de estas personas. Por momentos sentí la necesidad de poder ayudarlos, aunque no lo demandaran.

Salidas recreativas

Los días jueves por la mañana, un grupo de jóvenes coordinados por una licenciada en psicología, realiza salidas recreativas tendientes a adquirir habilidades sociales. Participé varias veces en esta actividad; y nos dirigimos con el grupo en colectivo, para visitar espacios culturales como el museo Genaro Pérez, una exposición de esculturas en hierro en el Paseo del Buen Pastor, o espacios verdes (plazas, parque Sarmiento, Jardín Botánico, etc.). Finalizada la actividad, comparten una gaseosa entre todos, conversan y luego emprenden la vuelta. Disfrutaron mucho de esta instancia, los entusiasmados, esperan que llegue ese día para salir.

CONCLUSIONES

Y

PROPUESTAS

CONCLUSIONES

El realizar la experiencia en terreno, me permitió ampliar, relacionar y hasta contrastar la formación teórica psicopatológica obtenida en el nivel de grado.

Lo que primero me impactó, fue que el colectivo de estas personas no se encontraban perdidas y delirando como me imaginaba. *“Los períodos de agudización, caracterizados por síntomas positivos y alteraciones de la conducta, llaman poderosamente la atención y dan lugar a una visión deformada de la enfermedad, ya que la mayor parte de la vida de los pacientes con esquizofrenia está constituida por los períodos intercríticos. Estos períodos intercríticos son en verdad los que muestran en el paciente sus enormes limitaciones, determinadas más por la presencia de síntomas negativos y cognitivos...”* (Sanjuán et al, 2002).

Encontré creciente evidencia acerca de que es el funcionamiento cognitivo y no los síntomas positivos, el determinante principal del resultado en la esquizofrenia.

Con respecto al eje de sistematización, se pudo comprobar que las personas portadoras de esquizofrenia que asisten al taller de radio presentan déficit cognitivo, de diversa índole. A su vez, se constata que el taller de radio (también los otros), contribuye ampliamente con los objetivos institucionales, de *recuperar las funciones ejecutivas y cognitivas, recuperar la autonomía y la reintegración psicosocial*; a sí mismo, permite la rehabilitación y reinserción psicosocial de personas portadoras de Esquizofrenia (y Trastorno Bipolar) y apunta al aprendizaje de nuevas habilidades y la recuperación de las capacidades previas al comienzo de la enfermedad. Permitiendo mejorar la calidad de vida, frente al deterioro psiconeurocognitivo, que ocasionan estas patologías.

“El funcionamiento social engloba un sustrato de funcionamiento cognitivo básico (atención, memoria, concentración, fluidez verbal, función ejecutiva), una serie de habilidades instrumentales necesarias para la vida cotidiana (higiene, apariencia, tareas domésticas, manejo del dinero, etc.) y un repertorio de interacciones sociales que exige el desempeño de un determinado rol (hijo, compañero, vecino, trabajador, etc.)” (Sanjuán y Balanza, 2002).

Además, esta práctica implicó para mí una valiosa instancia de aprendizaje tanto en lo que se refiere a las patologías que aborda la institución como en lo referente al rol profesional; además me permitió articular conocimientos teóricos con prácticos.

Gradualmente fui incorporándome en la realidad institucional y captando algunas personales (de los pacientes); investigando, observando, participando, preguntando, asistiendo, señalando, esclareciendo e interviniendo bajo supervisión.

La última semana, conversando con la Lic. Contreras, acerca de que ya finalizaba mi asistencia a la institución, concordamos en qué rápido se pasó el tiempo; y le comento que yo ya estaba comenzando a elaborar la angustia de separación.

En la devolución final, la licenciada expresó estar muy conforme con mi desempeño, destacando el vínculo que establecí con los pacientes y a la vez la distancia que supe tomar. Agradecí por ello y manifesté haberme bienvenida tanto por los jóvenes, como por el equipo profesional, quienes estuvieron predispuestos para ayudarme en lo que necesitara y muy a gusto a lo largo de la práctica.

El último día que asistí, me realizaron un agasajo de despedida (con sándwiches y gaseosa) y me regalaron un collar con aritos realizado por los jóvenes y un enorme dibujo con sus firmas y los mejores deseos. No pude contener la emoción; les agradecí enormemente por haberme abierto las puertas de su “Casa Club” y les dije: “me voy contenta, gracias por todo”.

Terminaba esta instancia de la práctica, pero aun faltaba la segunda parte de mi trabajo final, la reconstrucción de esta experiencia, que me encuentro en este momento finalizándola...

PROPUESTAS

Inicialmente pensé en proponer un taller que permita estimular las funciones cognitivas deterioradas por la enfermedad; a nivel individual, con distintas actividades simples lúdicas (juegos con naipes, tutti-frutti), técnicas que utilizan lápiz y papel o más sofisticadas, con programas computacionales estandarizados. Pero al investigar, concluí que estas herramientas permitían estimular solo un dominio específico (memoria, atención, función ejecutiva, fluidez verbal) por vez y dejaban de lado el entrenamiento de las habilidades sociales deficitarias. Las técnicas que abarcaban las funciones cognitivas básicas y además las sociales, requerían un período de ejecución muy extenso, por lo que desestimé esta propuesta y continué investigando en profundidad el déficit cognitivo, observando de qué manera se manifestaba y qué estrategias rehabilitadoras se implementaban en el taller radial.

Considero que sería interesante la incorporación de estrategias cognitivas de rehabilitación individualizadas, en el sentido que tengan más en cuenta la particularidad de cada persona, sus intereses, capacidades; pero al ser la modalidad de trabajo grupal, esto se suele dificultar.

LIMITACIONES

En referencia al área de la psicología cognitiva de orden no cuantitativo, sostenida en escalas, se indagó en bases de datos, libros, revistas científicas y no se pudo dar con bases teóricas al respecto. También se contactó a dos profesionales especializados en esa área, sin obtener respuesta sobre la valoración cualitativa de los déficits cognitivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Anguera Argilaga, M. (1995). Metodología Cualitativa. *Métodos de Investigación en Psicología*. Madrid: Síntesis
- American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision*. Washington: American Psychiatric Association.
- Ballús-Creus, C. y García Franco, M. (2000). *Hablemos claro*. Barcelona: Grijalbo Mondadori.
- Baringoltz, S. y Levy, R. (compiladores). (2007). *Terapia Cognitiva. Del dicho al hecho*. Buenos Aires: Polemos S.A.
- Barrett, S; Mulholland, C; Cooper; Rushe, T. (2009). Patrones de deterioro neurocognitivo en el primer episodio del trastorno bipolar y esquizofrenia. *British Journal Of Psychiatry*.
- Bleger, J. (1973). Criterios diagnósticos. *Revista de psicoanálisis*. Tomo XXX. Nº2.
- Bleger, J. (1980). La entrevista psicológica (ficha de cátedra). En C. Bauducco (comp.) (2005). *Entrevista Psicológica*. Córdoba: Centro de Estudiantes de Psicología. UNC.
- Bousoño, M; González Torres, M; González, A; Olivares, J; Montalbán, S; San Juan, J. (2005). *La Funcionalidad como Objetivo en el Tratamiento de la Esquizofrenia*. España: Lilly S.A.
- Buendía, J. (1999). Aproximación al desarrollo histórico y conceptual de la psicología clínica. *Psicología Clínica. Perspectivas actuales*. Madrid: Pirámide
- Chinchilla Moreno, A. (1996). *Nuevas generaciones en neurociencias. Las Esquizofrenias*. Barcelona: Masson, S.A.
- Cuesta, M.J; Peralta, V; Zarzuela, A; y grupo Psicost. (s.f.). Neuropsicología y Esquizofrenia. *Anales*. España. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Hospital Virgen del Camino. N 1.
- Denzin, M. y Lincoln, Y. (1994). Handbook of Qualitative Research. En, Von Sprecher, R y Otros. (comp.) (2002). *Metología de la Investigación Aplicada (A la Comunicación)*. Córdoba: Secretaría de apuntes, Ciencias de la Información.
- De La Higuera Romero, J. y Sagastagoitia Ruiz, E. (2006). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: estado actual y perspectivas futuras. *Apuntes de Psicología, 24*.
- Etchegoyen, H. (1993). Materiales e instrumentos de la psicoterapia. *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu

- Ey, H. (1965). Las psicosis esquizofrénicas. *Tratado de psiquiatría*.
- Ferrari, A. (sf). *Psicopatología General y Psiquiatría Dinámica*. Argentina: El Galeno.
- Frances, A; Harold, A; First, M; Widiger, T. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson S.A.
- Franco Martín, M; Rodríguez-Pereira, C; Soto-Pérez, F; Porto Payán, J. M; Tobón Arbeláez, C; Jacotte Simancas, A; De Vena, V. (2008). Deterioro intelectual y cognitivo: reflexiones en torno a un caso de esquizofrenia desorganizada. Santiago. *Cuadernos de neuropsicología*. Vol. 2, Núm.2.
- Grasso, L. (1998). *Introducción a la estadística en ciencias sociales y del comportamiento*. Apunte de la cátedra Psicoestadística. Facultad de Filosofía y humanidades. Universidad Nacional de Córdoba.
- Gómez, R. (2004). *Elementos para una psicobiología 2*. Argentina: Brujas.
- Grupo de trabajo de la Guía Práctica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009). Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2000). *Metodología de la Investigación*. México: Mc. Graw Hill
- Keefe, R. (2008). ¿Debe incluirse el deterioro cognitivo en los criterios diagnósticos de la esquizofrenia? *World Psychiatry. Edición en Español*. Revista oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA). Vol. 6, Núm. 1.
- Keegan, E. (2007). *Escritos de Psicoterapia Cognitiva*. Buenos Aires: Eudeba
- Kolb, B; Whishaw, I. (2006). *Neuropsicología humana*. Madrid: Panamericana.
- Lieberman, J., Stroup, T., Perkins, D., (2008). *Tratado de Esquizofrenia*. Barcelona: Ars Médica.
- Lagomarsino, A. (1995). Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. Vol. 41.
- León, O.G y Montero, I. (1998). *Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en Psicología y Educación*. Madrid: McGraw-Hill.
- León Carrión, J. (1996). *Manual de Neuropsicología Humana*. Madrid: Siglo XXI.
- Lorenzo Otero, J. (2004) “La rehabilitación cognitiva” en zsalud.com (extraído el 17/04/10)
- Mackinnan & Michels (sf). El paciente esquizofrénico. *Psiquiatría Clínica Aplicada*.

- Möller, H.J. (2008). Evaluación del deterioro cognitivo: una adición importante a los criterios diagnósticos de la esquizofrenia. *World Psychiatry. Edición en Español*. Revista oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA). Vol. 6, Núm. 1.
- Palacio, J. (2004). *Introducción a la Psicología Cognitiva y sus fundamentos teóricos básicos*. Ficha de cátedra. Cátedra de Psicología Clínica. Facultad de Psicología. U.N.C.
- Parrellada Rodón, E. y Fernández Egea, E. (2004). Del Caos Mental a la Esperanza. *Esquizofrenia*. España: Morales Torres.
- Pineda, D.A. (2000). La función ejecutiva y sus trastornos. *Revista de Neurología*.
- Rebolledo Moller, S. y Lobato Rodríguez, M.J. (1994). *Cómo afrontar la esquizofrenia*. Madrid: Aula Médica.
- Salvetti, M.A. (1999). *Psicología Cognitiva: evolución y desarrollo en la clínica actual*. Ficha de cátedra. Cátedra de Psicología Clínica. Facultad de Psicología. U.N.C.
- Sanjuan, J; Prieto, L; Olivares, J.M; Ros, S; Montejo, A; Ferre, F; Mayoral, F; González-Torres, M.A; Bousoño, M. (2001). *GEOPTTE* (Grupo Español para la Optimización y Tratamiento de la Esquizofrenia). España.
- Sanjuán, J; Prieto, L; Olivares, J; Ross, S., Montejo, A; Ferré, F; Mayoral, F; González Torres, M.A; Bousoño, M. (2002). *La funcionalidad como objetivo en el tratamiento de la esquizofrenia*. Valencia: Doyma.
- Sanjuán, J. y Balanza, V. (2002). *Deterioro cognitivo en la esquizofrenia*. Asociación gallega de psiquiatría, Editor. Investigación en psiquiatría. Vigo.
- Selltiz, C., Wrightsman, L., Cook, S. (1980). Métodos de investigación en las relaciones sociales. En Alderete (comp.) (2004). *Metodología de la investigación Psicológica*. Córdoba: Centro de Estudiantes de Psicología.
- Stein, L.I; Diamond, R.J; Factor, R.M. (1990). A system approach to the care of persons with schizophrenia. *Handbook of Schizophrenia Vol, 4: Psychological Treatment of Schizophrenia*. EE.UU: Herz MI, Keith SJ, Docherty JP. Elsevier.
- Sternberg, R. (1996). Investigar en psicología. Una guía para la elaboración de textos científicos dirigidas a estudiantes, investigadores y profesionales". Barcelona: Paidós.
- Téllez Vargas, J. y López Mato, A. (2001). *Aspectos neurocognoscitivos de la esquizofrenia*. Bogotá: Nuevo Milenio.

- Tornesse, E; Albanese, E; Konopka, H; Albanese, A. (1991). Correlaciones anátomo-químico-clínico neuropsiquiátricas en la esquizofrenia parte 1. *Revista Argentina de clínica neuropsiquiatría*. (ALCMEON). Vol. 3.