



**DIMENSIONES PSICOPATOLÓGICAS ACTUALES EN EL ESPECTRO ESQUIZOFRENIA
CURRENT PSYCHOPATHOLOGICAL DIMENSIONS IN THE SCHIZOPHRENIA SPECTRUM**

Guillermo Nicolas Jemar, Ximena Ordoñez Santa Cruz, Walter Inderkumer.

guillermojemar@hotmail.com

Espectro Esquizofrenia, dimensiones psicopatológicas.

Spectrum Schizophrenia, psychopathological dimensions.

RESUMEN

En la actualidad, las dimensiones psicopatológicas como blanco terapéutico en la Esquizofrenia, como en otros procesos psicóticos, se encuentra en tensión. Tradicionalmente, se atacaban los síntomas positivos y negativos como centro de atención de distintas propuestas terapéuticas.

El dominio neurocognitivo acompaña al paciente durante toda su vida, afectando la cognición social incluso en edades tempranas de la vida (claves para el desarrollo de las relaciones interpersonales, escolarización, etc), y sobre todo después de etapas prodrómicas o agudas de la enfermedad.

Está demostrado que en cada descompensación (cuadros de agitación o inhibición psicomotriz con componentes alucinatorios o delirantes) se afecta en menos el estado cognitivo del paciente, dejando un residuo cognitivo, no siempre perceptible clínicamente después de la restitución del cuadro.

Considero fundamental poner todas las herramientas terapéuticas al alcance del paciente centralizadas en el tratamiento y la rehabilitación neurocognitiva, que es lo que reduzca el daño y potenciara todas las capacidades de la cognición social residuales, que le permitan al paciente estándares de independencia en sus actividades de la vida diaria.

ABSTRACT

At present, the psychopathological dimensions as a therapeutic target in Schizophrenia, as in other psychotic processes, are in tension. Traditionally, positive and negative symptoms were attacked as the focus of different therapeutic proposals.

The neurocognitive domain accompanies the patient throughout his life, affecting social cognition even at early ages of life (keys for the development of interpersonal relationships, schooling, etc.), and especially after prodromal or acute stages of the disease.

It is demonstrated that each decompensation (agitation or psychomotor inhibition with hallucinatory or delusional components) is affected in less the cognitive state of the patient, leaving a cognitive residue, not always clinically noticeable after the restitution of the picture.

DIMENSIONES PSICOPATOLÓGICAS ACTUALES EN EL ESPECTRO ESQUIZOFRENIA

I consider it essential to put all the therapeutic tools within the reach of the patient centralized in neurocognitive treatment and rehabilitation, which is what will reduce the damage and enhance all the capacities of residual social cognition, which will allow the patient independence standards in their activities. daily life

INTRODUCCIÓN

Una de las secciones que más ha sufrido modificaciones en términos de paradigmas metodológicos a la hora de interpretar un proceso nosológico en el manual es la de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos relacionados.

En esta sección se incluyen: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, trastorno delirante, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno psicótico secundario a una enfermedad médica, catatonía asociada a una enfermedad médica y trastorno psicótico no especificado.

Estos trastornos se caracterizan por la presencia de delirios, alucinaciones, desorganización del pensamiento y de la conducta, y catatonía, en diferentes combinaciones, gravedad, evolución y pronóstico.

En los últimos años se han generado nuevos datos neurobiológicos y sobre su tratamiento.

El término esquizofrenia a sufrido modificaciones través de las seis ediciones previas del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR). No obstante, los tres pilares conceptuales sobre los que se ha construido el concepto se han mantenido en todas las definiciones. El primero de ellos es la visión de Kraepelin que pone el acento en la alteración de la voluntad, la cronicidad y el mal pronóstico. El segundo recoge el punto de vista de Bleuler, quien pone el acento en las escisiones como un elemento fundamental y en los síntomas negativos. A ellos se agrega la perspectiva de Schneider sobre la distorsión de la realidad y los síntomas positivos. El DSM-I y el DSM-II adoptaron un punto de vista más Bleuleriano y pusieron el acento en los síntomas negativos y en el trastorno de las relaciones interpersonales. Esto condujo a una definición muy amplia, que se tradujo en marcadas discrepancias entre el diagnóstico.

Como una reacción a esta situación, el DSM-III en sus criterios operacionales estrechó los límites del concepto. Se introdujo el requisito de la cronicidad y el déficit funcional, además de destacar la presencia de los síntomas de primer rango de Schneider, en un esfuerzo por definir un trastorno más homogéneo. Desde el DSM-III al DSM-IV sólo hubo una modesta expansión de los criterios diagnósticos, con la eliminación del requisito de que el comienzo fuera antes de los 45 años y con la inclusión de los síntomas negativos. En general, se estima que el concepto de esquizofrenia del DSM-IV ha sido útil desde el punto de vista clínico y que posee una buena validez y fiabilidad. Su validez se fundamenta en una variedad de antecedentes, como agregación familiar y factores de riesgo ambientales. También su buena

DIMENSIONES PSICOPATOLÓGICAS ACTUALES EN EL ESPECTRO ESQUIZOFRENIA

validez predictiva se basa en la estabilidad diagnóstica, curso de la enfermedad y respuesta al tratamiento.

El déficit cognitivo como blanco terapéutico en todas las fases de la enfermedad

El déficit cognitivo constituye un aspecto importante en la psicopatología de la esquizofrenia, puesto que es este el que acompaña durante toda la vida al paciente, y es el sustrato por el cual el paciente pierde funcionalidad social, con la consiguiente marginación y deterioro en todas sus esferas de la personalidad.

Durante los últimos años una gran cantidad de investigaciones ha contribuido a dilucidar su naturaleza y relevancia. Durante la elaboración del DSM-5 se discutió si incorporar el déficit cognitivo como un criterio diagnóstico para esquizofrenia.

La razón de la no inclusión como un constructor de síntomas centrales en el Espectro fue que no distinguen suficientemente entre esquizofrenia y otros trastornos que se encuentran en sus límites. El impacto en la casuística que podría tener su incorporación es desconocido. Si bien la naturaleza del trastorno cognitivo al momento del diagnóstico puede ser poco discriminativo para diagnosticar esquizofrenia, el desarrollo de un patrón de declinación cognitiva durante los años previos al comienzo de la psicosis puede ser relevante para el diagnóstico diferencial. Además, si tuviéramos que interpelar los síntomas cognitivos, ¿no deberíamos considerar la Esquizofrenia como un trastorno neurocognitivo mayor a edades tempranas de la vida?

PREVALENCIA Y SIGNIFICADO CLÍNICO DE LOS TRASTORNOS COGNITIVOS DE LA ESQUIZOFRENIA

Aunque no existe mucha información sobre su prevalencia, estas alteraciones parecen ser más bien frecuentes. Un trastorno cognitivo, para ser clínicamente significativo y teóricamente interesante, deben alcanzar una severidad más allá del déficit generalizado que, como grupo, los pacientes con esquizofrenia tienden a presentar en prácticamente cualquier prueba. Los déficits en este aspecto van no solo a la alteración de las funciones cerebrales superiores, sino que incluyen déficit en la cognición social y conductuales que no dependen de los síntomas positivos, negativos, no del trastorno formal del pensamiento; son severos y desproporcionados, es decir, van más allá del déficit intelectual de los pacientes. Otro punto que debe notarse es que estos trastornos cognitivos no son patognomónicos de la esquizofrenia pues ocurren en otras condiciones neuropsiquiátricas como la demencia frontotemporal, la enfermedad de Huntington, o el daño frontal traumático, por citar algunos ejemplos.

Por lo tanto, el diagnóstico de la enfermedad continua siendo clínico y basado en los síntomas que el paciente presenta (positivos, negativos, de desorganización, afectivos, etc), el curso de la condición, y su impacto social y laboral.

DIMENSIONES PSICOPATOLÓGICAS ACTUALES EN EL ESPECTRO ESQUIZOFRENIA

SEVERIDAD DE LAS ANORMALIDADES COGNITIVAS DE LA ESQUIZOFRENIA

Una forma de graficar la severidad de estas alteraciones es constatar que los pacientes con esquizofrenia, como grupo, tienen un rendimiento global en pruebas neuropsicológicas el cual es más pobre que el de los pacientes que han sufrido TEC, tienen peor memoria y capacidad conceptual que los pacientes con epilepsia focal de tipo frontal o temporal, y manifiestan un peor nivel de memoria comparado con pacientes alcohólicos crónicos. Otra manera de dimensionar la severidad de estas alteraciones cognitivas es cuantificando el rendimiento de los pacientes con esquizofrenia en términos de las desviaciones estándar (DS) por debajo del promedio para individuos normales, considerando edad y educación. Desde este punto de vista, las habilidades perceptivas básicas, la memoria de reconocimiento y la capacidad para nombrar figuras están levemente afectadas (0,5 a 1,0 DS bajo el promedio normal). La capacidad para concentrarse, la memoria de recuperación, las habilidades visuomotoras, y la memoria de trabajo están moderadamente afectadas (1 a 2 DS bajo el promedio normal). Finalmente, la memoria declarativa verbal, las funciones ejecutivas, la función de vigilancia, la velocidad motora, y la fluidez verbal están todas severamente dañadas (más de 2 DS bajo el promedio normal)

LAS FUNCIONES EJECUTIVAS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

El concepto de funciones ejecutivas es complejo. Está relacionado con los conceptos de memoria de trabajo, ejecutivo central y sistema supervisor de la atención. Es controvertido si las funciones ejecutivas son unitarias o heterogéneas y si su correlato anatómico corresponde exclusivamente a los lóbulos frontales. Existen numerosas pruebas para evaluar sus diversos aspectos. Los pacientes con funciones ejecutivas deficitarias pueden rendir normalmente en pruebas cognitivas estructuradas y solamente manifestarán su déficit en situaciones que requieren de la capacidad de organizar, monitorear y controlar la propia conducta.

Los pacientes con esquizofrenia presentan varias anormalidades de las funciones ejecutivas. Durante el primer episodio de esquizofrenia los pacientes exhiben déficits ejecutivos específicos, en particular de planificación de la conducta y de la memoria de trabajo espacial, pero no en pruebas en que se requiere cambiar de Esta última anormalidad, sugerente de un deterioro del pensamiento abstracto, aparece más frecuentemente en etapas posteriores de la enfermedad. Estas diferencias en el tipo de anormalidad ejecutiva a lo largo del curso de la enfermedad pueden ser relevantes al momento de planificar las estrategias de rehabilitación. Es posible que, por ejemplo, los procesos patológicos sean más susceptibles de revertirse con intervenciones farmacológicas o psicológicas al comienzo de la enfermedad.

Desde un punto de vista clínico, se ha sugerido que las anormalidades de las funciones ejecutivas se asociarían con una pobre o reducida conciencia de enfermedad. Sin embargo, en la clínica cotidiana vemos claramente que los síntomas cognitivos anteceden, a veces largamente, a los síntomas incluso de un primer episodio.

DIMENSIONES PSICOPATOLÓGICAS ACTUALES EN EL ESPECTRO ESQUIZOFRENIA

El panorama es más promisorio respecto a los correlatos cognitivos del trastorno formal del pensamiento, un grupo de síntomas que afectan la comunicación de los pacientes. Específicamente, el trastorno formal del pensamiento parece resultar de un déficit en las funciones ejecutivas de edición del discurso (eliminar material verbal fuertemente sugerido por el contexto semántico pero incorrecto para el tema en cuestión) y de la planificación de la conducta a lo largo de un periodo de varios minutos.

Los trastornos de las funciones ejecutivas se asocian al síndrome de déficit, es decir los síntomas negativos y los déficits sociales y afectivos que no resultan de la presencia de síntomas positivos.

CONCLUSIÓN

Los déficits cognitivos de la esquizofrenia son severos y afectan especialmente la memoria declarativa verbal, las funciones ejecutivas, la atención sostenida, y la memoria de trabajo. Estas alteraciones se asocian con los déficits del funcionamiento de los pacientes con esquizofrenia de modo que los déficits de la memoria declarativa y de la capacidad de atención sostenida afectan el funcionamiento social, los déficits de las funciones ejecutivas, de la memoria declarativa, de la memoria de trabajo, y de la atención sostenida afectan el funcionamiento ocupacional y los déficits de las funciones ejecutivas, la memoria declarativa, y la memoria de trabajo afectan la capacidad de vivir independientemente.

Estos trastornos cognitivos constituyen un desafío para todos los profesionales involucrados en el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia. Nos encontramos ante personas con una severa discapacidad cognitiva la cual afecta su vida y funcionamiento cotidiano de un modo quizás aún más severo que los síntomas de la enfermedad. Por tanto, es necesario adecuar nuestra práctica clínica de acuerdo a estas discapacidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Revista Chilena de Neuropsiquiatría – Versión online ISSN 07179227
2. Revista Chilena de Neuropsiquiatría V. 44 n. 3 Santiago Septiembre 2006
3. Masselon R. Psychologie des Dements Precoces. These Pour Le Doctorate En Medicine. Faculte de Medicine de Paris, 1902.
4. Bleuler E. Demencia Precoz. El Grupo de las Esquizofrenias. Buenos Aires: Hormé, 1960.
5. Green M F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? Am J Psychiatry 1996; 153: 321-30.
6. Green M F, Kern R S, Braff D L, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome inschizophrenia: are we measuring the "right stuff"? Schizophr Bull 2000; 26:119-36

DIMENSIONES PSICOPATOLÓGICAS ACTUALES EN EL ESPECTRO ESQUIZOFRENIA

7. Peuskens J, Demily C, Thibaut F. Treatment of cognitive dysfunction in schizophrenia. *Clin Ther* 2005; 27: S25-37. [[Links](#)]
8. Harvey P D, Howanitz E, Parrella M, White L, Davidson M, Mohs R C, Hoblyn J, Davis K L. Symptoms, cognitive functioning, and adaptive skills in geriatric patients with lifelong schizophrenia: a comparison across treatment sites. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1080-6.
9. Hoff A L, Kremen W S. Neuropsychology in schizophrenia: an update. *Curr Opin Psychiatry* 2003; 16: 149-55.
10. Cohen N J, Squire L R. Preserved learning and retention of pattern-analyzing skill in amnesia: dissociation of knowing how and knowing that. *Science* 1980; 210: 207-10.
11. Rey A. *L'examen clinique en psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1964.
12. Lezak M D. *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press. 1995. [
13. Rabbitt P. Methodologies and Models in the Study of Executive Function. In: Rabbitt P, editor. *Methodology of Frontal and Executive Function*. Hove: Psychology Press 1997; 1-38.
14. Robbins T W, James M, Owen AM, Sahakian B J, Lawrence A D, McInnes L, Rabbitt P M. A study of performance on tests from the CANTAB battery sensitive to frontal lobe dysfunction in a large sample of normal volunteers: implications for theories of executive functioning and cognitive aging. *Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery*. *J Int Neuropsychol Soc* 1998; 4: 474-90.
15. Heaton R K. *Wisconsin Card Sorting Test Manual*. Odessa F L: Psychological Assessment Resources, Inc. 1981.
16. Damasio A R, Anderson S W. The Frontal Lobes. In: Heilman KM, Valenstein E, editors. *Clinical Neuropsychology*, 4th Edition. New York: Oxford University Press. p 404-6.
17. Rosvold H E, Mirsky A, Sarason, L, Bransome E D, Beck L H. A continuous performance test of brain damage. *J Consult Psychology* 1956; 20: 34-50.
18. Palmer B W, Heaton R K, Paulsen J S, Kuck J, Braff D, Harris M J, Zisook S, Jeste D V. Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? *Neuropsychology* 1997; 11: 437-46.
19. Folstein M F, Folstein S E, McHugh P R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98.
20. Davidson M, Harvey P D, Powchik P, Parrella M, White L, Knobler H Y, Losonczy M F, Keefe R S E, Katz S, Frecska E. Severity of Symptoms in Chronically Institutionalized Geriatric Schizophrenic Patients. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 197-207.
21. Sitskoorn M M, Aleman A, Ebisch S J, Appels M C, Kahn R S. Cognitive deficits in relatives of patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2004; 71: 285-95.

DIMENSIONES PSICOPATOLÓGICAS ACTUALES EN EL ESPECTRO ESQUIZOFRENIA

22. Evans J J, Chua S E, McKenna P J, Wilson B A. Assessment of the dysexecutive syndrome in schizophrenia. *Psychol Med* 1997; 27: 635-46.
23. Harvey P D, Sharma T. *Understanding and Treating Cognition in Schizophrenia. A Clinician's Handbook*. London: Martin Dunitz, 2002.
24. O'Carroll R. Cognitive impairment in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6: 161-8.
25. Joyce E M, Hutton S B, Mutsatsa S H, Barnes T R E. Cognitive heterogeneity in first-episode schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 516-522.
26. Gopal Y V, Variend H. First-episode schizophrenia: review of cognitive deficits and cognitive remediation. *Advances in Psychiatric Treatment* 2005; 11: 38-44.
27. Blanchard J J, Kring A M, Neale J M. Flat affect in schizophrenia: a test of neuropsychological models. *Schizophr Bull* 1994; 20: 311-25.
28. Harvey P D, Lombardi J, Leibman M, White L, Parrella M, Powchik P, Davidson M. Cognitive impairment and negative symptoms in geriatric chronic schizophrenic patients: a follow-up study. *Schizophr Res* 1996; 22: 223-31.
29. Leff J, Thornicroft G, Coxhead N, Crawford C. The TAPS Project. 22: A five-year follow-up of long-stay psychiatric patients discharged to the community. *Br J Psychiatry* 1994; 165 Suppl 25: 13-7.
30. Milev P, Ho B-C, Arndt S, Andreasen N C. Predictive Values of Neurocognition and Negative Symptoms on Functional Outcome in Schizophrenia: A Longitudinal First-Episode Study With 7-Year Follow-Up. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 495-506.
31. Mishara A L, Goldberg T E. A meta-analysis and critical review of the effects of conventional neuroleptic treatment on cognition in schizophrenia: opening a closed book. *Biol Psychiatry* 2004; 55: 1013-22.
32. McKay A P, McKenna P J, Bentham P, Mortimer A M, Holbery A, Hodges J R. Semantic memory is impaired in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1996; 39: 929-37.
33. Parkin A J. The central executive does not exist. *J Int Neuropsychol Soc* 1998; 4: 518-22.
34. Baddeley A D, Hitch G. Working memory. In: Bower GH, editors. *The psychology of learning and motivation*. New York: Academic Press; 1974, p. 47-89.
35. Shallice T. Specific impairments of planning. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 1982; 298: 199-209.
36. Joyce E, Hutton S, Mutsatsa S, Gibbins H, Webb E, Paul S, Robbins T, Barnes T. Executive dysfunction in first-episode schizophrenia and relationship to duration of untreated psychosis: the West London Study. *Br J Psychiatry* 2002; 181: s38-s44.
37. Hutton S B, Puri B K, Duncan L J, Robbins T W, Barnes T R, Joyce E M. Executive function in first-episode schizophrenia. *Psychol Med* 1998; 28: 463-73.

DIMENSIONES PSICOPATOLÓGICAS ACTUALES EN EL ESPECTRO ESQUIZOFRENIA

38. Young D A, Dávila R, Scher H. Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 1993; 10: 117-24.
39. Smith T E, Hull J W, Israel L M, Willson D F. Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 2000; 26: 193-200.
40. Freudenreich O, Dekersbach T, Goff D C. Insight into current symptoms of schizophrenia. Association with frontal cortical function and affect. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 14-20.
39. Cuesta M J, Peralta V, Zarzuela A, Zandio M. Insight dimensions and cognitive function in psychosis: a longitudinal study. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 26.
40. Mohamed S, Fleming S, Penn D L, Spaulding W. Insight in schizophrenia: its relationship to measures of executive functions. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 525-31.
41. Lysaker P H, Lancaster R S, Davis L W, Clements C A. Patterns of neurocognitive deficits and unawareness of illness in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 38-44.
42. Donohoe G, Corvin A, Robertson I H. Are the cognitive deficits associated with impaired insight in schizophrenia specific to executive task performance? *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 803-8.
43. Barrera A, McKenna P J, Berrios G E. Formal thought disorder in schizophrenia: an executive or a semantic deficit? *Psychol Med* 2005; 35: 121-32.
44. Pandurangi A K, Sax K W, Pelonero A L, Goldberg S C. Sustained attention and positive formal thought disorder in schizophrenia. *Schizophr Res* 1994; 13: 109-16.
45. Serper M R, Davidson M, Harvey P D. Attentional predictors of clinical change during neuroleptic treatment in schizophrenia. *Schizophr Res* 1994; 13: 65-71.
46. Braff D L, Swerdlow N R, Geyer M A. Symptom correlates of prepulse inhibition deficits in male schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 596-602.
47. Cornblatt B, Obuchowski M, Roberts S, Pollack S, Erlenmeyer-Kimling L. Cognitive and behavioral precursors of schizophrenia. *Dev Psychopathol* 1999; 11: 487-508.

Alvaro Barrera P.

Dirección postal: Warneford Hospital, Warneford Lane, Oxford OX3 7JX, Inglaterra

Teléfono: 01295-819027

Fax: 01295-819069

E-mail: Alvaro.Barrera@oxmhc-tr.nhs.uk; alvarowan@hotmail.com