



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

HEURÍSTICO NEUROPSICOLÓGICO DE LA ESQUIZOFRENIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:

JUAN DEL VALLE CONSTANTINO

LUIS ESTEBAN SANTANA PALESTINO

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: MTRO. HUMBERTO ROSELL BECERRIL

COMITÉ: LIC. ARMANDO RIVERA MARTÍNEZ

LIC. CARLOS MARTÍNEZ LÓPEZ

MTRA. PAULA ELIZABETH ZAMORA PALOMINO

LIC. JUAN CARLOS DEL RAZO BECERRIL



MÉXICO D.F.

ABRIL 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Heurístico Neuropsicológico de la Esquizofrenia	Pag.
Introducción	1
I.- Breve historia de la enfermedad mental.	5
1.1 El concepto de locura.	5
1.1.1 Periodo mágico-religioso.	6
1.1.2 Periodo clásico	7
1.1.3 Periodo moderno.	8
II.-Historia de la conceptualización de la esquizofrenia.	10
2.1- Historia de la esquizofrenia.	10
2.1.1 Demencia Precoz	10
2.1.2 Trastornos Maniaco-Depresivos	11
2.2 ¿Qué es la esquizofrenia?	12
2.2.1 Psicología	15
2.2.2 Psiquiatría	21
2.2.3 Neurología	24
III.- Historia de la neuropsicología	26
3.1 El nacimiento de la neuropsicología	26
3.1.1 Periodo preclásico	28
3.1.2 Periodo clásico	29
3.1.3 Periodo moderno	31
3.1.4 Periodo contemporáneo	35
3.1.5 Neuropsicología en México	40
3.2 Neuropsicología clínica	45
3.2.1 Examen	48
3.2.2 Evaluación	53
3.2.3 Diagnóstico	60
3.2.4 El informe neuropsicológico	63
IV.- Heurístico neuropsicológico de la esquizofrenia	67
4.1 Trastornos neuropsicológicos de la esquizofrenia	67
4.1.1 Trastornos volitivos	70
4.1.2 Trastornos de las funciones ejecutivas	74
4.1.3 Trastornos de la atención	77
4.1.4 Trastornos de la memoria	81
4.1.5 Trastornos del lenguaje	85
4.1.6 Trastornos del pensamiento	92
4.1.7 Trastornos prácticos	93
4.2 El análisis neuropsicológico	95
4.2.1 Análisis neuropsicológico de las alucinaciones	95
4.2.2 Análisis neuropsicológico del delirio	98
4.3 Aspectos éticos neuropsicológicos	104
V.- Discusión	110
VI.- Conclusiones	113
Referencias bibliográficas	117

Introducción

La neuropsicología como todas las disciplinas, tiene su explicación dentro de un contexto histórico y del desarrollo del pensamiento humano de la época correspondiente. Sus avances se dieron gracias a modelos de pensamiento particulares y a la imaginación de los investigadores y estudiosos del tema. Es importante conocer cómo la neuropsicología fue abordando las distintas problemáticas de las disfunciones cerebrales. Está sería la cuestión fundamental, o pregunta de investigación de nuestro trabajo: ¿Cómo es que la neuropsicología se acerca al estudio de la esquizofrenia? el hecho de haber llevado a cabo descubrimientos ordenados, no es un asunto de la casualidad, resulta visible que no se podía abordar a capricho los padecimientos mentales en un comienzo, cuando apenas se comenzaba a dar cuenta de disfunciones particulares en la organización de la percepción, la atención, el lenguaje y algunos otros procesos superiores. La apuesta que hace la neuropsicología y nuestro trabajo en particular, es la de ofrecer una lectura nueva de la esquizofrenia.

Durante los últimos sesenta años, el concepto de esquizofrenia ha sido abordado desde diversas perspectivas, tanto teóricas como experimentales. Nunca antes en la historia de la psicopatología moderna se había observado tal despliegue de esfuerzos científicos para elucidar las bases de uno de los desórdenes comportamentales que más flagelo ha causado al ser humano. De acuerdo con los criterios más recientes la esquizofrenia es un desorden psico-bio-social, que afecta al individuo en una serie de funciones complejas del comportamiento, es decir, que para su estudio sistemático se debería empezar por identificar con precisión cuáles son estas funciones complejas que están desorganizadas o impedidas y cuáles son sus mecanismos psicológicos. La esquizofrenia designa un proceso patológico de origen multifactorial cuyo curso se ve influenciado por las experiencias vividas (Dergán, 2007). En la actualidad hay una tendencia a considerar la esquizofrenia dentro de un *continuum* que va desde la normalidad hasta llegar a los trastornos psicóticos y no como una entidad categórica, es decir, un “espectro”, y entendiendo que espectro es una agrupación sindrómica con marcadores comunes, podríamos decir que el espectro esquizofrénico resulta ser el rango que parte de la personalidad inadecuada (personalidad esquizotípica) hasta la esquizofrenia y se basa en la existencia de un grupo de estados psicopatológicos que comparten una etiología común con dicha enfermedad. De manera que, este *continuum* sería una gradación en cuanto a la gravedad y número de síntomas

psicóticos en función de la presencia de un mayor o menor número de factores de riesgo (Llevaria, Prats, Vicens-Villanova & Obiols; 2003). Dicho aspecto, se retomará de manera más amplia en el capítulo 2.

Es por ello que en este trabajo de tesis, pretendemos responder claramente a las preguntas ¿Qué? ¿Por qué? ¿Para qué? y ¿Cómo?.

La primera interrogante, el ¿Qué?, hace referencia a nuestra unidad de análisis o de investigación, la cual es el *Análisis neuropsicológico de la esquizofrenia*, vista también desde tres perspectivas dominantes en la práctica clínica: La psicología, la psiquiatría y la neurología. Pero ¿por qué dicha unidad de análisis? Por qué consideramos que las técnicas para abordar su estudio, carecen de los elementos necesarios para su correcta interpretación. De igual forma por el interés que surgió, gracias al acercamiento que tuvimos a pacientes diagnosticados con este mal durante nuestra estancia como Psicólogos en el área de rehabilitación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. La investigación se realizó bajo el contexto de la práctica clínica y la formación académica. Hemos establecido nítidamente la dirección de este trabajo de tesis, intentando así responder al ¿Para qué?, enfocándonos a dilucidar las principales diferencias existentes entre el modelo psiquiátrico que evalúa mediante protocolos, manuales estadísticos y entrevistas estructuradas que puntúan la presencia de signos y síntomas para emitir un diagnóstico, generando así un cuadro clínico o “enfermedad”, y diferenciarla del proceso de “valoración neuropsicológica”, el cual difiere principalmente por no estar basado en los criterios establecidos por un manual *y que propone alternativas flexibles e individuales de evaluación para cada uno de los procesos neurocognitivos* con los que pretende la posterior rehabilitación funcional e integración a las Actividades de la Vida Diaria (AVD) de los pacientes a cargo. Generando nociones alternativas diagnósticas como las de “síndrome” o “espectro”, las cuales reducen la carga psicológica en el menor de los casos. Y ofrecen nuevas alternativas de trabajo como la Práctica Clínica basada en Evidencia (PCBE). (Lo anteriormente mencionado, terminaremos de desarrollarlo en el capítulo 2, apartado 2.2.1 que trata sobre el punto de vista de la psicología hacia la esquizofrenia y en el Capítulo 3, apartado 3.2.3 que trata sobre el Diagnóstico en neuropsicología). Pero que además profundizan en ese conocimiento, intentando desentrañar algo más que está ahí, y que aún no se ha estudiado como es el caso de los misterios involucrados con los procesos superiores, su función y organización a nivel individual y de manera general o conjunta.

Para poder llevar a cabo una ampliación del conocimiento en el área de la neuropsicología, específicamente en cuanto a esquizofrenia se refiere, hemos hecho uso del método Heurístico, el cual empleamos a lo largo de este trabajo, mientras realizábamos nuestra investigación documental y reuníamos información de diversas fuentes; principalmente las vertidas en el Capítulo 4.

La palabra Heurístico, proviene etimológicamente de la palabra griega “Eureskein”, que proviene de “Eureka”, expresión que significa hallar o encontrar. La definición del diccionario de la Real Academia Española para la palabra “Heurístico” versa así: Técnica de indagación y de descubrimiento. Búsqueda o investigación de documentos y fuentes históricas. Manera de buscar la solución de un problema mediante métodos no rigurosos (González, 2006).

El método heurístico permite múltiples formas de constituir y reflexionar sobre el conocimiento. Favorece la adquisición de pensamiento crítico, de conceptos y da pie a concebir con nuevo discernimiento ya sean hechos o supuestos teóricos generados a partir de comparaciones entre investigaciones. Aportando ya sea acuerdos o diferencias.

Esencialmente el objetivo del trabajo es la recopilación documental de investigaciones actuales de corte neuropsicológico con referencia al síndrome esquizofrénico, con el propósito de identificar los mecanismos psicológicos, neuropsicológicos, cognitivos y neuroanatómicos que están involucrados.

Con el propósito de llevar a cabo dicha propuesta, esperando al menos dejar abiertas las bases de la investigación neuropsicológica de la esquizofrenia, y con el afán de dar respuesta a la interrogante ¿Cómo? hemos organizado este trabajo de la siguiente manera:

El Capítulo 1 versa sobre las primeras concepciones del concepto de locura y sus implicaciones en la historia de la enfermedad mental, se analizaron tres periodos históricos por los que atravesó el concepto. Tomamos la decisión de dividirlo de esta manera porque nos parece que clarifica procesos históricos de una forma simple y organizada.

Comenzamos por el periodo mágico-religioso en el cual la locura partía de la premisa de orígenes divinos principalmente y en la cual la presencia de anomalías comportamentales era considerada un asunto demoníaco y por lo tanto delegada a

tratamientos de orden principalmente religioso. Ulteriormente en el periodo clásico se popularizó la práctica médica con las aportaciones de Hipócrates y su teoría de los humores, cómo origen de los trastornos mentales, y por tal razón incluimos datos históricos de dichas nociones, así como de su curso durante la Edad Media. Y finaliza el Capítulo 1 con el periodo moderno, durante el cual el renacimiento volcó su análisis hacia una objetivación, con el retorno al pensamiento donde la razón y método son restablecidos, y en el cual la medicina científica logra consolidarse frente a la religión como la principal encargada del tratamiento de la enfermedad mental.

En el Capítulo 2 documentamos la Historia de la Esquizofrenia, ya reconocida como una entidad diferenciada y con manifestaciones físicas y conductuales mejor delineadas. Pasando desde el concepto de Demencia precoz enunciado por Krapelin, la reconceptualización de Bleuler y las aportaciones de Schneider y Anderson. El Capítulo se continúa, desarrollando tres perspectivas teóricas de la génesis de la esquizofrenia, las cuales están dadas por: La psicología, psiquiatría y neurología. Con la finalidad de tener un panorama más amplio e interdisciplinar.

El Capítulo 3 aborda la Historia de la Neuropsicología. Igualmente está dividido en cuatro periodos históricos y un apartado de la neuropsicología en México, el cual consideramos pertinente para contextualizar el conocimiento y dar cabida a los avances alcanzados por algunos científicos que realizaron estudios en nuestro país. Dentro de este capítulo, pero en el segundo apartado hemos incluido la revisión de los procedimientos que lleva a cabo el neuropsicólogo clínico para rendir cuenta del Examen, la Evaluación, el Diagnóstico y el Informe neuropsicológico.

Finalmente, el Capítulo 4 pretende, como ya lo mencionamos, que una vez documentados los primeros abordajes de la llamada “locura”, la historia de la esquizofrenia, la historia de la neuropsicología y los procedimientos que lleva a cabo esta; podamos finalmente analizar justificadamente nuestra pregunta de investigación ¿Cómo es que la neuropsicología se acerca al estudio de la esquizofrenia?, abordando el estudio y conceptualización de los trastornos y las funciones implicados en esta patología, como son: Los trastornos Volitivos, los de las Funciones Ejecutivas, de la Atención, de la Memoria, los del Lenguaje, del Pensamiento y Los trastornos Práxicos. Ofreciendo alternativas diagnósticas de rehabilitación para cada uno de ellos y generando una lectura nueva del paciente con este padecimiento. Como complemento de este cuarto y último capítulo, hemos

incluido el Análisis Neuropsicológico de las Alucinaciones y los Delirios, así como los Aspectos éticos en los que se ven envueltas las neurociencias, principalmente la neuropsicología.

Capítulo 1 Breve historia de la enfermedad mental.

1.1 El concepto de locura.

La esquizofrenia hoy en día es una enfermedad mental cuyo origen es desconocido. Sí bien existen diversas teorías que intentan responder a la interrogante sobre el surgimiento de dicha enfermedad, ninguna ha podido satisfacer completamente las necesidades de los investigadores.

La esquizofrenia en la actualidad es el paradigma central de la “locura”, por lo tanto es necesario dentro de este trabajo, desglosar y explicar los diferentes estadios por los que ha atravesado a lo largo del tiempo. Parte importante para su comprensión, radicaría en hecho de conocer la raíz etimológica del nombre que se le otorga a quienes la padecen, es decir, los “locos” sin embargo, y aunque sea difícil de creer, tampoco existe un consenso acerca del origen de la palabra “loco”. Se ha desechado el surgimiento de dicha palabra de raíces árabes e italianas y se la atribuye (aunque no de manera definitiva) a voces castellanas, catalanas y vascas. Sin embargo tampoco tiene una completa aceptación dentro del gremio de las etimologías.

Tal vez dicha discordancia radique en el hecho de que tanto la palabra “loco” y “locura” han variado de significado a través del tiempo y del lugar en donde se les mencione. Sin embargo, dichas acepciones siempre van dirigidas al comportamiento “inusual” de un determinado individuo. Esto es, cuando un individuo se comporta y se expresa de manera que resalta o sobrepasa la norma o límite del comportamiento de la mayoría de los individuos de la comunidad, comúnmente se le llama loco, lo que obviamente deviene en un rechazo hacia el individuo por parte de los demás individuos considerados (por ellos mismos) como “normales”.

Dicho fenómeno, como ya se ha mencionado, variará dependiendo el espacio y el tiempo en donde se desarrolle, pues es bien sabido que la varianza de culturas en la raza

humana es tan extensa y tan heterogénea que el “simple” hecho de mencionar el porqué de su pluralidad bastaría para olvidarnos un buen tiempo del objetivo del presente trabajo.

1.1.1 - Periodo mágico-religioso.

El hombre primitivo en su relación con su medio, se regía bajo el pensamiento mágico-religioso. En este sistema, se creía que las conductas de ciertas personas, que resaltaban o diferían en el grupo, tenían que ver con el quebrantamiento de alguna regla, como por ejemplo la violación de un tabú. Además se pensaba que el comportamiento extraño era la posesión de algún espíritu que entraba en el cuerpo de la persona. En sí no existe información concreta acerca de que posibles comportamientos eran considerados de ésta forma, pero se tiene datos de las llamadas trepanaciones, que se cree están relacionadas con las creencias de posesión, donde se hacía una abertura de aproximadamente dos centímetros preferentemente en el lado izquierdo del cráneo, para la liberación de los espíritus que originaban el comportamiento o conducta extraña (Calderón, 1996 citado en Castro 2007). Dichas prácticas quirúrgicas tienen que ver con la llamada demonología primitiva donde se llevaban a cabo los primeros intentos curativos de estos males.

El quebrantamiento de las creencias sociales se relacionaba con un castigo sobrenatural, del mismo modo, (Porter, 2002, Citado en Castro, 2007) comenta que la locura aparece como fatalidad y con algo que está relacionado con conductas que están fuera de la convivencia de la comunidad, las culturas fueron relacionando la religión y las primeras apariciones de la existencia de la locura son en los mitos religiosos.

Aunque Porter (2002) señala la aparición de la locura como concepto en el hombre primitivo, y hace relación con culturas como la mesopotámica y babilonia donde existía la creencia de posesión (pensamiento mágico-religioso), la palabra locura aparece posteriormente. Los primeros en dar un posible concepto y enunciación son los griegos, los griegos arcaicos en sus mitos y poemas ya hablan de este comportamiento, pero con la misma relación mágico-religiosa.

En cuanto a la cultura hebrea, ésta se caracterizó por el paso de la religión politeísta a la monoteísta, dicha concepción monoteísta abre las puertas al llamado sentimiento de culpa y por lo tanto al castigo, donde “la locura” sería consecuencia de los pecados cometidos

consciente o inconscientemente. Por lo tanto, si la enfermedad en general y la enfermedad mental son consideradas castigo divino, los métodos utilizados para su curación consisten en plegarias, rezos, exorcismos y demás prácticas afines (Zamora, 2009).

1.1.2 - Periodo clásico.

Tanto desde el punto de vista popular como desde la práctica médica, la concepción de la locura como un fenómeno extranatural se mantiene hasta Hipócrates (460-377 a.C.). Quien señaló por primera vez un posible origen natural de los trastornos mentales basándose en la idea de que toda enfermedad tiene su origen en el desequilibrio entre los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. Hipócrates es, además, autor de la primera clasificación psicológica de los temperamentos (colérico, sanguíneo, melancólico o flemático) e incluso llegó a diferenciar tres categorías de trastorno mental: manía, melancolía y frenitis. A grandes rasgos, la frenesis o frenitis es una locura aguda con estados de excitación, así mismo la letargia pero con un estado de abatimiento profundo. La manía y la melancolía serían locuras crónicas, la primera con estados de excitación mientras que la segunda con estados de abatimiento. Dichas ideas perduraron casi inalteradas hasta el final de la civilización grecorromana (García, 2007).

Durante la edad media, época reconocida por su estancamiento intelectual, la locura llega a ocupar un lugar más duradero y con mayor peso que el de la lepra y se mantendrá así en un periodo de tiempo en el cual la iglesia es la máxima autoridad en el mundo. La existencia de la locura, siempre manifiesta a dios, ya que es marca de la cólera y bondad divinas. En donde ni el consuelo divino ayudará a los enfermos mentales a salvarse del castigo que les seguirá por años, castigo que puede ser, no hayan cometido.

Ejemplo imaginario e importante de esto es la llamada a Nef des Fous (El Bosco), la nave de los locos, extraño barco ebrio que navega por los ríos tranquilos de Renania y los canales flamencos. Los locos de entonces vivían ordinariamente una existencia errante, las ciudades los expulsaban con gusto y los dejaban a su suerte; más bien los conducían en busca de su razón, cada uno queda entregado a su propio destino, pues cada viaje es potencialmente, el último. Hacia otro mundo es adonde parte el loco en su loca barquilla; es del otro mundo de donde viene cuando desembarca. Y así comienzan a hacer ajeno a esa otra forma de ser del hombre, desde ese entonces se quiere ver tan lejos y distante como se pueda a cada uno de ellos; porque mientras más apartado este se encuentre se cree que

más lejos también estarán de parecerse a ellos. Esto no es sino solo muestra del miedo de saberse así mismo tan vulnerable y susceptible como ningún otro (García, 2007).

Bajo la influencia del mundo del internamiento tal como se ha constituido en el siglo XVII, la enfermedad venérea se ha separado, en cierta medida, de su contexto médico, y se ha integrado, al lado de la locura, en un espacio moral de exclusión. En realidad no es allí donde debe buscarse la verdadera herencia de la lepra, sino en un fenómeno bastante complejo, y que el médico tardará bastante en apropiarse. Ese fenómeno es la locura. Pero será necesario un largo momento de latencia, (casi dos siglos) para que este nuevo azote que sucede a la lepra en los miedos seculares suscite, como ella, afanes de separación, de exclusión, de purificación que, sin embargo, tan evidentemente le son consustanciales. Antes de que la locura sea dominada, a mediados del siglo XVII, antes de que en su favor se hagan resucitar viejos ritos, había estado aunada, obstinadamente, a todas las grandes experiencias del renacimiento (Foucault, 1968).

1.1.3 - Periodo Moderno.

Durante el renacimiento la locura empieza a hacerse presente en la literatura. En los cuentos, en las fábulas, el papel del loco, del necio, del bobo, adquiere gran importancia. En el teatro ocupa el centro de guiones como poseedor de la verdad, una especie de sátira de papel inverso del que representa la locura en los cuentos y las sátiras (Foucault, 1976; Citado en Zamora 2009).

Mientras tanto los médicos del renacimiento se encargan de ubicar el mal en la cabeza, en el cerebro, ya no en el alma, ya que ninguno de estos médicos admite que exista enfermedad sin materia, como ellos la llamaban. Sin embargo, esta búsqueda de la causa del padecimiento en el cerebro, de remitir el padecimiento a un lugar anatómico parece ser un intento de justificación a la imposibilidad de comprender con claridad la cuestión de la psicosis.

Sin embargo gracias al gran auge que tuvo el cristianismo durante el renacimiento, ésta dio un vuelco en el pensamiento occidental acerca de la locura, se negó el uso de la razón y que ésta fuera la esencia del hombre, idea planteada por los griegos, además la explicación de la locura con el vínculo sobrenatural fue erradicada. Desde este momento lo que contaba era el pecado, la voluntad y el amor divino, así como la fe del creyente, se

predicaba un discurso apocalíptico de pecado y redención, como menciona (Hothersall, 1997 citado en Castro 2007) aquellos que serían diagnosticados como enfermos mentales serán vistos como pecadores y serán castigados por sus pecados.

Posteriormente parece haber un cambio en cuanto a la concepción de la naturaleza de la locura. Los médicos reclaman el derecho sobre la atención del paciente, incluso cuando se sospeche de posesión demoniaca o hechicería, los médicos pueden intervenir. Sobrevendría así, la ya tan esperada separación entre la medicina y la teología (Zamora, 2009).

El desarrollo de otras áreas de pensamiento en el renacimiento, da pauta para una nueva era. Los intentos médicos por una nueva conceptualización del poseso, surgen de una combinación entre la enfermedad y la creencia religiosa, al irse expresando puntos de vista más racionales donde la compasión entra en el método de tratamiento. Ingresa la era de la racionalización de la locura con el encierro de los locos, para su nueva condición y concepción de un posible regreso a la enfermedad desde una mirada no sobrenatural.

Este regreso al pensamiento donde la razón es reestablecida, donde se pensaba que la razón podía salvar a la humanidad de la ignorancia pero sin dejar el vínculo de la idea religiosa, cuyo fundador es Descartes, quien con su frase pienso luego existo introduce el dualismo. Propone la relación, mente-cuerpo, señalando que el hombre tiene conciencia y los animales son una simple maquinaria, además le otorga una igualdad a la mente con el alma y esto era lo que proporcionaba responsabilidad moral e inmortalidad, el alma por ser inmaterial no se podía encontrar en algún espacio, pero la mente si, y atribuyó su lugar en la glándula pineal, por lo tanto a la locura la relacionaba con oscuridades de la mente al tener contacto con el cuerpo (Porter, 2002 citado en Castro 2007).

El origen de la locura está interrelacionado con los inicios de la psicología, la psicología clínica y la psiquiatría, podría decirse que es como su piedra angular; al igual que en la historia de la psicología, se buscó explicaciones míticas en un ir y venir con el cuerpo, para encontrar su erradicación, pasando de la idea sobrenatural a la reclusión y la intervención médica, que dará pauta para el comienzo de la psicología como ciencia auxiliar en el tratamiento de la denominada “locura” claro está, con el apoyo de otras ciencias de la salud como la biología, medicina, psiquiatría, genética, etc.

En el siguiente apartado correspondiente al Capítulo 2, reseñamos la historia de la esquizofrenia, desde su conceptualización hasta algunas investigaciones relacionadas con la rehabilitación de sujetos con este padecimiento.

Capítulo 2 Historia de la conceptualización de la esquizofrenia.

2.1 - Historia de la esquizofrenia.

Emil Kraepelin, Eugen Bleuler y Kurt Schneider aportaron tres cuestiones fundamentales para el desarrollo en la concepción de este trastorno (Unturbe, 2006).

En este apartado se tratará de clarificar el curso que ha tomado a lo largo de la historia el estudio científico de la esquizofrenia, Kraepelin, Bleuler y Schneider, contribuyeron a la clarificación del concepto, sentando las bases para un análisis más sistematizado de la sintomatología.

Las modificaciones continúan hasta nuestro tiempo y nuestra propuesta pretende ser una extensión del conocimiento que clarifique la concepción y diagnóstico de esta enfermedad mental. Por ello resulta de suma importancia analizar las modificaciones a las categorías diagnósticas a lo largo de la historia; en este capítulo dos Anderson, y Bleuler son los autores que citaremos para dejar más claro como se ha abordado y conceptualizado este padecimiento mental.

2.1.1 - Demencia Precoz.

Kraepelin en 1893 agrupo una serie de cuadros distintos (catatonia, hebefrenia y paranoia) a los que denominó "Demencia Precoz" por que con frecuencia aparecían en personas jóvenes y por la tendencia al deterioro. Se caracterizaba por el negativismo, disminución de la productividad psíquica, empobrecimiento motor y aplanamiento afectivo. Sin embargo relativamente se conservaban funciones como: la orientación, la memoria y la percepción (Vallejo, 2006).

(Kraepelin, 1919 citado en Unturbe, 2006): Consideró alteraciones neuropsicológicas comunes entre los pacientes. Los síntomas descritos por él, fueron:

- “-Alteraciones del pensamiento: pérdida asociativa, creencias delirantes e incoherencia.*
- Alteraciones emocionales: aplanamiento afectivo y deterioro de la expresión.*
- Alteraciones de la atención: distractibilidad en estímulos irrelevantes.*
- Conductas estereotipadas: manierismos y ecopraxia.*
- Negativismo: reducción de la actividad voluntaria.*
- Alucinaciones”*

2.1.2 - Trastornos Maniaco-Depresivos.

Bleuler, (1993) Menciona que la elaboración del concepto de Demencia Precoz fue estructurada a la par del concepto de psicosis Maniaco-Depresivas, estudiado y descrito por Kraepelin para distinguir la demencia con tendencia al deterioro y los casos de episodios interrumpidos de psicosis. Por tal motivo él consideró de suma importancia la reconceptualización, para poder distinguir a los pacientes diagnosticados con tal padecimiento y a los que tal vez tendrían una remisión de síntomas. Pues hasta entonces no había quedado tan clara esta distinción. Posteriormente será de gran utilidad para un mejor diagnóstico diferencial hacer la distinción entre sintomatología positiva y sintomatología negativa, pues la heterogeneidad clínica y evolutiva de la esquizofrenia constituye un obstáculo para conocer su patofisiología y etiología.

A pesar de avances en las diversas neurociencias como lo son: La Neuropsicología, Neurofisiología, y la Imagenología Funcional Cerebral, por citar algunos ejemplos; desde 1970 y hasta principios de los noventa, la mayoría de los trabajos científicos, habían centrado su atención en la díada diagnóstica: Síntomas Positivos y Síntomas Negativos. Sin embargo a partir de la década de los noventa, la investigación sobre los Trastornos Cognitivos en la Esquizofrenia han sido las que más estudios ha suscitado (Unturbe, 2006).

Fue así que el concepto de demencia precoz o esquizofrenia designó a un grupo de enfermos con psicosis crónicas que no permiten la recuperación completa y restitución a las actividades cotidianas de los sujetos, y que se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, sentimientos, relación con el mundo exterior y que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular. Mientras que las psicosis maniaco-depresivas que podían tener crisis intermitentes permitían un diagnóstico diferencial que prometía

grandes innovaciones en la forma de concebir el tratamiento y estudio del padecimiento mental (Bleuler, 1993).

2.2 - ¿Qué es la esquizofrenia?

La sugerencia de Bleuler de modificar el término de “Demencia Precoz” propuesto por Kraepelin, aproximadamente diez años atrás en 1896 en su obra *Psiquiatría*, por el término de esquizofrenia; surge principalmente de la dificultad en el nombre posible que se debe asignar a las personas diagnosticadas con “Demencia Precoz”, pues el nombre solo designa a la enfermedad y no al enfermo; imposibilitando un adjetivo que denote las características de la afección. Lo cual fue una de las pautas que abrió la posibilidad de avanzar en la clasificación y evaluación de la esquizofrenia (Bleuler, 1993).

¿Por qué es importante hacer esta aclaración? Resulta interesante que el solo hecho de asignar un nombre al padecimiento revolucionara la concepción que se tenía hasta entonces de esta enfermedad. Además toma en cuenta el impacto de dicha connotación.

En 1911 Bleuler reconceptualiza el trastorno llamándolo Esquizofrenia, nombre que perdura hasta nuestros días (Unturbe, 2006). Para Bleuler, el núcleo de la esquizofrenia es la fragmentación o disociación de la mente, la cual afecta a la emoción y el pensamiento, dando lugar a conexiones absurdas, mostrando incoherencias y lenguaje ininteligible; las características primarias son según (Bleuler 1993):

“Autismo: indiferencia afectiva y falta de interés por el mundo exterior.

Alteración de las asociaciones: disociación del pensamiento.

Ambivalencia: coexistencia de dos sentimientos opuestos referidos a los mismos estímulos”

Para (Anderson, 1986), la esquizofrenia no es un mito supeditado a la clasificación social, ni una respuesta racional a un ambiente irracional, ni un conjunto de experiencias traumáticas (en particular experiencias precoces relacionadas con la crianza), ni otro “problema de vida” que requiere control. Sino más bien un tránsito crónico que requiere no solo remisión y clasificación de los síntomas sino la reinserción del enfermo a la actividad productiva. Por lo que la nueva forma de análisis que propone se basa en observaciones que surgen de los pacientes que ya tienen asignada la “etiqueta” diagnóstica. Desde esta óptica, el curso de la esquizofrenia podría estar determinado, por un proceso de disfunción

cerebral sujeto a influencias experienciales. Sin embargo es un proceso sumamente sensible a los principios de la educación y posterior modificación del ambiente externo e interno del paciente. Pues después de todo en esta enfermedad, el órgano de deterioro, es el cerebro.

La obra de Anderson y compañía a diferencia de la obra de Kraepelin, Bleuler y Schneider, que remitían a la sintomatología; permite iniciar un enfoque que permitirá observar como los pacientes ya diagnosticados funcionaran dentro de la sociedad y en función de variables no estrictamente nosológicas. Por lo tanto su crítica se extiende a los extremistas que admiten únicamente el papel de la genética y las lesiones exógenas como la base de los comportamientos inadaptados.

Otra perspectiva que contribuyó a la decisión de Anderson y colaboradores de estudiar de esta manera la enfermedad, es el aporte de (Waxler, 1979, citado en Anderson, 1986) quien desde la sociología puso especial atención en los efectos residuales o secundarios al diagnóstico, como son: La amotivación, el retraimiento, embotamiento, pobreza de lenguaje, entre otras tantas secuelas de la “deshumanizadora” tendencia frente a la respuesta de la cultura ante una desviación primaria (minoría desviada) dirán los extremistas. Peyorativamente “catalogada” como desviada por una mayoría cuyos juicios y valores están determinados por la cultura.

El escaso desarrollo de conocimientos de la relación entre Técnicas Terapéuticas y necesidades de los pacientes fue lo que motivo sus investigaciones. Aunado a la arbitrariedad y limitaciones de un proceso histórico y humano que procura hacer comprender el valor utilitario y el propósito de un sistema de clasificación. Cuando utilizamos el término Esquizofrenia, lo definimos y proporcionamos una base para la comunicación entre pacientes y familiares de los pacientes, agregando un término simbólico que refleja un proceso cerebral definido y que no es en ningún sentido peyorativo, ni veredicto de desesperanza o insulto, pero que sin embargo no deja claro estrategias inmediatas de acción para la reinserción en la sociedad de los enfermos (Anderson, 1986).

El propósito de sus desarrollos se fundamentó en mejorar la calidad de vida de los pacientes, pero sin infundir esperanzas o expectativas irrazonables de una curación.

En la actualidad el estudio de la esquizofrenia no ha dejado de lado todas estas concepciones, pero ha volcado un poco su interés hacia puntos nodales de la enfermedad. Como ocurre en el caso de la Neurosicología Cognitiva.

La cual, según (Unturbe, 2006), aplica sus nuevas formas de concebir dicha patología al estudio de la relación: Atención, Procesamiento Temprano de la Información, Memoria, Aprendizaje, Memoria de Trabajo y Funciones Ejecutivas. Intentando establecer correlaciones entre sintomatología y estas diversas áreas del funcionamiento.

La definición de esta enfermedad ha ido variando con el paso de los años, hasta llegar al criterio diagnóstico dado por los sistemas de clasificación DSM-V y CIE-10, no obstante los límites entre la Esquizofrenia y el Trastorno Delirante continúan siendo imprecisos y no existe una clara identificación dentro del contexto nosológico (Álvarez, 2001).

La esquizofrenia es una enfermedad de origen desconocido y de complejo análisis para su claro diagnóstico. Agrupa una serie de trastornos de inicio precoz, curso crónico y tendencia al deterioro de todas las funciones superiores (aprendizaje, percepción, memoria, pensamiento, lenguaje, motivación y emoción), e incapacidades en todas las áreas (Laboral, Social, Familiar) (Vallejo, 2006).

Para 1950, (Schneider, 1950, citado en Unturbe, 2006) reconsidera la sintomatología establecida por Bleuler (siempre desde una perspectiva fenomenológica) y diferencia entre:

“Síntomas de primer rango: trastornos de pensamiento y sensoperceptivos

Síntomas de segundo rango: perplejidad y alteraciones emocionales”

La principal diferencia entre la clasificación de Bleuler y Schneider radica en el orden de aparición de la sintomatología, pues para Bleuler aparecerán primero los síntomas negativos (apatía, aislamiento, pobreza de lenguaje), mientras que para Schneider los primeros en aparecer serán los síntomas positivos (alucinaciones, ilusiones).

La esquizofrenia es un trastorno cerebral crónico, severo e incapacitante, que afecta al 1% de la población mundial. Las personas que la padecen, pueden hablar sin sentido, e incluso puede parecer que sienten perfectamente hasta que expresan lo que realmente están pensando o sintiendo (Vallejo, 2011).

Los tratamientos (tx) ayudan a aliviar síntomas, sin embargo la mayoría de las personas con este diagnóstico tendrán que lidiar con la enfermedad a lo largo de toda su vida. Sus síntomas característicos, positivos, negativos y su desorganización, son heterogéneos, lo que hace muy difícil diferenciarla de otros trastornos psicóticos, a pesar de esto, sabemos que ciertos procesos cognitivos están sumamente afectados, como la atención, la percepción, y el pensamiento (Godoy, 1986 citado en Valencia, 2012).

Se postulan ciertas características genéticas, biológicas, cognitivas, emocionales, de personalidad, conductuales y psicosociales, sin embargo bajo la predominancia del modelo médico-psiquiátrico tradicional no se toma en cuenta el problema psicosocial (Valencia 2012).

En los siguientes apartados explicaremos la concepción de la esquizofrenia desde las perspectivas de la psicología, la psiquiatría y la neurología.

2.2.1 - Psicología.

La psicología se ocupa por regla general, de la elaboración y verificación de teorías relativas a la conducta. La gama de opiniones sustentadas por los psicólogos que estudian la esquizofrenia es, por cierto amplia. Están los que presuponen algún proceso orgánico de deterioro, y para quienes la tarea de investigación parece consistir en demostrar las semejanzas entre la conducta de los pacientes que padecen alteraciones orgánicas y los esquizofrénicos.

En esta ocasión nos centraremos en aquellos que conciben a la esquizofrenia en función de una teoría psicodinámica profunda y se interesan, fundamentalmente, por las técnicas de psicoterapia intensiva y las formulaciones intuitivas, estimuladas por la observación de sesiones de terapia y del desempeño en las pruebas proyectivas. También nos ocuparemos de hacer una breve descripción de la diferencia existente entre los conceptos de “Enfermedad”, “Síndrome” y “Espectro”, incluyendo también cuestiones relacionadas con la Práctica Clínica basada en Evidencia (PCBE). Pues es, desde este ámbito que la neuropsicología elabora sus supuestos. Es bien sabido que la conducta es el principal objeto de estudio de la psicología, y para ello se debe entender que la conducta debe explicarse tomando en cuenta factores fisiológicos y sociales y partiendo de una formación del tipo estímulo-respuesta.

Aunque para muchos observadores, las nociones de estímulo-respuesta están muy alejadas de las teorías psicodinámicas y de los análisis del funcionamiento del organismo centrados en la fisiología. Sucede todo lo contrario. Hay motivos para creer que los acercamientos desde ambas direcciones son, no solo convenientes, sino posibles de este modo. La teoría psicoanalítica parece acercarse en gran medida a las formulaciones de estímulo-respuesta en las que los conceptos de impulso resultan fundamentales; además, ciertas nociones del psicoanálisis contribuyen en forma directa a los estudios experimentales de la conducta. De modo análogo, cuando se invocan conceptos motivacionales, los análisis intensivos a menudo conducen a un enlace con la fisiología. Suponiendo que esta línea de razonamiento sea válida, los psicólogos que estudian la esquizofrenia en función de los métodos y conceptos de la psicología general pueden abrigar la esperanza de vincular su tarea con ciertas formulaciones psicoanalíticas (Jackson, 2001).

El párrafo anterior es una muestra de las bondades del método heurístico, pues permite analizar dos conocimientos que en primera instancia parecen opuestos, reflexionar sobre ellos y abrir un nuevo campo de estudio.

En primer lugar las aportaciones de Carl Gustav Jung (1990), posteriormente explicaremos de manera muy breve las diferencias entre “Enfermedad” “Síndrome” y “Espectro” y finalizamos con la PCBE.

Jung basado en gran parte en su trabajo con Eugen Bleuler en el hospital Burghölzli describe en el libro “El contenido de las psicosis” cómo la psicogénesis de la esquizofrenia puede explicarse desde dos puntos:

El primero como una serie de condiciones psicológicas, es decir que en la esquizofrenia podría ocurrir que una conciencia normal se enfrente a un inconsciente extremadamente fuerte; también podría darse el caso de que la conciencia del paciente sólo sea débil y por lo tanto incapaz de detener la influencia del material inconsciente. En la práctica se debe tener en cuenta la existencia de dos grupos de esquizofrenia: uno con una conciencia débil y el otro con un fuerte inconsciente. Aquí tenemos una cierta analogía de las neurosis, en las cuales también encontramos muchos pacientes con una conciencia notablemente débil y con poca fuerza de voluntad y otros que poseen una energía considerable pero que están sometidos a una determinación inconsciente casi avasallante.

El segundo origen exclusivamente psicológico de la esquizofrenia. Es sabido que la etiología usual de la esquizofrenia consiste en una competencia entre dos condiciones (psicológica y orgánica) y por lo tanto ha sido necesario reemplazar las palabras "causalidad o causal" del vocabulario médico ya que resulta absolutamente imposible, demostrar, aunque sea en forma aproximada, que la esquizofrenia es, en primer lugar, una enfermedad orgánica. Es igualmente imposible probar su origen exclusivamente psicológico. Podemos tener fuertes sospechas sobre la naturaleza orgánica de los síntomas primarios, pero no podemos ignorar el hecho probado de que existen muchos casos que se han desarrollado a partir de un shock emocional, una decepción, una situación difícil, un giro del destino, etc., y que, además, muchos contratiempos, así como mejorías se deben a condiciones psicológicas.

En la mayor parte de los diccionarios de mediados del siglo XX se ha visto reducido el significado de "enfermedad" a cualquier suceso que se aparte del estado de salud. Y salud como el estado de normalidad libre de enfermedad o dolor". Los términos "patológico" y "normal" de nuestras nociones actuales no han sorteado por completo esta circularidad (Schoenbach, 2004).

Los criterios para la salud han estado históricamente condicionados por las normas, las aspiraciones, y los valores sociales (Temple, 2001 citado en Schoenbach, 2004). Así las enfermedades muy generalizadas pueden llegar a ser consideradas "normales" o una parte inevitable de la vida (como la tos o la gripe por ejemplo).

El "punto de corte" entre las categorías de enfermo y no enfermo puede basarse en muchos factores. Existen al menos dos interpretaciones de la palabra enfermedad. En una es perceptible y hasta puede ser medida, mientras que en la segunda, es muy individual y personal. La histeria o la enfermedad mental son algunos ejemplos de una segunda interpretación de enfermedad (no hay posibilidades de medir cambios patológicos en el cuerpo) (Schoenbach, 2004).

No existe necesariamente un sistema de clasificación correcto. Hay que tomar decisiones y saber escuchar las demandas del paciente.

Los trastornos psiquiátricos caen en algún lugar intermedio entre estos dos ejemplos. Aunque apuntan más hacia el segundo, pues sus rasgos diferentes se mezclan con los que son verdaderamente característicos de la condición de enfermedad. Es aquí cuando se suele hacer uso de términos como el de “Síndrome” (Schoenbach, 2004).

En la práctica clínica de la neuropsicología, la mayor parte de las definiciones de “Enfermedad” se basan en criterios de manifestaciones y siguen el supuesto general de que cuanto más similares las manifestaciones, más probable que la enfermedad constituya una entidad nosológica diferenciada denominada “Síndrome”

Los síndromes neuropsicológicos son déficits cognoscitivos que pueden hallarse en caso de disfunción cerebral, como: Amnesia, Afasia o Agnosia. Pero en cada uno de ellos existen subtipos, así como ocurre que existen en neurología subtipos de epilepsia o en psiquiatría, que existen subtipos de psicosis. Por ahora no existe un manual de síndromes neuropsicológicos, aunque muchos de ellos se incluyen en los manuales como el DSMIV y el CIE10 (Ardila, 2012).

A medida que las enfermedades se definen, se organizan en una clasificación.

El sistema de clasificación de enfermedades comúnmente empleado, es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), publicada por la (OMS) Organización Mundial de la Salud, e introducida en 1900. (en el comienzo su objetivo principal fue diferenciar entre distintas causas de muerte únicamente), aparentemente tuvo sus orígenes en una lista de categorías preparada por William Farr y Marc D’Espine en 1852 (Schoenbach, 2004).

Los sistemas de clasificación de enfermedades no necesariamente proveen el tipo de información necesaria para la investigación en materia de salud pública.

Según (Schoenbach, 2004) Estos sistemas de clasificación, deben ser revisados periódicamente. Las revisiones frecuentemente incluyen cambios en:

1. Uso de términos diagnósticos (ejemplo: El cambio del DSM IV al DSM V en el que la Esquizofrenia es ahora llamada “Espectro” Esquizofrénico).

2. Definiciones de enfermedades.

3. Organización de categorías basado en nuevas percepciones sobre similitudes entre condiciones (ejemplo: Ocurrencia simultánea de hipertensión y enfermedad cardíaca coronaria).

4. Reglas de codificación (ejemplo: Prioridades para la selección de la causa básica de muerte cuando están presentes varias enfermedades).

Las "costumbres diagnósticas" o preferencias por distintos términos, sin duda influyen en los diagnósticos, a favor de aquellos que son mejor remunerados.

Los desafíos de la clasificación de las enfermedades físicas son tremendos, pero los trastornos psiquiátricos presentan un desafío aún mayor. Pues a pesar de un aumento (modesto) en los recursos y esfuerzos destinados a desentrañar su etiología y sus relaciones causales, éstas últimas han sido muy difíciles de demostrar. Y persiste la preferencia por la medicalización a priori.

Las enfermedades típicamente involucran una gama de cambios patológicos, algunos de los cuales se consideran estados de enfermedad, y algunos estados pre-enfermedad (Schoenbach, 2004).

El concepto de "espectro" ha sido solapado en los últimos años por que existen casos límite o dudosos en los que es preferible especular provisionalmente en uno o más trastornos, y aunque es necesario un diagnóstico categorial por políticas institucionalistas, se opta por un diagnóstico dimensional y una clasificación en "espectro" que abarca, citando un ejemplo, desde los trastornos bipolares no psicóticos a los de espectro de los trastornos esquizofrénicos, con los trastornos bipolares psicóticos con intermediarios (Ketter, 2004 citado en Guimón, 2005).

En la actualidad se acepta que la esquizofrenia es más un trastorno o un síndrome al que se puede llegar a partir de alteraciones iniciales diferentes, a través de distintas vías, y que su similitud con trastornos vecinos y algunas alteraciones biológicas justifican la aceptación del término "espectro de esquizofrenia". De hecho la última revisión del Manual

DSM incluye a la esquizofrenia en el apartado “Espectro de la Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos” (APA, 2014).

Por último y no menos importante. La práctica clínica basada en la evidencia (PCBE) consiste en la toma de decisiones que se hace junto con el paciente, para decidir cual de las opciones es la mejor para él.

Si bien esta actividad clínica se originó en el campo de la medicina, otras ramas del conocimiento como la Neuropsicología o la Psicología se integraron rápidamente a esta ideología. La práctica de la clínica basada en la evidencia radica en la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia externa disponible desde las investigaciones previas de un fenómeno. Es un método de trabajo por medio del que se pretende demostrar la eficacia de un tratamiento, de un método, o de un diagnóstico de los factores de una enfermedad, en el menor tiempo posible y con la ayuda de las nuevas tecnologías (Gómez, 2010). Una de las razones por las que ha surgido la (PCBE) es que tanto las diversas necesidades psicosociales emergentes, como el visible crecimiento expansivo de los trastornos psicológicos y psiquiátricos en diferentes países, han hecho patente la necesidad de un reajuste en la aplicación de terapias psicológicas que demuestren eficacia, efectividad y eficiencia.

Las actuaciones clínicas deben estar basadas en los resultados de ensayos clínicos aleatorios, revisiones sistemáticas o meta-análisis previos. Así mismo, la calidad metodológica de los ensayos clínicos aleatorios es fundamental para las revisiones sistemáticas y para la práctica basada en la evidencia en el ámbito de la atención sanitaria y el control epidemiológico.

Del mismo modo como lo menciona Jung, al paciente esquizofrénico se le debe de dotar de tanta psicología como le sea posible, ya que como señala en experiencia propia los ataques posteriores fueron menos severos y el pronóstico mejor, como resultado de una comprensión psicológica.

Sin embargo dicha intención se ha visto opacada por la falta de conocimientos psicológicos en la anamnesis psiquiátrica, en la cual, el psiquiatra que desea practicar psicoterapia debería tener una preparación psicológica adecuada.

Tal vez una posible solución sería extender los alcances de la llamada “psicología médica” ya que resulta ser un asunto muy unilateral. Se hace un llamado a abordar la psicología de la mente esquizofrénica, tal vez proporcionar un poco de la atención que se les otorga a la biología, la anatomía y la fisiología; claro, con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente.

2.2.2 - Psiquiatría.

Desde luego no podemos dejar de lado a la psiquiatría que como rama de la medicina ha decidido, según Szasz (1990) tomar a la esquizofrenia como su “símbolo sagrado”. La esquizofrenia es un trastorno mental psicótico, de etiología desconocida, caracterizado por alteraciones del pensamiento (distorsión de la realidad, delirios y alucinaciones), del estado de ánimo (ambivalencia y respuestas afectivas inadecuadas o constreñidas) y del comportamiento (retraimiento apático o una actividad motora grotesca) (Sadock y Sadock, 2008).

En la actualidad el enfoque más aceptado para el diagnóstico de la Esquizofrenia es la evaluación Psiquiátrica, la cual se lleva a cabo mediante entrevistas estructuradas, la principal ventaja de este método es que proporciona información a partir de un enfoque estandarizado que aumenta la fiabilidad de la evaluación, otra de sus ventajas es la de proporcionar las pautas para determinar si existen o no síntomas específicos de la enfermedad asociadas a frecuencias comórbidas comunes (Mueser, 2008).

La definición de esquizofrenia ha evolucionado a través de las seis ediciones del Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM I, El DSM II, El DSM III, DSM III R, DSMIV y DSM IV TR). Sin embargo se han conservado tres de las raíces principales de este padecimiento, cada una de ellas con distinto énfasis a lo largo del tiempo: Primero el énfasis Krapeiliano en la abulia y la cronicidad, En segundo lugar la explicación Bleuleriana de la disociación, fundamentada en el acento de los síntomas negativos y por último la concepción de Schneider en cuanto a la distorsión de la realidad, la cual tiene que ver con los síntomas positivos. La concepción Bleuleriana estaría mayormente asentada en el DSM I Y DSM II, mientras que las ideas de Schneider cobrarían fuerza en el DSM III y DSM IV (Tandon, 2013).

Los criterios diagnósticos para la esquizofrenia en la psiquiatría se basan principalmente en la fenomenología de la enfermedad, en la observación y en la descripción del paciente. A continuación se presentan brevemente los diferentes tipos de esquizofrenia según el (DSM-IV-TR citado en Sadock y Sadock, 2008) que es el que posee mayor aceptación por parte de la comunidad científica.

Tipo paranoide

- Caracterizado fundamentalmente por la presencia de delirios de persecución o de grandeza, alucinaciones auditivas principalmente referidas a un único tema, habitualmente la persecución.
- Ninguno de los siguientes: incoherencia asociaciones laxas, afecto aplanado o totalmente inadecuado, comportamiento inadecuado, comportamiento muy desorganizado. La inteligencia permanece intacta.
- La edad de comienzo es más tardía que la del tipo catatónico o desorganizado y cuanto más se demora el inicio, mejor es el diagnóstico.

Desorganizado (la antigua Hebefrenia)

- Caracterizado por una regresión notable a un comportamiento primitivo, desinhibido y caótico. Existe una disminución notable de la asociación de ideas, afecto aplanado o totalmente inadecuado, trastorno acusado del pensamiento.
- Aspecto ruinoso, sonrisa abierta e incongruente y gesticulación.
- Inicio temprano, generalmente antes de los 25 años.

Catatónico

- El rasgo clásico es un trastorno marcado de la función motora conocido como flexibilidad cérea. Puede haber rigidez, estupor, adopción de posturas grotescas, ecopraxia; los pacientes pueden adoptar posturas incómodas durante mucho tiempo. Se pueden presentar trastornos del habla como ecolalia o mutismo.

Indiferenciado

- Delirios llamativos, alucinaciones, incoherencia o alteraciones graves del comportamiento.
- No cumple con los criterios del tipo paranoide, catatónico o desorganizado.

Residual

- Ausencia de delirios llamativos, alucinaciones, incoherencia o alteraciones graves de la conducta.
- Signos continuos de alteración de dos o más síntomas residuales (ejemplo, embotamiento emocional, retraimiento social).

Aunque las deficiencias del enfoque diagnóstico actual son muchas y fáciles de enumerar, este enfoque sigue siendo útil clínicamente y bastante fiable ya que ha promovido una mejor concordancia diagnóstica y por tanto una mejor comunicación entre los profesionales de la salud, además provee de consistencia estadística de informes alrededor del mundo y ha promovido una extensa revisión sobre sus criterios de validación, tomando en cuenta riesgos genéticos, ambientales, sustratos neurales, antecedentes ambientales, procesos cognitivos, curso de la enfermedad y respuesta al tratamiento, aunque no aporta pruebas suficientes sobre la etiología y fisiopatología, por lo que no existen límites claros alrededor de la condición y multiplicidad de factores que desatan este trastorno (Tandon, 2013).

Parte importante de la visión psiquiátrica de la esquizofrenia es el tratamiento farmacológico, y como bien lo mencionan Lieberman (2005) los fármacos antipsicóticos se han convertido en la piedra angular del tratamiento de la esquizofrenia. La primera generación de fármacos antipsicóticos convencionales son antagonistas de alta afinidad de los receptores D2 de dopamina que son más eficaces contra los síntomas psicóticos pero tienen altas tasas de efectos secundarios neurológicos. La introducción de la segunda generación o "atípica" otorgó una mayor eficacia y menores efectos secundarios. Dichos agentes atípicos difieren farmacológicamente de los agentes anteriores en su menor afinidad por los receptores D2 de dopamina y mayores afinidades por otros neuroreceptores incluidos los de serotonina y norepinefrina.

Ofrecemos esta pequeña descripción como un complemento para conocer y reconocer la visión que se tiene de la esquizofrenia, la cual ha funcionado en muchas investigaciones como punto de partida y en muchas otras (tal es nuestro caso) como complemento.

2.2.3 - Neurología.

Aunque en un principio el estudio anatómico y experimental del cerebro se dificultaba principalmente por la falta de herramientas que proporcionaran datos confiables, con la llegada de las nuevas tecnologías, las técnicas radiológicas y de neuroimagen nos ofrecen una manera no invasiva de obtener conocimiento veraz y confiable para el mejor estudio de la anatomía del cerebro vivo, normal y/o anormal.

La neurología con ayuda de dichas técnicas, ha puesto mayor énfasis en los estudios cuyo interés radica en aquellas condiciones definidas por anomalías del lenguaje. Ya que desde las observaciones de Broca y Wernicke a mediados y finales del siglo XIX respectivamente, se ha propuesto que el hemisferio izquierdo desempeña un papel importante en la producción del lenguaje normal, cuyo análisis, almacenamiento, recuperación y síntesis; son resultado de un pensamiento lingüístico estructurado. A diferencia del habla en la esquizofrenia; entre los trastornos mencionados por (Kraepelin, 2008) existen varios relacionados con el lenguaje, como el habla disártrica y mascullada con la pérdida de cadencia, así como las oraciones mutiladas con neologismos, la jerga y la ensalada de palabras.

Los Signos Neurológicos Blandos son un aspecto que como bien lo mencionan Bray & Agius (2009) han sido olvidados por un gran número de psiquiatras al momento de tratar con la esquizofrenia. Dichas anomalías se presentan de un 50-65% de los pacientes con esquizofrenia. De igual forma es interesante notar que por un lado estudios psicolingüísticos han sugerido un trastorno afásico en la esquizofrenia, y por otro las investigaciones patológicas han encontrado una anomalía en la porción posterior de la circunvolución temporal superior. También es de resaltar que los Individuos con este padecimiento demuestran menos asimetrías anatómicas y funcionales que la población general, especialmente en el lóbulo temporal y su circunvolución superior. Por ejemplo, (Goldstein,

2002) ha informado de una reducción del lóbulo parietal inferior en los pacientes con esquizofrenia y también en todas las regiones subparietales de un grupo total de 53 pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizotípico de la personalidad.

Por lo tanto se concluye gracias a estos estudios que existe una carencia o inversión de asimetrías cerebrales en la patofisiología de la esquizofrenia. Aunque dichas investigaciones neurológicas aporten nuevas ideas al estudio del cerebro, resulta imperativo buscar maneras alternativas de afrontamiento, con el fin de dar un cambio paradigmático al abordaje de las enfermedades mentales, en este caso la esquizofrenia (Casanova, 2009).

Capítulo 3 Historia de la Neuropsicología.

1.- El nacimiento de la neuropsicología.

La necesidad de enfoques multidisciplinarios es lo que ha dado origen a las neurociencias. Su auge se dio durante los años sesenta del siglo pasado. Su objetivo es aplicar conocimientos de distintas disciplinas a la integración de mejores explicaciones del funcionamiento general del sistema nervioso y el comportamiento. Son ámbitos interdisciplinarios de estudio, de diversos aspectos del sistema nervioso:

Las neurociencias se han dividido en conductuales y no conductuales. Para su mejor clasificación y distinción por los métodos que emplean en sus investigaciones y las conclusiones a las que llegan. La neuropsicología surge como una neurociencia conductual. Y por lo tanto muy diferente a la neurología y a la psiquiatría que tienen un acercamiento más biológico y no conductual. A la neuropsicología le interesan más las alteraciones comportamentales, que la disfunción o daño en las bases biológicas y neurofisiológicas. Es una disciplina intermedia entre la neurología y la psicología que está basada en la observación sistemática del daño focal (siempre recurriendo a procesos clínicos y/o experimentales) (Portellano, 2005).

Para comprender mejor su origen es prioridad conocer su historia, interesarse en sus principales aportadores y conocer el contexto de sus descubrimientos para encontrarse interesado en los posibles hallazgos y alcances que puede tener esta neurociencia, principalmente en el contexto del diagnóstico diferencial y la rehabilitación de pacientes psiquiátricos.

Tuvieron que pasar varios siglos desde la antigüedad hasta la actualidad para que fuera comprobable experimentalmente la hipótesis cerebral. Antes de que se conocieran los métodos de lesión no había sido posible comprobar que un área específica del cerebro podía ser relacionada con una deficiencia en el funcionamiento (Luria, 1979).

Uno de los procesos clínicos más importantes que se llevan a cabo durante el diagnóstico del paciente, es la historia clínica, su elaboración es muy similar para la neuropsicología, psicología y la psiquiatría. La elaboración de la historia clínica es un primer

paso del examen neuropsicológico. Y es determinante en el curso diagnóstico del paciente, por ello es de suma importancia el elaborarla correctamente, el solo hecho de omitir datos o confundir términos, puede llevar a conclusiones erróneas sobre el padecimiento real del paciente (Prado, 1995).

Es bastante común que se confundan rasgos de un trastorno de la personalidad con un padecimiento mental por la semejanza de los síntomas, por ello el neuropsicólogo debe conocer las principales bases sobre las que se fundamente el diagnóstico psiquiátrico, para poder contribuir de manera coherente y acertada al diagnóstico médico, lo cuál no es para nada sencillo si se considera también que la mayor responsabilidad social es para con el médico. Es difícil aún poder decir que el neuropsicólogo sea quien tiene la última palabra en el diagnóstico de un paciente psiquiátrico, o incluso que realmente contribuyó al mismo, pues en la actualidad en México, aún no se lleva a cabo realmente este trabajo interdisciplinario dentro de los hospitales psiquiátricos, esto se debe a muchas causas, una de ellas es el costo económico que tiene dicha atención por paciente.

La neuropsicología poco a poco se va haciendo presente dentro del contexto mexicano, cada vez más instituciones intentan certificarse para poder impartir de manera reconocida esta disciplina, que es una opción de especialización existente para los psicólogos interesados en el Área Clínica. A pesar de que la neuropsicología presenta muchos estudios previos de procesos relacionados con la cognición, es hasta hace muy poco que está intentando acercarse al estudio de algunas deficiencias cognitivas específicas en los trastornos psiquiátricos, pues el contexto nacional no lo ha propiciado en parte como ya se menciono por los altos costos que implica la rehabilitación y evaluación de los pacientes.

Procederemos ahora a relatar brevemente los periodos históricos por los que ha atravesado la neuropsicología, los hemos dividido así existiendo una semejanza entre este trabajo y los presentados por Villa, (2008) y Ardila, (2007).

3.1.1 - Periodo preclásico.

Comprende desde los primeros papiros egipcios en donde se hace mención de lesiones provocadas por traumatismos, hasta el año 1861. Cuando se originó la teoría de Gall sobre la localización de las facultades mentales en zonas específicas del cerebro (esta dio origen al nacimiento de la Neuropsicología) (Villa, 2008).

La primera referencia a una alteración cognoscitiva de daño cerebral (una pérdida del lenguaje, aparece en Egipto hacia el año 3500 a.C. pero la primera referencia más clara se puede encontrar en la obra de Hipócrates, alrededor del año 400 a.C. él habló de dos alteraciones: los áfonos y los anaudos, como subtipos de pérdida del lenguaje (Benton, 1981 citado en Ardila, 2007).

Más adelante, durante los siglos XV a XIX se publicaron informes relacionados sobre todo con el lenguaje, como el de Antonio Guaneiro en el que describe a dos pacientes con afasia no fluida. También se describieron otros déficits neuropsicológicos como la descripción de un caso de agrafia sin alexia de Gerolamo Mercuriale. Durante el siglo XVIII se supo de varios trastornos cognoscitivos especialmente verbales, como la anomia, la agrafia y la jerga, descritos por Gesner (Ardila, 2007).

Durante el siglo XIX surgen descripciones vinculadas a las secuelas posibles del daño cerebral sobre el comportamiento Bouillaud en 1825 fue capaz de identificar la deficiencia entre daño amnésico y daño articulatorio, ósea entre daño motor y sensorial de la afasia, y el término agrafia fue introducido en 1867 por Ogle para referirse a la incapacidad de escribir (Ardila, 2007).

A principios del siglo XIX Franz Gall formula una nueva doctrina particularmente influyente durante todo ese siglo: Los hemisferios cerebrales incluyen varios órganos que sustentan las cualidades intelectuales del hombre. Así por ejemplo el lenguaje depende de la regio orbital de los lóbulos frontales. Gall aseguraba que si está región crece de manera anormal conduce a la protrusión de los ojos (“ojos de buey”), lo que provocara que la persona tenga talento para el lenguaje y la literatura. Por extraño que parezca en estos tiempos, las suposiciones de Gall, fueron en aquella época decisivas para que se prestara

atención a lo complejo de la actividad cerebral y la actividad cognoscitiva, por ello es un antecesor directo de la Neuropsicología (Ardila, 2007).

3.1.2 - Periodo clásico.

Este periodo abarca desde 1861 hasta 1945, durante este periodo, el principal método empleado fue el de las correlaciones anatomoclínicas. Sobresalen los experimentos realizados por Broca, Wernicke y Lichteim, además se propuso la descripción de los síndromes clásicos. La mayoría de estos fueron establecidos por los Neurólogos (Villa,2008).

La sociedad Antropológica de Paris en 1861 presentó un cráneo primitivo, con el argumento de que había una relación estrecha entre el intelecto y el volumen de la masa cerebral. Durante ese año un paciente que había sufrido de pérdida del lenguaje era objeto de estudio por parte de la sociedad y específicamente por Paul Broca. El estudio post mortem, reveló sorprendentemente que el paciente tenía una severa lesión en la zona frontal posterior, lo que dio origen al enfoque localizacionista. Naturalmente este descubrimiento desencadenó varias críticas y polémica, sin embargo hallazgos posteriores confirmaron la hipótesis de Broca. Pero Broca fue un poco más allá en sus declaraciones, asegurando que las afecciones en el lenguaje únicamente se producen si se afecta el lóbulo frontal posterior pero solo del hemisferio izquierdo, ya que las lesiones en el lóbulo frontal pero del hemisferio derecho, no producen dichas alteraciones (Ardila, 2007).

Actualmente se sabe que este hallazgo había sido dado a conocer unos 25 años antes por Marc Dax, cuyo trabajo había permanecido en el anonimato hasta la época de Broca (Rains, 2004).

Broca llegó a demostrar que la lesión crítica estaba localizada dentro de un área específica, a saber, la parte inferior y posterior de la región anterior de la corteza cerebral, región que llegó a conocerse como el área de Broca. Así, él propicio el primer apoyo empírico sólido para lo que en la actualidad se conoce como especialización intrahemisférica de función, que es la especialización dentro de un hemisferio, contribuyendo así enormemente con el modo en que la Neuropsicología haría sus próximos descubrimientos (Rains, 2004).

Inicialmente Broca había nombrado a su descubrimiento afemia, pero fue desaprobado por algunos personajes importantes de la comunidad científica, como Lordat y Trousseau, por lo que más tarde quedaría el nombre definitivo con el que se conoce hasta nuestros días afasia de Broca (Ardila, 2007).

El segundo gran avance por parte del enfoque localizacionista, lo llevó a cabo el estudiante alemán de doctorado Karl Wernicke, quien en 1874 propuso la existencia de dos tipos de afasia: motora y sensorial, separables en correlaciones clínico/anatómicas. Pasados algunos años, junto con Lichtheim dio a conocer su modelo de clasificación de la afasia, modelo conocido como Lichtheim-Wernicke (Ardila, 2007).

Por estos tiempos se hicieron bastante populares las correlaciones clínico/anatómicas, surgieron varios diagramas que explicaban las alteraciones en el lenguaje y muchos términos describían los mismos padecimientos. En este contexto clínico, solían explicarse con términos de la época, como: inpercepción, esquemas verbales, ceguera psíquica, etc.

Se llegó a proponer la existencia de centros especializados para cada función, como por ejemplo el centro glosocinético y el centro de las imágenes auditivoverbales. Pero la primera descripción de alteraciones perceptuales consecuentes del daño cerebral la realizó Munk en 1881. Él observó el daño parcial bilateral de los lóbulos occipitales en perros, los cuales no podían reaccionar adecuadamente ante objetos ya conocidos, aunque sí podían evitar obstáculos, lo cual fue interpretado por él como una falta de memoria visual, a la que llamó ceguera psíquica, nombre que más tarde gracias a la contribución de Freud, sería cambiado por el nombre de agnosia. La agnosia no solo hace referencia a alteraciones perceptuales en el sistema visual, sino también a las alteraciones localizables en otros aparatos sensitivos (Ardila, 2007).

En 1864 Hughlings Jackson, neurólogo inglés, bajó una perspectiva más holista abordó estas alteraciones cognitivas desde un punto de vista más psicológico, se refirió a lo que denominó síntomas de decremento y síntomas de incremento, los cuales son producto del efecto de cambios globales que ha sufrido el cerebro. Esta perspectiva holista no fue tomada en cuenta por aquellos años, y hubo que esperar a Pierre Marie hasta 1906 para que nuevamente se abriera la polémica respecto a los enfoques localizacionistas, con respecto a estos enfoques emergentes de corte más holista (Ardila, 2007).

Durante años posteriores aparecieron muchos trabajos que esclarecieron aspectos de la lesión cerebral, creando mejores clasificaciones y dando lugar a descripciones de muchos síndromes neuropsicológicos y favoreciendo el poder conocer la participación de cada hemisferio en los diferentes procesos (Benton, 1971).

La psicología de la Gestalt promovió el enfoque holístico dentro de la Neuropsicología, el enfoque gestáltico también fue importante para el desarrollo de conceptos de las teorías neuroanatómicas. A pesar de que la mayoría de los estudios contemporáneos sobre las afasias se niegan a aceptar el punto de vista gestáltico, su influencia continua siendo importante para el desarrollo de la Neuropsicología (Ardila, 2007).

El término Neuropsicología fue utilizado por primera vez en 1913 por Osler, aunque su uso se popularizó hasta 1949, con la publicación de Donald Hebb titulada: *The Organization of Behaviour: A Neuropsychological Theory*. Desde entonces se refiere a la Neuropsicología como una disciplina independiente en cuanto contenido y objetivos.

3.1.3 - Periodo moderno.

El periodo moderno va desde 1945 hasta 1975, la Psicología promovió el uso de métodos objetivos para medir comportamientos en los sujetos que padecían de algún tipo de lesión cerebral. Se desarrolló la Psicometría, la neuropsicología ahora era hecha por Psicólogos y servía como auxiliar a los neurocirujanos en la localización de lesiones cerebrales. Sobresalen los trabajos realizados de A.R. Luria (Villa, 2008).

En 1963 apareció *Neuropsychologia*, la primera publicación científica dedicada únicamente a esta ciencia (Portellano, 2005).

Karl Lashley resultó crucial para el desarrollo de la Neuropsicología, sus aportes dentro de la perspectiva holista aportaron la formulación de dos leyes: La ley de la acción en masa y el Principio de Equipotencialidad, con esta afirmación se sostenía una visión opuesta a las teorías localizacionistas. Gracias a las afirmaciones de Lashley se podía concluir que un mismo síndrome puede ser producido por daño en distintas áreas del cerebro y no exclusivamente se debe a una sola (Portellano, 2005).

Como es bien sabido desde hace ya bastante tiempo, la neuropsicología se ha definido grosso modo como el estudio de las relaciones entre la conducta y el cerebro. Sin embargo y como parte de la inclusión de la neuropsicología en el campo de las ciencias de la salud, los planteamientos teóricos, metodológicos y los paradigmas bajo los cuales ésta misma se ha regido, han ido cambiando con el paso del siglo y medio que tiene de existencia. Empero, y gracias a las nuevas tecnologías, el avance dentro de esta materia ha sido considerablemente mayor en las últimas décadas. La neuropsicología siempre apoyada de otras ciencias como la medicina, la biología, la psicología, química, etcétera, ha ido creciendo de la mano con éstas y parecen conjuntarse bajo el nombre de neurociencias (Ardila, 2007).

El origen de la neuropsicología se relaciona fundamentalmente con el hecho de que, hasta recientemente, no existían técnicas que permitieran observar el cerebro *in vivo*. Por ello, las lesiones cerebrales no podían ser estudiadas directamente (lo que sólo era posible en circunstancias excepcionales como, por ejemplo, heridas por penetración de cuerpo extraño). Esto condujo al intento de encontrar un método que permitiera determinar la existencia de lesiones cerebrales y de su localización, a partir del estudio de las alteraciones conductuales producidas por dichas lesiones. Es el denominado «método de la correlación clínicoanatómica». No obstante, los primeros neuropsicólogos no se limitaron a constatar y describir las relaciones entre esas conductas alteradas y la localización de esas lesiones. Por el contrario intentaron, además, explicarlas desde sus conocimientos y con sus medios rudimentarios. En efecto, los orígenes de la neuropsicología coinciden con un período (desde la segunda mitad del siglo XIX hasta los años cuarenta del siglo XX) en el que la psicología estaba en sus albores y no disponía de un marco teórico para el estudio de las alteraciones conductuales producidas por las lesiones cerebrales (Luria, 1979).

Para subsanar esta carencia, los primitivos neuropsicólogos idearon unos diagramas constituidos por unos «centros», en cada uno de los cuales residía un componente de la función cognitiva afectada, y unas vías nerviosas que conectaban estos centros entre sí. Estos diagramas implican que las funciones cognitivas son disociables y están constituidas por componentes también disociables. Hoy están considerados como los precursores de los actuales diagramas de flujo, utilizados por los modelos de procesamiento de la información (Benedet, 1986).

(Fodor, 1983, citado en Parkin, 1999) desarrolló extensamente la idea de modularidad en su libro *The modularity of mind*. La contribución más importante de Fodor fue la especificación de una serie de propiedades que, según él, tienen los módulos.

1. *“Encapsulamiento informativo. Los módulos llevan a cabo sus operaciones aisladamente con respecto a lo que pasa en otros sitios. Estas operaciones no son susceptibles de “penetración cognitiva”. Fodor ilustra este aspecto señalando que somos incapaces de evitar las ilusiones visuales aun cuando sabemos perfectamente que son ilusiones.*
2. *Especificidad del dominio. Cada módulo puede procesar únicamente un tipo de entrada. Los módulos, por tanto, solo tratan con una fuente de información.*
3. *Obligatoriedad. Cada módulo opera de modo todo-o-nada. una vez activado, llevará a cabo la operación de procesamiento completa de la cual es responsable.*
4. *Innatos. Los módulos del sistema cognitivo son innatos y no se adquieren a través del desarrollo. “*

Los dos aspectos de la modularidad más importantes para la neuropsicología cognitiva, el encapsulamiento de la información y la especificidad de dominio, son los menos controvertidos de los 4. En cambio, es importante resaltar que la definición de Fodor de los módulos no ha sido seguida estrictamente por la neuropsicología cognitiva, ya que en ésta los módulos se definen frecuentemente como elementos que aceptan diferentes tipos de entradas mientras que Fodor considera a los módulos específicos de dominio.

La hipótesis de la modularidad constituye el fundamento teórico y metodológico más básico de la neuropsicología cognitiva: Si las funciones cognitivas pueden resultar selectivamente dañadas, es porque el sistema de procesamiento de la información es modular y esos módulos están neuroanatómicamente diferenciados. Aunque los datos neuropsicológicos disponibles no son hoy por hoy concluyentes y aunque, como señala (Shallice, 1991 Citado en Benedet, 2002), estos datos sugieren que la teoría de Fodor ha de ser revisada, si son compatibles con la hipótesis de la modularidad de la mente, lo que nos permite adoptarla en tanto que marco de referencia para la interpretación de esos datos.

Sin embargo, no hay que perder de vista que existe una diferencia fundamental entre unos y otros: los primeros, son modelos del cerebro; los segundos, son modelos de la función cognitiva.

Aunque las conclusiones de los autores primitivos son, en parte, compatibles con las actuales formulaciones de la neuropsicología, su metodología clínica escasamente rigurosa (estudio clínico de casos únicos) provocó la reacción de otros neuropsicólogos que buscaban un mayor rigor para la disciplina. Se impuso así, a partir de los años cuarenta, una *neuropsicología psicométrica*. Dentro de ella, se desarrolló una actividad científica básica que ha estado restringida a ciertos equipos selectos de investigación.

Esta neuropsicología psicométrica trabajaba con diseños de grupo (que incluían siempre, al menos, dos grupos de pacientes complementarios) y con instrumentos de evaluación psicométricos. Su objetivo consistía en determinar qué funciones cognitivas resultan alteradas por el daño en cada hemisferio cerebral o en cada uno de los diferentes lóbulos corticales, dentro de cada hemisferio (Benedet, 1986).

Es decir, se trataba de estudios descriptivos de las relaciones entre las diferentes regiones corticales y la conducta. Paralelamente a esta actividad, desarrollada dentro de la neuropsicología, se desarrolló otra actividad complementaria, ya dentro de la psicometría clínica. Esta última actividad tenía que objetó por idear o detectar los instrumentos psicométricos de evaluación que permitieran asignar a un paciente, a partir de sus puntuaciones, a un grupo nosológico o al grupo «normal», con el menor porcentaje de error posible; es decir, que permitieran asignar la etiqueta diagnóstica más probable a un individuo que acudía a consulta y del cual, se planteaba la sospecha de una lesión cerebral (Benedet, 1986).

La investigación básica desarrollada dentro del marco de la Neuropsicología Psicométrica, debido a las limitaciones inherentes a la metodología que le es propia, logró muy escasa avance ideológico. Esto llevaría a un grupo de investigadores a retornar a los planteamientos que los primeros neuropsicólogos hicieron, en los cuales se plasmaban diagramas, buscando vías que les permitiera ahondar en ellos, esta vez dentro de un marco conceptual teórico y con una metodología científica.

Este conocimiento, según Benedet (1986), permite a la disciplina fijarse tres objetivos principales:

Un objetivo inmediato, que consiste en determinar *qué* componentes del sistema cognitivo del paciente han de ser tratados y cómo pueden participar óptimamente en ese tratamiento los otros componentes del sistema (lo que contribuye al diagnóstico neurológico). Un objetivo a medio plazo, que consiste en contribuir (junto con las otras disciplinas que integran la ciencia cognitiva) a determinar cómo es y cómo funciona el sistema cognitivo normal. El tercer objetivo, que la disciplina se fija a largo plazo, es el de contribuir (con el conjunto de las disciplinas que integran la neurociencia) a determinar en su día las relaciones entre la conducta y el cerebro.

Vemos así que la cuestión de las relaciones entre la conducta y el cerebro ha dejado de ser la meta específica de la neuropsicología, para pasar a serlo de la actividad pluridisciplinar, coordinada, con el conjunto de disciplinas que integran la neurociencia.

3.1.4 - Periodo contemporáneo.

El periodo contemporáneo abarca desde 1975 hasta nuestros días. Cuando aparecieron las técnicas para obtener imágenes cerebrales, la neuropsicología cambió radicalmente, dejó de hablarse de centros y comenzó a hablarse de organización dinámica, el objetivo ahora sería la descripción del perfil cognoscitivo (fortalezas y debilidades), esto ocasionó que a partir de ese momento se tomaran en cuenta los aspectos emocionales e idiosincráticos de los sujetos para poder contribuir a una mejoría en su calidad de vida (Villa, 2008).

Hoy se ha comprendido que, tanto las funciones psíquicas como las funciones biológicas del cerebro, son mucho más complejas de lo que se había venido pensando. Debido a que en el presente cada una de las disciplinas que estudian los diferentes tipos de funciones lo hace con un grosor de grano diferente, impuesto por el nivel de desarrollo alcanzado en cada caso, resulta muy prematuro hablar de la correspondencia entre unas y otras. Por el momento, y mientras no se logre en todas ellas un nivel equiparable, cada disciplina trata de profundizar en su propio campo, permaneciendo atenta a los logros de las demás. La aportación específica de la neuropsicología a dicha actividad pluridisciplinar

consiste en contribuir a determinar la naturaleza de la función cognitiva, con la esperanza de que sea posible en un futuro establecer las bases anatomofisiológicas de dicha función (Goldberg, 2002).

Cuando escuchamos hablar de la neuropsicología, uno de los primeros conceptos que encontramos es el de hipótesis cerebral, la cual nos indica la idea de que es el cerebro el que controla y dirige toda la actividad comportamental. Sin embargo, esto no se daba por hecho así tan tajantemente en la antigüedad (Rains, 2004).

Aunque desde la época de Grecia clásica ya se percata el interés del hombre por la organización de la razón de su actividad psicológica. Es hasta apenas hace poco más de un siglo que se lograron presentar ante la comunidad científica las primeras demostraciones experimentales de que el cerebro es el responsable de dicha actividad (Ardila, 2006).

Los egipcios no consideraban que el cerebro fuera lo más importante que se debía conservar en el más allá, y lo dejaron claro en sus practicas de momificación post mortem, en las que corazón, hígado y bazo, entre otros órganos eran conservados para su posterior almacenado y el cerebro era desechado o drenado a través de la nariz (Rains, 2004).

El desarrollo de la anatomía en el siglo XVIII contribuyó a otorgar al cerebro el rol principal dentro del mundo mental. Nuevamente el cerebro era concebido como el mejor lugar para contener al conocimiento de las sensaciones, la memoria, los procesos del pensamiento, los sentimientos y los impulsos. Los órganos de los sentidos fueron concebidos entonces como fuente de conocimiento, y a la experiencia se le entrego el papel decisivo en los procesos de aprendizaje (Pardo, 2005).

Este retraso en la investigación del sistema nervioso y la mente humana fue producto de los prejuicios existentes en la biología, la filosofía, las civilizaciones precristianas y los planteamientos dualistas considerados como verdades hasta fechas muy recientes. A pesar de esto la segunda mitad del siglo XX ha propiciado que distintas disciplinas se preocupen al mismo tiempo por la actividad del sistema nervioso (Portellano, 2005).

La Neurología y las ciencias biológicas por un lado y las ciencias comportamentales y la psicología por otro, se han preocupado por el esclarecimiento de la organización particular del sistema nervioso. (Ardila, 2006).

Se le llama Neuropsicología al estudio de la organización cerebral de los procesos cognoscitivos-comportamentales y de sus alteraciones en caso de disfunción o daño cerebral (Ardila, 2006).

A las ciencias comportamentales les interesan principalmente las bases biológicas y neurofisiológicas que conllevan a la aparición de fenómenos que estudia la psicología, como son: Atención, Memoria, Percepción, Lenguaje y Procesos Cognoscitivos Complejos (Portellano, 2005).

El objetivo de la neuropsicología es estudiar la organización (normal y anormal) de la actividad psicológica a partir del sistema nervioso, recurriendo a procesos clínicos y experimentales.

La neuropsicología es una neurociencia que estudia las relaciones entre el cerebro y la conducta, tanto en sujetos sanos como en los sujetos que padecen algún tipo de daño cerebral, se centra de modo específico en el conocimiento de las bases neurales de los procesos mentales complejos, por esta razón los principales sujetos de exploración son casi exclusivamente humanos y se estudian conductas específicas como: Pensamiento, lenguaje, funciones ejecutivas, motricidad y percepción (Portellano, 2005).

La neuropsicología es el estudio de las funciones corticales superiores y, por tanto de la relación entre dichas funciones y el comportamiento que se elabora a partir de ellas, o sea, un aspecto parcial de la conducta humana. Versa sobre conductas tales como las habilidades motoras, la organización perceptiva, el lenguaje oral, la lecto-escritura, el cálculo y la orientación espacial. Su propósito básico consiste en aclarar la naturaleza de las relaciones entre la función cerebral y la conducta humana (Benton, 1971).

La cuestión radica en que el estudio de las funciones corticales superiores adquiere en nuestros días una trascendencia no vista antes, gracias a las tecnologías computacionales y de imagenología.

La neuropsicología clínica ha evolucionado durante las últimas dos décadas. Basándose en el estudio clínico, la experimentación animal y la observación del desarrollo, para llevar a cabo su propósito esencial de aclarar la naturaleza de las relaciones entre la

función cerebral y la conducta humana. Los síndromes característicos asociados con lesiones cerebrales focales, los aspectos evolutivos y patológicos del esquema corporal, el concepto de dominancia cerebral hemisférica, los problemas de definición planteados por los trastornos afásicos, apráxicos y la base neurológica de los retrasos en el desarrollo del lenguaje son solo unos cuantos de los variados temas de este amplio campo (Benton, 1971).

Existen en la actualidad dos enfoques predominante dentro de la ciencia neuropsicológica, el Enfoque de la Neuropsicología Cognitiva y el Enfoque de las Redes Corticales. El primero se basa en estudios de caso único y propone estructuras modulares, utiliza también el método de las disociaciones. El segundo enfoque, el de las Redes Corticales, supone que los procesos cognitivos, tiene bases neuronales distribuidas en todo el cerebro y que funcionan en paralelo más que secuencialmente (Villa, 2009).

Los paradigmas de Neuropsicología Clínica, sin duda harán más incursiones en nuestra comprensión de los trastornos funcionales y psiquiátricos (Gurd, 2010). Portellano (2005) Hace mención de seis aspectos de la contribución que hace la Neuropsicología al desarrollo de las neurociencias, los cuales enumeraremos a continuación:

“1- Contribuye por ser una neurociencia con su propio estudio naturalista del cerebro mediante el proceso hipotético-deductivo, o a través del método analítico-inductivo. Establece hipótesis que refuta mediante la realización de experimentos, para poner a prueba la relación entre variables control.

2- Estudia las funciones mentales superiores, específicamente los proceso cognitivos superiores: Pensamiento, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, percepción y motricidad. Así como la consecuencia del mal funcionamiento sobre las emociones.

3- Trata preferentemente manifestaciones del córtex asociativo por sus implicaciones principalmente responsables de los proceso cognitivos superiores.

4- Estudia las consecuencias del daño cerebral sobre los proceso cognitivos. Es aquí que establece una diferenciación entre Neuropsicología clínica y Neuropsicología básica. La básica se preocupa más por la interpretación y estudio de la relación cerebro cognición en sujetos sanos, mientras que la neuropsicología clínica estudiará las consecuencias del daño cerebral sobre la conducta: trastornos del pensamiento, afasias, amnesias, agnosias, apraxias y alteraciones neuroconductuales.

5- *Utiliza modelos humanos por lo que no puede extender generalizaciones excesivas cuando los experimentos previos de una hipótesis se han comprobado únicamente en modelos animales.*

6- *La Neuropsicología surgió como una especialidad autónoma gracias a las contribuciones procedentes de disciplinas muy diferentes, como por ejemplo la psicología experimental, biología, neuroquímica, fisiología, neurofisiología, farmacología, psicología cognitiva, entre otras. Por su carácter interdisciplinar, el neuropsicólogo ejerce su actividad dentro de ámbitos igualmente interdisciplinarios, en los que atiende el daño cerebral junto con profesionales como suelen ser: Neurocirujanos, Neurólogos, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales, Terapeutas del Lenguaje, Psicólogos Clínicos y Trabajadores Sociales, etc.”*

La división de Neuropsicología de la Asociación Americana de Psicología, define al Neuropsicólogo clínico como un psicólogo profesional que aplica criterios para la evaluación e intervención, basándose en el estudio científico del comportamiento humano y relacionándolo con el funcionamiento normal y anormal del sistema nervioso central (Portellano, 2005).

El neuropsicólogo interviene para llevar a cabo el diagnóstico diferencial, la evaluación cognoscitiva, y el manejo del paciente. Y desde un punto de vista asistencial atiende a dos grupos poblacionales: Pacientes con daño cerebral de diferente etiología y pacientes con defectos cognoscitivos ligados al desarrollo (Benedet, 1986)

También trata con síndromes hallados en caso de daño cerebral: Afasias, Agrafias, Apraxias, Alexias, Acalculias, Amnesias Agnosias y la Función Ejecutiva. Y con Trastornos Neuropsicológicos ligados al Desarrollo: Neuropsicología Infantil, del Envejecimiento y Demencias, así como el diagnóstico diferencial y la rehabilitación de los procesos superiores (Ardila, 2007).

Para simplificar, un poco la evolución de la neuropsicología se distinguieron cuatro periodos (previamente también se ha incluido algunas definiciones y objetivos de la neuropsicología):

1) Periodo preclásico (hasta 1861), 2) Periodo clásico (1861-1945), aproximadamente hasta la segunda guerra mundial 3) periodo moderno o posterior a la segunda guerra mundial (1945-1975), y 4) periodo contemporáneo (de 1975 a la fecha; aproximadamente, desde la introducción de las técnicas imagenológicas contemporáneas.

La historia de la neuropsicología es muy amplia a pesar de que solo van poco menos de cien años de su reconocimiento formal como disciplina especializada dentro de las neurociencias. Sin embargo consideramos que era necesario explicarla de la forma en que lo hicimos para poder provocar interés en el lector y conocer la tendencia de sus investigaciones y los modelos que se han empleado en sus avances e investigaciones. Además decidimos incluir su definición y objetivos en este último apartado, ya que en el capítulo siguiente contextualizaremos la neuropsicología en México y posteriormente hablaremos de su definición, pero exclusivamente el ámbito clínico, por lo que decidimos definirla desde este punto y aclarar algunos de sus objetivos más generales.

3.1.5 - Neuropsicología en México.

Contextualizar el conocimiento siempre es de suma importancia, ya que hace interesarnos más en él y abre el espectro de posibilidades para nuevas investigaciones que cobren relevancia en nuestras instituciones, por ello este capítulo está dedicado a hacer una breve reseña histórica de los avances de los investigadores mexicanos dentro de la Neuropsicología.

México tiene una tradición desde nuestro punto de vista poco mencionada en el ámbito de las neurociencias, sus orígenes son como en la mayoría de los países; clínicos y/o experimentales, y los resultados de sus trabajos son los que han ido determinando el curso que habrán de tomar sus futuras investigaciones.

Los recursos de que dispone están también dados por la integración de conocimiento hallado en otras investigaciones, como las que se realizan en Neurología, Neurofisiología, Neuroquímica y Neuroanatomía, por lo que es de esperarse que dependa del estado de desarrollo de estas disciplinas, así como de las necesidades específicas de su población (Benton, 2000, citado en Ostrosky, 2009).

México tiene una población aproximada de más de cien millones de habitantes, pero la mayor concentración de ellos se ubica en tres entidades principalmente: El Distrito Federal, Guadalajara y Nuevo León. Por tal motivo es en estas ciudades donde se ha realizado la mayor parte de la investigación neuropsicológica, congresos y simposios que a ella corresponden. La Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, con alrededor de 280,000 estudiantes fundada en 1551 y la Universidad de Guadalajara con 170,000

estudiantes, fundada en 1792, son las instituciones que tuvieron el privilegio de contar con los primeros reconocimientos en la investigación neuropsicológica y determinar el futuro del campo de estudio en esta área. La segunda mitad del siglo XX fue testigo de los primeros brotes básicos de investigación en neurociencias en nuestro país, inicialmente la relevancia de la investigación mundial, la creación de institutos especializados, el desarrollo de la investigación lingüística y la atención a la población infantil con necesidades especiales fueron los cuatro elementos que trazaron la ruta a seguir para la investigación dentro de nuestro país (Ostrosky, 2009).

Inicialmente Raúl Hernández Peón en 1950, con ayuda de un grupo de investigadores conformado por Augusto Fernández, Víctor Alcaraz y Carlos Guzmán, entre otros, desarrollaron investigaciones reconocidas internacionalmente en el campo de la neurofisiología y fueron los primeros en crear un vínculo entre el (INNN) Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (fundado en 1964) y la UNAM; estableciendo una línea de investigación sobre los mecanismos de aprendizaje. Posteriormente el (IMP) Instituto Mexicano de Psiquiatría y el (INCH) Instituto Nacional de Comunicación Humana también se interesaron por la Neuropsicología y fue ahí en donde el Dr. Héctor Chávez Briseño y la Dra. Guadalupe Leyva iniciaron sus investigaciones con la atención a adultos afásicos y niños con problemas de aprendizaje (Ostrosky, 2009).

El INNN bajo la dirección de Manuel Velasco Suarez organizó varios simposios auspiciados por el “Collaborative Center for Training and Research in Neuroscience” de la Organización mundial de la Salud (OMS). Con este hecho fue posible la realización del primer simposio internacional en nuestro país, cuyo tema principal fue Lóbulo Temporal (Villa 2009, citado en Ostrosky, 2009).

Lo anteriormente mencionado, aunado al primer congreso de la Sociedad Internacional de Neuropsicología en 1973, atrajo la atención de varios Neuropsicólogos de renombre como: Henry Hécaen, Arthur Benton, Mac Donald Critchley, Harold Goodglass, Marcel Kilsbourne, Manfred Meier, Carlos Mendilaharsu, Brenda Milner, Paul Satz y Hans-Lukas Teuber. Ello despertó el interés por la Neuropsicología en México y así se estableció una relación con la unidad 111 del INSERM ubicada en Paris Francia, y dirigida por Hécaen la cual aceptó a dos colaboradoras mexicanas para una estancia breve en la que el objetivo era que aprendieran las prácticas neuropsicológicas en adultos (Ostrosky, 2009).

El campo de la investigación en lingüística, fue estudiado por Raúl Ávila, investigador del Colegio de México, quien elaboró una batería para examinar trastornos del lenguaje o afasia en adultos. La traducción de textos y la atención a niños con necesidades especiales durante los años 60's y 70's fueron cruciales para la consolidación de la Neuropsicología en nuestro país. Bajo la dinámica de las colaboraciones internacionales fue que la Facultad de Psicología de la UNAM invitó como profesor al Dr. Alfredo Ardila en un periodo que abarcó de junio de 1978 a noviembre de 1980. El Dr. Ardila obtuvo su doctorado en 1976 en la Universidad de Moscú y fue uno de los alumnos de Alexander Luria, esto dio pie en gran medida al desarrollo de la Neuropsicología en México. En 1980 Feggy Ostrosky regresa de realizar su maestría y doctorado en Illinois, en la Universidad de Northwestern, Ardila y Ostrosky comenzaron colaboración y con la ayuda de un equipo conformado por: Sergio Meneses, María Elena Navarro, Enriqueta Canseco y Luis Quintanar; comenzaron a desarrollar instrumentos de diagnóstico Neuropsicológico para adultos, que incluían aspectos socioculturales y educativos (Ostrosky, 2009).

En 1982 la Dra. Ostrosky consigue un espacio dentro de la Asociación Mexicana de Neurología para realizar en su sexta reunión anual un congreso de Neuropsicología, y es en esta reunión "pivote" donde se conocen la Dra. Ostrosky, la Dra. Esmeralda Matute y Julieta Heres.

Julieta Heres quien cursó sus estudios de posgrado en España con el Dr. Luis Barraquer Bordas y el Dr. Jordi Peña Casanova, y la Doctora Esmeralda Matute quien obtuvo su doctorado en la École des Hautes Études en Sciences Sociales de Paris (dirigida por Hécaen) son dos figuras femeninas destacadas de la Neuropsicología en México.

Julieta Heres fallecida en 2003, inició el programa de posgrado en Neuropsicología en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, este plan de estudios fue el primero en Latinoamérica (Villa, 2008).

La Dra. Julieta Heres Pulido, destaca también, por haber establecido un nexo con el INNN para crear la "Unidad Universitaria de Investigación en Neuropsicología" (UUIN), de la cual posteriormente el Dr. Miguel Ángel Villa, estaría encargado (Ostrosky, 2009).

La Dra. Esmeralda Matute en ese mismo año fue invitada a dirigir el programa de educación especial en Guadalajara, encontrándose con que la Neuropsicología era casi

desconocida por especialistas de la Psiquiatría, Psicología y Neurología. Sin embargo, su trabajo tuvo cabida dentro del Hospital Civil “Fray Antonio Alcalde” y el Centro Medico de Occidente del Seguro Social, bajo la línea de la Afasia Infantil y Neuropsicología del Analfabetismo (Ostrosky, 2009).

De 1982 a 1985 La Sociedad Mexicana de Neuropsicología ya consolidada y en colaboración con Ardila, publicaron el boletín de la Sociedad Latinoamericana de Neuropsicología. Los años ochenta marcaron la pauta de investigaciones en esta disciplina. A parte de las dos líneas de investigación anteriormente mencionadas, en el Instituto Mexicano de Psiquiatría surgió interés por investigar los efectos Neuropsicológicos del abuso de inhalantes y alcohol y los daños subsecuentes a la neurocisticercosis (Matute, 1988 citado en Ostrosky, 2009).

Si bien aquí solo se mencionan estas tres líneas de investigación, no fueron las únicas, sin embargo se les menciona porque abrieron el paso a investigar cuestiones relacionadas con la estandarización de baterías neuropsicológicas aplicables a la población mexicana (lo cual se hizo posible gracias a los estudios de la Dra. Matute sobre la Neuropsicología de Analfabetismo) y por que influyeron fuertemente la tendencia de la investigación durante esa década.

Durante los años noventa, el laboratorio de Neuropsicología y Psicofisiología de la División de Estudios de Posgrado en la Facultad de Psicología de la UNAM dirigido por Feggy Ostrosky y el laboratorio de Neuropsicología y Neurolingüística, en el Instituto de Neurociencias del Centro Universitario de Ciencias Biológicas y Agropecuarias de la Universidad de Guadalajara, bajo la dirección de Esmeralda Matute; conjuntamente con los programas de institutos nacionales como: Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Instituto Nacional de Nutrición e Instituto de la Comunicación, dieron formación a investigadores de alto nivel académico, pues estaban dirigidos a la formación de recursos humanos especializados en el área clínica y la investigación aplicada. Aunado a ello, la puesta en marcha de programas de posgrado desarrollados para la formación de Neuropsicólogos en el área clínica, puestos en marcha en la FES Zaragoza, la Facultad de Psicología, La Universidad Autónoma de Nuevo León, La Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, La Universidad Autónoma de Morelos y la Universidad de Guadalajara, promovieron el desarrollo de forma sustancial de la Neuropsicología en nuestro país (Ostrosky, 2009).

En enero de 1992 se editó el primer número del volumen 1 de la Sociedad Mexicana de Neuropsicología, la editora fue la Esmeralda Matute, y la presidenta hasta 1993 fue Feggy Ostrosky, el boletín se editaba dos veces por año desde 1993 hasta 1997 bajo la presidencia ya de Esmeralda Matute. El boletín se encargaba de publicar resúmenes de las investigaciones en curso, realizadas por los diversos grupos mexicanos. En 1997 Esmeralda Matute se entrevista con Luis Quintanar de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, quien realizó su doctorado en la Universidad de Moscú, y entrega a este último el cargo de presidente de la asociación. Luis Quintanar en Diciembre de 1998 funda la Asociación Mexicana de Neuropsicología A.C., impulsado por un grupo de profesores de varias universidades del país. Elena Navarro de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y Luis Quintanar promovieron la inclusión de materias de Neuropsicología en la currícula de las licenciaturas en Psicología (Villa, 2006 citado en Ostrosky, 2009).

Pero actualmente se reconoce que el Neuropsicólogo requiere de una formación especializada a nivel de Posgrado, por lo que hay varios programas de Maestría en Neuropsicología principalmente dirigidos al área clínica con una duración de dos años.

La primera Maestría en Neuropsicología en abrirse, fue en 1989 en la FES Zaragoza y estuvo bajo la dirección de Julieta Heres, y en estrecha colaboración con el Dr. Miguel Ángel Villa. Desde su fundación, la sede de las practicas profesionales ha sido el Servicio de Neurología del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE (Villa,2008).

Posteriormente en 1994 comienza el programa en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, bajo el nombre de Maestría en Diagnóstico y Rehabilitación Neuropsicológica. La Maestría en Neuropsicología en la Universidad Autónoma del Estado Morelos inicia en el año 2000, bajo la dirección de Elsa Roca de Licardie, también en ese año la Universidad de Guadalajara, inicia un programa de Psicología bajo el impulso de la Dra. Teresita Villaseñor Cabrera que incorpora la opción de Neuropsicología como línea de formación con orientación clínica. La universidad de Nuevo León, también ofrece una especialización en Neuropsicología Infantil, a través de un programa de cien horas, el Instituto Mexicano de Psiquiatría a cargo de Gabriela Galindo y Yolanda Chemor, inicia en 1993 en Neuropsicología. Desde 1995 existe también dentro de la Universidad de Guadalajara, en su instituto de Neurociencias, un programa dirigido a la formación de investigadores en Neuropsicología y Neurolingüística a nivel Maestría y a nivel Doctorado.

En la Facultad de Psicología, se crea en el año 2000 la Maestría en Neuropsicología, con énfasis en el diagnóstico neuropsicológico. (Ostrosky, 2009).

La Universidad Anáhuac, la Universidad Intercontinental, así como otras universidades privadas, ofrecen también cursos de Neuropsicología.

La formación de mexicanos realizando estudios de Posgrado en Neuropsicología en el extranjero y el creciente número de profesores extranjeros, invitados a colaborar en universidades mexicanas durante tiempos definidos, ha facilitado investigaciones conjuntas, con España, Cuba, Rusia, EUA, Colombia y Canadá, entre otros tantos países.

Así, a partir del año 2000 Miguel Ángel Ontiveros ha venido impulsando la implementación y desarrollo de programas de Rehabilitación Neuropsicológica en Guadalajara y ha organizado reuniones nacionales e internacionales para promover el conocimiento en esta disciplina (Ostrosky, 2009).

En la actualidad existen varios retos para México en el área de la Neuropsicología como son: Estimular su desarrollo, mejorar la formación de los especialistas, tanto para el examen, evaluación, diagnóstico, pronóstico y rehabilitación, así como aumentar el número de especialistas en esta disciplina y mejorar los métodos y materiales, acordes a la población mexicana.

3.2 - Neuropsicología Clínica.

La Neuropsicología es una disciplina encargada del estudio de la organización cerebral de los procesos cognoscitivos-comportamentales y del análisis de sus alteraciones en caso de daño cerebral. Por lo tanto, al ser una ciencia comportamental, le interesan las bases biológicas y neurofisiológicas que llevan a la aparición de fenómenos que estudia la psicología, como son: la Atención, Percepción, Memoria, Lenguaje, y los Procesos Cognoscitivos Complejos. Ocupa entonces un lugar intermedio entre la Neurología y las Neurociencias por una parte y la Psicología y la Ciencias Comportamentales por otro (Ardila, 2007).

Su metodología suele ser clínica y/o experimental, y ambas entrañan en todos los casos problemas diversos, unos son comunes a las ciencias psicológicas (Métodos clínicos) y los otros son propios de las ciencias neurológicas (Métodos experimentales) (Benedet, 1986).

En Neuropsicología clínica, el psicólogo, evalúa mediante tests neuropsicológicos, el patrón de conductas (preservadas y deterioradas) que presenta un individuo con lesión cerebral, cuyas características son ya conocidas. Los resultados de dicha evaluación se ponen en relación con la lesión (focal o difusa). Este tipo de investigaciones tiene dos finalidades 1) profundizar en la relación existente conducta-cerebro y 2) validar los tests neuropsicológicos a fin de evaluar la presencia o no de una lesión y las características de ésta cuando no es conocida (Benedet, 1986).

En Neuropsicología experimental, el psicólogo evalúa la conducta de los individuos con cerebros intactos, utilizando para ello distintos métodos de investigación. Los cuales podrian sistematizarse en tres grupos 1) Métodos que se basan en la lógica de presentación de un estímulo, 2) Métodos que se basan en las asimetrías hemisféricas y 3) Métodos que implican el uso de técnicas especializadas (Benedet, 1986).

Ciñéndonos al campo de la Psicología Clínica hemos de diferenciarla de la consulta Neuropsicológica inserta en un servicio Neuropsicológico o Neuroquirúrgico de un centro hospitalario.

En el primer caso se trata de que el psicólogo decida sí un determinado paciente tiene o no tiene lesión cerebral, esto cuando sus desadaptaciones conductuales parecen provenir de una etiología orgánica (No se trata de buscar una patología sino de ver hasta que punto y como la organización funcional del cerebro de un paciente incide en sus conductas perturbadas y el tratamiento que decidamos aplicarle). En cambio en el servicio de neurología por lo general ya se conoce las características y existencia de las lesiones del paciente, y la colaboración del neuropsicólogo solo suele ser para una determinación precisa de que funciones están preservadas y cuales deterioradas, estableciendo con máxima exactitud cuánto y cómo lo están en cada caso, además se deberá evaluar el tratamiento aplicado (Benedet, 1986).

Nuestro interés se centra como hemos mencionado anteriormente, en la neuropsicología clínica, donde con frecuencia asisten pacientes cuyas quejas se plantean con una eventual etiología orgánica, pero cuyas relaciones conducta-cerebro van más allá que la simple constatación de “daño cerebral” en el sentido clásico del término.

La Neuropsicología clínica surge con el objeto de entrelazar los distintos estratos que conforman la realidad humana, desde un punto de vista multidisciplinario, mediante aportes de otras disciplinas, como la psicología, la neurología, neuroanatomía, neuroquímica, medicina y neurofisiología (Benton, 1971).

Además, existen dentro de esta disciplina neurocientífica dos enfoques según el énfasis del estudio, ya sea del sustrato anatómico o en el del comportamiento. Es una neurociencia con un abordaje multidisciplinar de estudio del sistema nervioso, que comprende conocimiento que va de lo neurobiológico a lo psicobiológico. (Portellano, 2005).

La observación sistemática del daño focal o global representa la fuente principal de datos para el neuropsicólogo clínico.

Su importancia es múltiple para el desarrollo de las neurociencias: (Ardila, 2006).

“1- Como área de conocimiento e investigación que parte del sistema nervioso para encontrar la base de los fenómenos cognoscitivos y comportamentales.

2- Como área clínica de trabajo, diagnóstico y estudio de la persona con sistema nervioso lesionado y alteraciones cognoscitivo-comportamentales.

3- Como área aplicada de trabajo en el diseño de procedimientos rehabilitativos y remediales en caso de patología del sistema nervioso”

El neuropsicólogo trata principalmente con síndromes hallados en caso de daño cerebral como: Afasias, Agrafias, Apraxias, Alexias, Acalculias, Amnesias, Agnosias y Trastornos de las Funciones Ejecutivas. Los Trastornos Neuropsicológicos ligados al desarrollo, la neuropsicología infantil, la neuropsicología del envejecimiento y las demencias, así como el diagnóstico diferencial y la rehabilitación de los procesos superiores. Partiendo desde luego del Modelo Clínico (Ardila, 2012).

Atiende dos grupos poblacionales: pacientes con daño cerebral de diferente etiología y pacientes con déficits cognoscitivos ligados al desarrollo e interviene para llevar a cabo el Diagnóstico Diferencial, la Evaluación Cognoscitiva y el Manejo del Paciente. (Ardila, 2007).

Desde nuestro punto de vista, también se debe llevar a cabo: el Examen Neuropsicológico, la Evaluación Neuropsicológica, el Diagnóstico y el Reporte Neuropsicológico, para llevar a cabo un comparativo entre los síndromes neuropsicológicos y los cuadros psiquiátricos como en este caso que se hace una revisión de las técnicas neuropsicológicas empleadas para una aproximación al estudio de la esquizofrenia.

En los siguientes apartados desarrollaremos cada uno de los puntos anteriormente mencionados de manera muy general y en el capítulo IV explicaremos como se aplican estos aspectos de manera específica a la esquizofrenia.

3.2.1 - Examen.

¿Existe una diferencia entre el Examen Neuropsicológico y la Evaluación Neuropsicológica?

Consideramos que la respuesta es afirmativa. Por ello hemos decidido hacer una breve distinción entre el “Examen Neuropsicológico” (primeros acercamientos Neuropsicólogo - Paciente) y la Evaluación Neuropsicológica (Aplicación de pruebas concretas), aunque en los textos que hemos revisado se les maneja indistintamente el uno del otro. Pero consideramos que teniendo en cuenta sus sutiles diferencias podemos llevar a cabo un análisis más completo de las tareas que se realizan en la Neuropsicología Clínica.

El objetivo principal del examen neuropsicológico es elaborar un Historia Clínica, obtener un conocimiento sistemático y ordenado de la semiología del síndrome neuropsicológico, es decir, de las diversas manifestaciones patológicas (signos y síntomas). Estas se obtienen a partir del Método Clínico. Además del objetivo principal, tiene como objetivos específicos: reunir, sintetizar y analizar los datos obtenidos del individuo y su medio, establecer una relación Psicólogo-Paciente y obtener un documento informativo, histórico y confidencial del examinado; abstrayendo aspectos de su actual situación y entorno (Prado, 1995).

La historia clínica neuropsicológica debe incluir según Prado (1995):

- *Ficha de identificación: nombre, sexo, estado civil, edad, escolaridad, religión, domicilio, fecha del estudio, responsable del paciente y persona que elabora el estudio.*
- *Antecedentes heredofamiliares: debe incluir afecciones relacionadas con sus consanguíneos; hermanos, abuelos, padres, los relacionados con antecedentes psiquiátricos, toxicomanías e incluso trastornos mentales. Es importante describir también las condiciones de nacimiento del sujeto.*
- *Antecedentes personales no patológicos: aquí se incluyen hábitos de salud, como la higiene, la alimentación, hábitos como el tabaquismo, las toxicomanías, incluyendo la cantidad y los intentos fallidos de abandono de dichos hábitos.*
- *Antecedentes personales patológicos: se investiga el padecimiento actual y su probable relación con otra problemática. su desarrollo al momento del nacimiento, en la etapa escolar, en la primera infancia, en la adolescencia, su conducta delictiva (si es que la hubo), su vida sexual; inicio de la pubertad, fantasías, preferencias sexuales, alteraciones percibidas, adaptación ante el mismo, nivel de satisfacción y problemas relacionados.*
- *Actividades laborales: edad en que comenzó a laborar, relación con sus semejantes, subordinados y superiores.*
- *Padecimientos actual: motivo de entrevista, cronología, evolución y momento actual. debe explicarse con gran detalle.*
- *Repercusiones: consecuencias de su sintomatología en ámbitos como el social, laboral, familiar y económico.*
- *Historia farmacológica: medicación psicofarmacológica con la que ha sido tratado previamente e historia de los diagnósticos previos a hasta ese momento.*
- *Conducta y aspecto general: se describe la apariencia general del sujeto, la manera en que pasa el día, su aliño, que le preocupa, que lo tensa, como responde a las demandas externas e internas, su orientación en tiempo y espacio, como gesticula, así como otras experiencias motoras percibidas por el entrevistador.*

- *Estado cognoscitivo y sensoperceptual: Atención, Memoria, Inteligencia, Lenguaje, Solución de Problemas, Alteraciones Cualitativas y Cuantitativas, es muy importante aquí tomar en cuenta la edad, educación y cultura del sujeto.*
- *Atención y concentración: el sujeto en teoría debe ser capaz de hacer asociaciones y de concentrarse sobre el momento en que vive, para corroborar si esto realmente sucede, puede ser conveniente preguntarle el día, el mes o el año, o alguna operación aritmética sencilla.*
- *Memoria inteligencia: la información proporcionada por el sujeto debe ser confirmada por alguno de sus familiares, para descartar algún tipo de amnesia, en caso de que lo dicho por el paciente no pueda ser confirmado, se procedería con algún suceso histórico conocido de su cultura para descartar algún tipo de amnesia. para valorar la inteligencia, suelen utilizarse preguntas sobre el conocimiento general de su cultura, su nivel de educación y sus ocupaciones.*
- *Comprensión y orientación: se verifican cuatro aspectos de gran importancia; tiempo, relación al lugar, orientación auto psíquica y vivencia subjetiva.*
- *Discurso del pensamiento: se considera la formalidad del lenguaje y el curso de su pensamiento (sin considerar sus contenidos) bloqueos, reiteraciones, perseverancias, neologismos, fuga de ideas, incoherencias, es aconsejable una transcripción literal que sirva de muestra la posteridad.*
- *Vivencias: momento cognitivo-afectivo del sujeto, sentimientos de invalidez, condición física, alteraciones del sueño.*
- *Creencias y experiencias anormales: como iniciaron, si presenta o no alucinaciones, sus ideas y delirios, si hay o no despersonalización, entre otras experiencias anormales, describiéndose lo positivo y negativo de cada una.*
- *Afectividad: su postura y apariencia dan una idea de su afectividad, se debe poner especial interés en como se siente y en su estado de ánimo. el estado fundamental de ánimo se conoce como eutimia, si es anómalo atimia, si es intenso distimia y si es aparentemente distinto, neotimia.*

- *Juicio: se indaga en su actitud hacia su padecimiento actual. ¿a que lo atribuye? ¿qué tanto esta dispuesto a seguir el tratamiento? Lo considera enfermedad mental, nerviosa, física o personal? Sí su actitud constructiva o destructiva.*
- *Relaciones interpersonales: se indaga en la capacidad del sujeto para mantener relaciones personales, si es demostrativo, expresivo, cálido o indiferente celoso, insensible, actitudes hacia su mismo sexo y el opuesto. Y también se valora su dificultad de aceptación.*
- *Actitudes hacia sí mismo: ¿es el sujeto histriónico, egocéntrico, cohibido preocupado? ¿está satisfecho consigo mismo? ¿es limpio y minucioso o negligente y descuidado? éxito a futuro e ideas de su muerte.*
- *Actitudes morales y religiosas: ¿cuáles son las creencias religiosas que profesa?*
- *Humor y ánimo: depresión, estrés, optimismo, preocupación, apatía, enojo tristeza, placer.*
- *Intereses y actividades libres: preferencias de música, tiempo libre, juegos, etc.*
- *Fantasías: cuales son sus sueños más repetitivos y cuales los más importantes e impactantes.*
- *Reacción a situaciones críticas: frustraciones, perdidas, desilusiones, ¿cuáles son sus insatisfacciones?*
- *Rasgos de carácter: se observa su influencia genética y ambiental, esquizoide, epileptoide, psicopática, agresiva o pasiva.*
- *Aspectos psicodinámicos: en la explicación psicodinámica, el psicólogo busca explicar más allá de la fenomenología la circunstancia actual del sujeto, desentrañando sus experiencias durante la infancia y el desarrollo, la explicación psicodinámica, no es necesariamente la explicación etiológica del padecimiento, pero ofrece un valor provisional relativo a las fuerzas sociales, familiares y biológicas que han contribuido a la ruptura del sujeto.*
- *Valoración autobiográfica: se solicita la elaboración de una autobiografía con orden cronológico desde su primer recuerdo hasta el momento actual, localizando vivencias importantes del individuo.*

- *Fenómenos de transferencia y contratransferencia: es importante que al finalizar el examen, nos preguntemos cuales fueron los sentimientos que experimentamos al llevarlo a cabo, que nos provoco ansiedad, miedo, que tan difícil o fácil nos ha resultado, que nos provoco frustración o impaciencia y cuales serian nuestras conclusiones o proposiciones para el tratamiento integral del sujeto estudiado.*

La información más valiosa para el neuropsicólogo es siempre el estatus clínico del paciente (Ardila, 2012).

Por esta razón, el Examen Neuropsicológico se propone determinar el nivel cognoscitivo de un sujeto, usual pero no necesariamente, asociado con una anormalidad cerebral. Aunque existen diferentes tipos de diagnóstico, el examen neuropsicológico intenta establecer un provisional diagnóstico sindromático.

Es decir, definir a que síndrome o síndromes en particular corresponden las anormalidades reportados por el paciente y los signos hallados en el examen. Los síndromes neuropsicológicos son como ya se menciona anteriormente; síndromes cognoscitivos/comportamentales asociados con patologías cerebrales, como son: afasias, amnesias, apraxias, demencias, o en este caso esquizofrenia. (Ardila, 2012).

En la mayoría de las ocasiones una buena entrevista suele ser un gran avance en la dirección hacia el tratamiento y mejora del paciente.

El Examen Neuropsicológico del estado mental es una evaluación cuidadosa y exploración dinámica de anormalidades conductuales, cognitivas, y emocionales que resultan de una disfunción neurológica, y está arraigado a un modelo de neuroanatomía del comportamiento (Mesulam, 2000).

No hay exámenes puros de las habilidades cognitivas individuales, la formación de modelos de los pacientes, en cuanto a sus fortalezas y debilidades cognitivas, es una tarea compleja que implica la asimilación de información de diversas fuentes, incluyendo la historia detallada del paciente, su problema actual, su estado premórbido, los resultados de las pruebas estandarizadas, la observación de su nivel de funcionalidad y su estado de ánimo y motivación general (Gurd, 2010).

3.2.2 - Evaluación.

La Evaluación Neuropsicológica se encarga de establecer un balance de las funciones intactas y las funciones perturbadas o dicho de otra manera, si la causa de esas perturbaciones está o no relacionada con la biología (global-general o localizada-específica) (Benedet, 1986).

Al evaluar a la persona con esquizofrenia, el neuropsicólogo debe incluir pruebas que evalúen una amplia gama de dominios cognitivos, los cuales deben ser adecuados al nivel de funcionamiento, y poseer apropiada fiabilidad y validez que coincidan con las normas demográficas del lugar donde reside el paciente (Marcopolus, 2012).

¿Es el deterioro mental fisiológico o únicamente psicométrico?

(Weschler 1958, citado en Benedet 1986) considera que el deterioro patológico ocurre cuando al comparar el funcionamiento actual de un paciente con su funcionamiento previo, este, presenta una pérdida significativa para realizar los test de inteligencia.

Existen dentro de la evaluación neuropsicológica dos formas clásicas y muy validas pero controversiales para llevar a cabo la evaluación del estado fisiológico y psicométrico, por un lado existen los partidarios de la utilización de rígidas baterías de evaluación, como lo son: la (BNLN) Batería Neuropsicológica Luria Nebraska, Halstead Reitan, y el Test de Barcelona, y por otro lado, los protocolos de exploración que combinan pruebas de distintos orígenes (Verche, 2008).

El uso e implementación de la evaluación neuropsicológica para el manejo clínico y estudio científico de la esquizofrenia se ha incrementado bastante durante los últimos veinte años, este considerable aumento puede observarse en el incremento, de artículos, revistas y presentaciones en conferencias acerca de este tema. En 1919 un estudiante de Cattell, llamado Shepard Marfil Franz administro la primer batería de pruebas neuropsicológicas en un hospital psiquiátrico (Barr, 2008, citado en Marcopolus, 2012).

El empleo de baterías neuropsicológicas esta prácticamente en desuso, y en su lugar los profesionales optan por utilizar otras pruebas de capacidad probada para informar sobre

el sustrato neural y el proceso que se estudia (Barroso y Nieto, 2008, citados en Verche, 2008).

Es por este motivo que existen gran cantidad de tests y de formas de llevar a cabo la evaluación, y la emisión de un juicio a partir de lo estudiado y observado. Cada vez es más grande el número de protocolos que son validados, sin embargo aún queda mucho por hacer para que existan protocolos más confiables y aprobados por la comunidad científica.

Las baterías de test neuropsicológicos son desde el punto de vista de Benedet, procedimientos de evaluación neuropsicológica con enfoque psicométrico. En este apartado haremos una breve descripción de las baterías utilizadas en la evaluación neuropsicológica general clásica.

La Teoría Neuropsicológica de Alexander Romanovich Luria es una evaluación cuidados de las fuerzas y debilidades. Está dividida en tres principales bloques: Alerta, Recepción-Integración y Planeación-Ejecución, un conjunto de áreas que constituyen el sistema funcional (Luria, 1976 citado en Benedet, 1986).

Verche (2008) La BNLN está conformada por nueve test, divididos en cinco áreas: memoria, visoespacial, atención, lenguaje oral e inteligencia:

-Área de memoria: Incluye tareas de aprendizaje, evocación en tareas no verbales y verbales y memorización lógica.

-Área visoespacial: se exploran las funciones visuales superiores, lo cual permite diferenciare entre déficit del lenguaje o déficit visoespacial, pues el sujeto debe responder de manera oral a las tareas. Se emplean subtest de orientación espacial y percepción visual.

-Área atencional: se evalúa la atención y la concentración con respuestas verbales y no verbales, inhibición de respuestas, asociación de respuestas, y sonidos difíciles de discriminar entre sí.

-Área de lenguaje: se evalúa con dos subtests, el de habla expresiva y el de habla receptiva.

-Área intelectual: se analiza la comprensión de mensajes a través de textos y dibujos, la formación de ideas abstractas y la solución de problemas.

La neuropsicología se encarga según Luria, de estudiar el sistema funcional dañado o no. El estudio comparativo es lo que permite saber qué área es la perturbada, lo que permitirá saber que áreas pueden suplirse en cada sistema funcional (lo dañado puede no ser el sistema en sí, sino las conexiones que lo unen a uno o más sistemas) (Benedet, 1986).

Las escalas de medición en neuropsicología como la BNLN (Batería Neuropsicológica Luria Nebraska) son sensibles a las lesiones focalizadas y lateralizadas (Luria, 1979).

Sin embargo en estudios posteriores realizados por (Freeland, 1984 citado en Servat, 2005) se concluyó que a través del rendimiento en esta prueba no es posible distinguir a los pacientes que sufren de Esquizofrenia de los pacientes que sufren de Daño Cerebral Orgánico.

Las comparaciones de las que se encarga el Neuropsicólogo, suelen ser entre sujetos con lesión cerebral y sujetos normales, así como entre esquizofrénicos y lesionados cerebrales, y lesionados cerebrales y controles hospitalizados. Tal modelo, resulta de utilidad para la detección, lateralización y localización del daño cerebral discreto. Que es posible detectar en áreas débiles con escalas particulares (Benedet, 1986).

La Batería Halstead-Reitan (BNHR) está compuesta por siete test principales y tres tests auxiliares. Esta prueba asume la evaluación neuropsicológica como meramente psicométrica. Desde su creación en 1947 se ha ido complementando con diversos test, y lleva cada vez mayor número de revisiones (Verche, 2008).

Test principales:

-Test de categorías: Permite al individuo determinar las reglas por las que se rigen determinadas series. No hay tiempo límite, la puntuación global es el número de errores que el sujeto comete a lo largo de siete subtests, contiene doscientos ocho elementos en total. La puntuación criterio es 50. Si la respuesta es correcta, suena un timbre, pero si es incorrecta suena una chicharra, el test exige la formación de conceptos complejos, prestar

atención a diferencias sutiles y establecer relaciones, formulación sucesiva de hipótesis y feedback proporcionado por el timbre o la chicharra, por lo que podemos evaluar su capacidad de aprender sacando provecho del refuerzo. Lo que evalúa el test es principalmente la formación de conceptos, la cual resulta afectada en toda lesión cerebral con independencia de su localización. Sí la puntuación es muy baja, podría indicarnos que se trata de una lesión reciente o muy progresiva. Desde el punto de vista diagnóstico, el test de categorías es probablemente el mejor de la batería, pues exige al sujeto la formación de conceptos complejos, ya que requiere de atención y de diferenciar semejanzas sutiles (Reitan, 1974 citado en Benedet, 1986).

No hemos de olvidar que los esquizofrénicos también puntúan bajo en este tipo de pruebas, sin embargo puede deberse no simplemente a una lesión cerebral, sino a un nivel intelectual bajo o a un brote psicótico.

-Test de ejecución táctil: Es una derivación del tablero de Seguin. Al sujeto se le vendan los ojos antes de que haya visto el tablero, se le pide que lo ejecute, una vez con la mano preferida, después con la mano no preferida y por último con ambas manos. Luego, se retira el tablero, se quita la venda y se le pide al sujeto que dibuje el tablero con sus piezas. Posteriormente se mide el tiempo en cada una de las tres ejecuciones, el número de piezas reproducidas constituye la puntuación de "memoria" y el emplazamiento y mayor o menor adecuación de las piezas un puntaje para "localización" la tarea requiere discriminación táctil de formas, kinestesia, coordinación manual, visual y no visual (representación mental del tablero), todo ello a partir de la representación táctil y kinestésica. En sujetos normales se suele observar aprendizaje a lo largo de las tres tareas, lo cual no ocurre con los lesionados cerebrales, ya que en estos últimos se suele ver afectada la puntuación independientemente de la localización de la lesión (Benedet, 1986).

-Test de ritmo de Seashore: es una derivación del test de talentos musicales de Seashore. Consta de treinta elementos (pares de estructuras musicales iguales o diferentes) el sujeto los escucha a través de una grabación magnetofónica y ha de escribir (I) si son iguales o (D) si son diferentes en una hoja de papel. El test exige estado de alerta, atención sostenida y discriminación auditiva, además interviene la memoria inmediata, lo cual suele ser un buen indicador cuando se trata de una lesión orgánica (Reitan, 1974 citado en Benedet, 1986).

-Test de percepción de sonidos del habla: Consta de sesenta elementos distribuidos en seis partes de diez elementos cada una. En cada elemento el sujeto escucha una palabra sin sentido, y ha de reconocerla de entre otras cuatro que se le presentan por escrito. La puntuación es el número de errores cometidos en cada uno de los sesenta elementos. Desde luego que para interpretar esta prueba en términos neuropsicológicos, hemos de constatar que el órgano de la audición está intacto a nivel periférico. En este subtest, también se puede analizar la capacidad de atención sostenida, la discriminación auditiva y la habilidad para relacionar estímulos audioverbales percibidos a través del oído con palabras escritas y percibidas a través de la vista, estas actividades se relacionan con el lóbulo temporal izquierdo por lo que podrían ser indicadores de alguna lesión en esta área (Benedet, 1986).

-Test de golpeteo: en esta prueba se compara la habilidad motora de ambas manos. es una prueba de rapidez. El sujeto comienza con su mano preferida, debe apoyar el dedo índice, sobre una palanca enlazada a un contador. Los elementos permanecen durante diez segundos, hay cinco elementos para cada mano. En cada intento se cuenta el número de golpes obteniendo un puntaje medio para cada mano. Se lo considera un indicador de disfunción cerebral en general, ya que permite analizar la eficiencia en un comparativo de ambos hemisferios (Benedet, 1986).

-Examen senso-perceptivo: consta de cuatro subtests: reconocimiento táctil de formas geométricas (círculo, triángulo, cuadrado y cruz), percepción de números escritos en la punta de los dedos, percepción con estimulación bilateral (táctil, visual y auditiva) y reconocimiento de dedos mediante estimulación táctil.

-Test de trazado: se trata de una hoja de papel dividida en dos partes, cada una de las cuales contiene veinticinco círculos. En la parte A, los círculos contienen números del uno al veinticinco, en desorden y el sujeto ha de conectarlos mediante una línea en orden comenzando por el uno. En la parte B los círculos contienen un número o una letra, el sujeto ha de hacer lo mismo que antes, pero esta vez alternando números y letras. La puntuación es obtenida a partir del número obtenido de errores y el tiempo transcurrido durante la realización de la prueba. Lo anterior permite al Neuropsicólogo evaluar la capacidad de percibir el significado simbólico de las letras, y números con su relación secuencial, establecer y regular un equilibrio entre rapidez y precisión y adaptarse a la dificultad de la

tarea. Suele ser un buen test indicador para casos de lesión orgánica (Reitan, 1974 citado en Benedet, 1986).

Test Auxiliares:

-MMPI: Reitan aconsejaba que debe incluirse en la evaluación neuropsicológica, aunque algunos Neuropsicólogos suelen utilizarla para diagnósticos de lesión cerebral, no existe una aceptación generalizada, sin embargo existe una fuerte relación entre déficits neuropsicológicos evaluados por el MMPI y los presentados por pacientes con lesión cerebral.

-Test de afasia: Fue pensado por Reitan para evaluar posibles trastornos en el lenguaje. Esta compuesto por cuarenta y dos elementos mediante ellos pueden apreciarse deficiencias en la expresión oral (impresivo y expresivo) tanto del cálculo como del lenguaje escrito (Reitan, 1974 citado en Benedet, 1986).

-El WAIS/WISC: esta escala fue publicada en 1954 y consta de siete subtests; 1) datos personales e información general, (ejemplo: ¿qué edad tiene usted? o ¿quién es el presidente de la nación?) suele parecer irrelevante, pero es sensible con pacientes afásicos y seniles 2) orientación inmediata (ejemplo: ¿en que día estamos?) 3) control mental (ejemplo: contar de tres en tres o recitar el alfabeto, esto suele ser útil para detectar el inicio de un proceso orgánico que no es detectable mediante otras técnicas) 4) memoria lógica, se evalúa ideas correctamente memorizadas de un texto 5) memoria de dígitos (inverso y directo) 6) reproducción visual (el sujeto debe reproducir de memoria tres imágenes presentadas cada una durante diez segundos) 7) palabras emparejadas (esta compuesta por diez pares de palabras, se le pide al sujeto aprenda a asociar esas palabras en tres ensayos) (Benedet, 1986).

Por lo general los tests de evaluación neuropsicológica se someten a una estudios de validez de criterio, y el criterio suele ser el examen neurológico, ahora bien debemos tomar en cuenta que las técnicas de evaluación neurológica no podrían dar cuenta clara de todo tipo de lesión o explicar por ejemplo toda la semiología que presenta un paciente con esquizofrenia, más bien podríamos decir que cada técnica (llámese neurológica, neuropsicológica, psicológica o psiquiátrica) evalúa aspectos diferentes del estado estructural y/o funcional del cerebro y que sus evaluaciones se complementan mutuamente.

Verche (2008) El Test de Barcelona permite que se lleve a cabo una interpretación cuantitativa y cualitativa del sujeto. El perfil obtenido nos permite tener datos, sobre su concentración, atención, orientación, lenguaje, praxias, gnosias, memoria, calculo, solución de problemas y abstracción. Incluye un total de 41 subtest, dando lugar así a 147 puntuaciones distintas:

Lenguaje espontaneo	Fluencia y contenido	Prosodia	Orientación	Dígitos directos e inversos	Lenguaje automático y control verbal
Praxis orofonatorias	Repetición verbal	Repetición de errores semánticos	Denominación viso-verbal	Evocación categorial	Comprensión verbal
Lectura-verbalización	Comprensión lectora	Mecánica de la escritura	Dictado	Escritura espontanea	Gesto simbólico
Mímica de uso de objetos	Uso secuencial de objetos	Imitación de posturas	Praxias constructivas	Atención viso-gráfica	Orientación topográfica
Imágenes superpuestas	Apareamiento de caras	Colores	Analizador táctil	Reconocimiento digital	Orientación derecho-izquierda
Gnosias auditivas	Memoria verbal de textos	Aprendizaje seriado de palabras	Memoria visual	Cálculo	Problemas aritméticos
Información	Abstracción verbal	Clave números	Cubos	Denominación verbo-verbal	

Subtest del test de Barcelona revisado, tomado de Verche, (2008).

Sabemos que las perturbaciones de conducta se diferencian de las provenientes de otras etiologías más por sus aspectos cualitativos que por sus aspectos cuantitativos. Sí las técnicas psicométricas lograran un 100% de aciertos al diferenciar entre ambos tipos de etiología, se podría prescindir de la observación sin problemas, pero este no es el caso.

La flexibilidad es indispensable para realizar de manera eficaz la Evaluación Neuropsicológica, ya que el apego rígido a las baterías de pruebas debe ser evitado, pues estas no dejan espacio a la improvisación. Una buena Evaluación, debe comunicar un resumen de los déficits primarios, sus efectos secundarios sobre el rendimiento de una prueba, su importancia para la integridad estructural del sistema nervioso, su impacto en la vida diaria, y sus implicaciones para el diagnóstico y manejo del paciente (Mesulam, 2000).

En resumen, uno de los objetivos primordiales de la evaluación neuropsicológica es conocer la relación entre la conducta que se pretende modificar y el estado del cerebro. La

evaluación neuropsicológica debe proporcionar evidencia empírica de los déficits y sus repercusiones en la vida familiar, laboral y social del sujeto (Verche, 2008).

Algunos problemas que se experimentan después de una lesión cerebral o enfermedad mental, son muy evidentes después de una breve conversación con el paciente, otros pueden ser revelados por medio de la aplicación de pruebas, sin embargo existen otros más sutiles pero no menos incapacitantes y requieren de una evaluaciones más detalladas (Gurd, 2010).

La Evaluación Neuropsicológica puede ser sugerida por médicos de atención primaria, o psiquiatras, quienes pueden solicitarla sobre todo en los primeros episodios de la enfermedad, para aclarar el cuadro clínico (Marcopolus, 2012).

3.2.3 - Diagnóstico.

El objetivo de un examen clínico es proponer un diagnóstico. El diagnóstico puede ser definido, según (Ardila 2012) como:

“El acto de encontrar los síndromes responsables de los síntomas y signos de un paciente” Síndrome corresponde a un grupo de síntomas (anormalidades reportadas por el paciente) y signos (manifestación anormal hallada al examen; es decir, la semiología), que aparecen en forma concurrente”.

Existen diferentes tipos de diagnóstico, aunque el diagnóstico neuropsicológico es un diagnóstico sindromático, es decir, intenta establecer a qué síndrome o síndromes corresponden las anormalidades halladas en un paciente con una disfunción o daño cerebral.

Tipos de diagnóstico según, (Ardila, 2012).:

- 1- *Sintomático: Hace referencia a las anormalidades referidas por el paciente, (por ejemplo, “delirio de persecución”) este tipo de diagnóstico es entonces descriptivo.*
- 2- *Etiológico: Se toma en cuenta la causa de la anormalidad. Ejemplo, cuando se refiere una “afasia traumática” “afasia” corresponde al diagnóstico sindromático, y “traumática” al*

diagnóstico etiológico; es decir que se trata de una afasia ocasionada por un trauma. El diagnóstico etiológico toma en cuenta la historia de la enfermedad, su inicio y hasta el momento actual, algunas veces resulta muy sencillo determinar la etiología de una patología, en otras es resulta demasiado complicado, pero en general las etiologías de daño cerebral son unas pocas: (accidentes cerebrovasculares, infecciones, neoplasias, traumatismos craneoencefálicos, enfermedades degenerativas, metabólicas, nutricionales, trastornos consecuentes a drogas y enfermedades asociadas al desarrollo).

- 3- *Topográfico: Señala la localización del proceso patológico, por ejemplo si se habla de una "afasia temporal" "temporal" se refiere a la ubicación del proceso afectado, es decir anormalidad en lóbulo temporal. Los métodos para lograr obtener un diagnóstico topográfico, no son clínicos, sino más bien métodos que permitan observar el cerebro como son la (TAC) Tomografía Axial Computarizada, o la (RM) Resonancia Magnética.*
- 4- *Sindromático: el diagnóstico sindromático, hace referencia a un conjunto de signos y síntomas que concurren en un paciente, durante el examen clínico (en este caso neuropsicológico), se busca hallar síndromes neuropsicológicos, en neurología se busca hallar síndromes neurológicos, en psiquiatría, síndromes psiquiátricos. Algunos ejemplos de síndromes neuropsicológicos son: Afasias, Agrafias, Agnosias, Apraxias, Síndrome Disejecutivo y Demencia.*

La neuropsicología se encarga principalmente de establecer si existe un deterioro, una deficiencia o si es cuestión de un daño orgánico lo que provoca el malestar en el paciente (Benedet, 1986).

Los síndromes neuropsicológicos son defectos cognoscitivos que pueden hallarse en caso de daño cerebral, como los mencionados anteriormente, pero en cada uno de ellos existen subtipos, así como ocurre que existen en neurología subtipos de epilepsia o en psiquiatría, que existen subtipos de psicosis. En la actualidad no existe un manual de síndromes neuropsicológicos, aunque muchos de ellos se incluyen en los manuales como el DSMIV y el CIE10.

Las decisiones diagnósticas, según (Benedet, 1986) idealmente deberían tener en cuenta aspectos importantes, como son:

- 1- *“Criterio psicométrico de la Anormalidad: Se basa únicamente en un criterio probabilístico, observado en sujetos similares a los pacientes y según los datos “normativos”, cuando un puntaje en una prueba neuropsicológica es anormal y se encuentra por debajo de dos o más desviaciones estándar por debajo del grupo normativo, se suele utilizar el término “límitrofe” los cuales, sin ser normales, tampoco pueden considerarse anormales, sino únicamente disminuidos.*
- 2- *Criterio funcional de la anormalidad: Nos hace referencia a como funciona el paciente en su vida real. La deficiencia debe manifestarse en su vida diaria.*
- 3- *Que el criterio Psicométrico, y el criterio funcional sean congruentes: Se espera que la deficiencia cognoscitiva presente, interfiera con la vida diaria del paciente y con su funcionamiento laboral y social, dependiendo de la gravedad del defecto.*
- 4- *Que un solo puntaje anormal, no es suficiente para hacer un diagnóstico: Un solo criterio no es suficiente para poder emitir un juicio respecto al paciente, pues como es sabido, un individuo puede obtener puntajes bajos en una determinada prueba, no únicamente por un déficit, sino que puede deberse a otros aspectos ecológicos.*
- 5- *Que los puntajes obtenidos en diferentes sub-pruebas sean congruentes: Se debe aplicar más de una prueba que mida lo mismo para que el diagnóstico pueda ser válido, de lo contrario podríamos cometer errores durante la emisión de un juicio”*

El proceso de examen, evaluación y diagnóstico neuropsicológicos, se propone determinar el nivel cognoscitivo de los sujetos, aunque no necesariamente asociados con una anormalidad cerebral. Cuando se trata de hacer el seguimiento de un paciente es deseable utilizar pruebas estandarizadas y con propiedades psicométricas bien establecidas. Antes de utilizarse una prueba clínica, esta debe estar debidamente estandarizada y normalizada. El examen neuropsicológico intenta establecer un diagnóstico sindromático, es decir, definir a que síndrome o síndromes corresponden los síntomas reportados por los pacientes y los signos hallados en el examen, evaluación y diagnóstico.

3.2.4 - El informe Neuropsicológico.

No existe un modelo preestablecido de cómo debe ser presentado un informe neuropsicológico, sin embargo existen algunas características que se consideran para realizarlo (Ardila, 2012):

1- Identificación.

Puede que algunos datos hallan sido recabados con anterioridad durante el examen neuropsicológico, sin embargo en este momento durante la realización del informe, es cuando se integran de manera formal. Los datos pueden ser los siguientes: Lugar de nacimiento, lateralidad, edad, ocupación, fecha de evaluación y fuente de referencia. Cuando el estudio se realizó en una ciudad donde existe una lengua bilingüe, es deseable reportar la lengua en la que se realizó el estudio. Se acostumbra reportar la escolaridad por niveles, de acuerdo al estado en que se encuentre, sin embargo para las personas con escolaridad limitada se indica únicamente los años en curso en ese nivel académico (reiterando la ocupación previa).

2 - Motivo de Consulta.

Se debe enunciar claramente por que se requirió la evaluación neuropsicológica, y dejar aclarado las preguntas por las que se refirió al paciente. Se puede iniciar con la descripción de las conductas o síntomas que son causa de anormalidades en las actividades de la vida diaria del paciente, puede suceder que en ocasiones el paciente no halla sido referido a la evaluación neuropsicológica por algún otro profesional, y que lo haya decidido por iniciativa propia, en estos casos se anota textualmente lo que dice el paciente (por ejemplo, “siento que algunas veces pienso una cosa y digo otra que no quería decir”).

Debemos incluir datos sobre quien refirió al paciente y la relación que este mantiene con él. Dicha información establecerá el tipo de reporte que se entregara y el propósito específico de la evaluación. Esto, además de establecer el tipo de información y la evaluación que se incluirá, debe incluir la preocupación del paciente y su problemática actual, lo que permite comparar la información referida y la consciencia que tiene el paciente. Todo lo anterior también debe arrojar datos acerca de si el paciente esta informado

del propósito de la referencia (por ejemplo, en el caso de que la evaluación hubiera sido solicitada por un juez, sí el paciente está informado de los límites de su confidencialidad).

3 - Registros.

Se deben enumerar todas las fuentes de antecedentes e información histórica relevantes. Para que el lector conozca de donde proviene la información obtenida (ya sea del paciente, familiares o cuidadores).

En reportes forenses se debe especificar las fuentes de la información, los registros que se revisaron previamente y las opiniones que se aporten, ya que esto será crucial para que los datos vuelvan a estar disponibles (Verche, 2008).

4 - Historia y Antecedentes.

Se incluyen datos básicos de la condición actual. en niños, datos sobre su desarrollo y la historia académica; en personas retirada, se explica su pasatiempos; en ocasiones se debe referir si otras personas de la familia presentan algún problema similar (por ejemplo, en la esquizofrenia).

5 - Observación del comportamiento.

Debemos incluir información sobre lo que observamos durante la realización de la entrevista y durante la valoración. Se debe hacer una descripción del paciente, sí presenta defectos sensoriales o motores que potencialmente puedan afectar la realización del examen, su estilo general de conducta, colaboración, y su presencia personal. Podemos resaltar aspectos de su conducta interpersonal, como pueden ser, su higiene expresión, conductas afectivas inapropiadas, apariencia personal, nivel de atención, motivación, cooperación y nivel de comprensión lingüística.

6 - Pruebas Aplicadas

Pruebas y procedimientos aplicados al paciente, así como las versiones específicas de cada una de esas pruebas, por ejemplo WISC IV o Trail Making Test (formas A y B), etc.

7 - Resultados.

En este apartado se reporta cada una de las funciones que fue evaluada, y se hace mención de la prueba que se utilizó para evaluarla. Se lleva a cabo la descripción detallada de su atención y concentración, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, praxias, calculo, estado emocional, un resumen y una impresión diagnóstica, además, se debe especificar el tipo de diagnóstico que se llevo a cabo (sintomático, topográfico, etiológico o sintomático).

Usualmente se reporta en forma narrativa, esta sección se debe organizar de tal forma que otro profesional pueda encontrar información específica acerca de un área particular, por ejemplo, poder identificarla a través de subtítulos.

8 - Resumen e Impresión Diagnóstica.

En esta sección se integran todos los hallazgos disponibles en la historia, observación e interpretación de datos, se deberá discutir el patrón de habilidades e inhabilidades, se recomienda incluir información que apoye las conclusiones.

Se resumen los resultados, se interpretan y se propone un diagnóstico, desde un punto de vista funcional tanto como psicométrico. El diagnóstico se refiere a un síndrome neuropsicológico (por ejemplo Afasia) y a su subtipo en particular (por ejemplo de Broca). Naturalmente el paciente puede evidenciar varios síndromes simultáneamente por lo que es preferible categorizarlo dentro de un sistema suficientemente conocido y estandarizado de clasificación diagnóstica, como el DSM IV.

9 - Recomendaciones.

En esta sección se deberá incluir el tratamiento, así como las recomendaciones y posibles ejercicios para implementar un programa integral de rehabilitación neuropsicológica. Se pueden sugerir exámenes adicionales y exámenes de seguimiento hacia el futuro.

10 - Firma y Nombre de las personas que participaron en el estudio.

Cuando varias personas participaron en el estudio, se deben incluir sus nombres, así como su título correspondiente (por ejemplo: Dr. Raúl Hernández, Neuropsicólogo; Licenciado Miguel Aguirre, residente de Neuropsicología).

Hasta aquí hemos desarrollado dentro del presente trabajo la historia del concepto de “locura”, los primeros estudios acerca de la Esquizofrenia, La Historia de la Neuropsicología, las pruebas y métodos que esta emplea para el Examen, Evaluación y Diagnóstico Clínico e investigamos a grandes rasgos como se elabora un reporte Neuropsicológico. En el siguiente y último capítulo de esta Tesis, documentamos algunos experimentos realizados por Neuropsicólogos dentro del campo de estudio de la Neuropsicología de la Esquizofrenia, lo cual pone de manifiesto el valor Heurístico de esta y otras investigaciones en Neuropsicología, ya que como se mencionó anteriormente, el Método Heurístico permite reflexionar a través de dos premisas previamente propuestas y en algunos casos verificadas, la posibilidad de plantear nuevos experimentos que permitan ampliar un campo de conocimiento.

Capítulo 4 Heurístico neuropsicológico de la esquizofrenia.

4.1 - Trastornos neuropsicológicos en la esquizofrenia.

La neuropsicología comparte con la psicología el interés por los individuos en sus dimensiones: cognoscitiva, social, conductual y emocional, también el método de análisis y de intervención.

En la actualidad coexisten dos enfoques generales: El de la neuropsicología Cognitiva y el de las Redes Corticales. La neuropsicología cognitiva se basa en el método de disociaciones y en el estudio de casos únicos. El enfoque de las redes corticales, ubica los procesos cognitivos en bases neuronales distribuidas por todo el cerebro y supone un funcionamiento paralelo más que secuencial. De tal suerte que la neuropsicología cognitiva se basa principalmente en la definición de constructos medibles y en la psicología experimental, y la investigación de las redes corticales se basa principalmente en técnicas que incluyen la inferencia de la actividad cerebral a partir de las nuevas tecnologías como son: La resonancia magnética funcional, la tomografía por emisión de positrones, la magnetoencefalografía y el SPECT. Originando explicaciones que describen las vías que sigue cada una de las funciones cognitivas (Villa, 2008).

Podríamos afirmar en la actualidad, que al menos un subgrupo de pacientes con Esquizofrenia sufre algún tipo de deterioro cognitivo persistente, por lo que es importante identificar su estatus cognitivo independiente de las fases activas de la enfermedad, para poder llevar a cabo un seguimiento a lo largo de su vida, y así poder identificar, los procesos cognitivos que repercuten en el nivel de funcionalidad del paciente (Bagnati, 2004).

La asociación habitual síntoma clínico-rendimiento funcional, guío la evolución clásica de los pacientes con Esquizofrenia, sin embargo esta diada, no parece tan consistente en la actualidad, y puede que haya sido sobreestimada, por lo que quizá las disfunciones cognitivas puedan llegar a ser mejores predictores del nivel de ajuste laboral, social, y familiar, más que cualquiera de los síntomas clínicos (Jaeger, 1999, citado en Bagnati, 2004).

Se considera que entre un 50% y 80% de los pacientes con esquizofrenia padece de deficiencias cognitivas, las cuales contribuyen a su desajuste laboral y social. Por ello son necesarias estrategias de rehabilitación cognitiva que incidan directamente en diferentes aspectos como son: déficits de memoria, reducción atencional, dificultad de planeación y toma de decisiones, las cuales son determinantes para el ajuste comunitario de los pacientes. El avance en la elaboración de dichos programas de rehabilitación, es una muestra de la importancia que adquiere el estudio de la neuropsicología de la esquizofrenia (Bausela, 2009).

Por ello en este capítulo que trata de cómo la neuropsicología se acerca al estudio de la esquizofrenia, hablamos, primero, desde los conceptos elaborados por la neuropsicología cognitiva para la comparación psicométrica de individuos “normales” y los que reportan alguna afectación frecuente de la semiología esquizofrénica, y en segundo lugar hablamos de los hallazgos realizados a partir de los estudios llevados a cabo con las nuevas tecnologías de imagen cerebral (sin dejar de lado que dichos estudios también dependen del desarrollo conceptual de la neuropsicología cognitiva, pero que hacen referencia a los sustratos anatómicos implicados en cada una de esas funciones) con la intención de reportar nuestros hallazgos documentales, otorgándoles un valor Heurístico, ya que tanto los aportes conceptuales, como los hallazgos descubiertos a partir de las nuevas tecnologías nos dejan entrever como mediante dos premisas previamente enunciadas se puede tener un conocimiento nuevo o plantear de distinta manera, experimentos para ser replicados o comprobados en el futuro, lo cual permitirá conocer de una mejor manera los misterios aún sin desentrañar que esconde la esquizofrenia.

Como su nombre lo sugiere, la neuropsicología cognitiva representa la convergencia de la Psicología Cognitiva y la Neuropsicología. En palabras de (Campbell, 1987 citado en Ellis, 1992):

“La neuropsicología es cognitiva en la medida que pretende clarificar los mecanismos de las funciones cognitivas como pensar, leer, escribir, hablar, reconocer o recordar, haciendo uso de la evidencia procedente de la neuropatología”

No existe aún un acuerdo respecto a si en la esquizofrenia se produce un deterioro cognitivo progresivo o si se trata de un déficit estático, o si existe un perfil determinado y característico del mismo, sin embargo. Lo que si existe, es un buen número de alteraciones

cognitivas en él. Algunas áreas característicamente deficitarias son: El nivel cognitivo general, y en particular la Atención, la Memoria y las Funciones Ejecutivas, incluso muchos años antes de que se produzca el primer brote psicótico, pueden observarse déficits respecto a la velocidad perceptivo motriz y velocidad del procesamiento de la memoria de trabajo en sujetos con trastornos de espectro esquizofrénico, esquizofrenia o trastorno de la personalidad esquizotípico, esto para pacientes en quienes predomina la sintomatología positiva, mientras para los pacientes en quienes predominan los síntomas negativos, se puede llegar a observar, alteraciones en el desarrollo del lenguaje y la psicomotricidad, retrasos en el aprendizaje y disfunciones en la socialización normal (Sorensen, 2006, citado en Selma, 2008).

En la actualidad la esquizofrenia es considerada una enfermedad del neurodesarrollo cerebral, con un fuerte componente genético y en la cual una de las principales características es la disfunción cognitiva. Por tal motivo la evaluación neuropsicológica proporciona información clave para el manejo clínico de los pacientes que la padecen y los programas de rehabilitación que deberían emplearse en cada caso (Marcopolus, 2012).

El análisis del perfil neuropsicológico, nos permite conocer aspectos invariantes y otros tantos básicos de los trastornos del desarrollo, y de su variabilidad en los sujetos que los padecen, lo cual facilita la elaboración de programas de rehabilitación congruentes con ciertos aspectos de la vida del sujeto (Bausela, 2009).

El desarrollo de la Neuropsicología en los últimos años ha sido un hecho evidente ya que sus puntos de vista y diferentes enfoques han constituido una forma alternativa, más, de estudio de la actividad psíquica y las regularidades de sus alteraciones (Galaberna, 2011).

A pesar de la importante función que aportan los datos obtenidos mediante la evaluación neuropsicológica para el tratamiento de las personas con esquizofrenia, existen relativamente pocos hospitales psiquiátricos o centros comunitarios de salud mental que cuenten con personal especializado en neuropsicología para trabajar de tiempo completo (Marcopolus, 2012).

Marcopolus (2012) menciona que las pruebas neuropsicológicas pueden aportar información valiosa acerca de problemas, como pueden ser el del diagnóstico diferencial, el tratamiento y el pronóstico. Además arrojan datos sobre: La caracterización, naturaleza y

alcance del deterioro cognitivo, capacidad para aprender y desarrollar habilidades relacionadas con la rehabilitación y la recuperación, factores cognitivos en la solución de problemas sociales, conocimiento sobre la psicosis y problemas cognitivos y finalmente cuestiones jurídicas como por ejemplo: Tutela, competencia o cordura.

Según (Dergán, 2007) la Esquizofrenia es un síndrome multivariado con factores tanto homogéneos como heterogéneos que interactúan factorialmente. Pueden incluir o excluir a un sistema dependiendo del plano psicológico o fisiológico comprometido, por ello el acercamiento que hace la neuropsicología depende tanto del desarrollo conceptual como de las demostraciones experimentales durante la realización de una tarea, para así elaborar métodos experimentales y comparativos y explicaciones que para bien o mal siguen estando basadas en procedimientos estadísticos.

4.1.1 - Trastornos volitivos.

A principios del siglo XX Kraepelin integró en una sola entidad a los diferentes tipos de trastornos psicóticos hasta ese entonces conocidos (hebefrenia, catatonia y demencia), los cuales según el psiquiatra alemán, tenían como común denominador el debilitamiento del proceso volitivo y un subsiguiente trastorno de la actividad pensante; lo que llevó a Kraepelin a definir a la Esquizofrenia como una enfermedad de los Procesos Volitivos (Dergán, 2007).

Entre los sujetos sanos, los movimientos voluntarios e involuntarios van acompañados de contenidos perceptivos bastante diferentes. Por ejemplo, la experiencia subjetiva que acompaña un movimiento provocado por una descarga eléctrica o magnética de la corteza primaria motora no es idéntico a la que acompaña el mismo movimiento pero iniciado de manera voluntaria. De la misma forma, un movimiento de la pierna no se acompaña de la misma sensación si se desencadena por un martillo de reflejos que si es autogenerado. A principios del siglo XIX el filósofo francés Maine de Brian (1805; citado en Lafargue & Franck, 2008) argumentó que la sensación de esfuerzo era el criterio fundamental del ser. Si esto es así, una pregunta interesante sería: ¿Qué ocurriría si el sentido de esfuerzo fuese perturbado y si, por lo tanto, la percepción de esfuerzo que normalmente acompaña nuestros actos voluntarios resultara deteriorada o desapareciera de repente? ¿Podríamos experimentar un sencillo sentimiento de pérdida de control de nuestras acciones, una mera

impresión de pasividad? ¿O nos formaríamos además las creencias delirantes de que somos controlados por fuerzas externas? (Lafargue & Franck 2008).

La conocida naturaleza bifásica de la esquizofrenia, en la cual interactúan los 2 diferentes tipos de síntomas, en primer lugar los positivos, cuya principal característica es la agitación seguida de alucinaciones, soliloquios, conducta bizarra, etc. Y en segundo lugar, los síntomas negativos que se distinguen por un proceso de desactivación motora, abulia y apatía; dicha naturaleza bifásica al final parece inclinarse de manera negativa hacia los enfermos cuya sintomatología hace referencia al grupo 2, ya que dichos síntomas son más crónicos y ofrecen más resistencia a los tratamientos.

Es menester, para una mejor comprensión de los trastornos volitivos en la esquizofrenia, definir a la voluntad para así integrarla de manera óptima en el plano de dicho síndrome. La voluntad puede definirse como aquella capacidad de elegir y de decidir entre caminos distintos y de actuar según la elección tomada, más aún cuando la acción está dirigida hacia un fin específico, o se inspira en determinados ideales o principios de conducta. En este sentido la voluntad contrasta con la conducta derivada del instinto, del reflejo o del hábito, los cuales no implican necesariamente una elección ni cumplen con el requisito de conciencia (Egiluz, 2005).

Por lo tanto si el acto voluntario consiste en la elección de una meta u objetivo de entre varios posibles (proceso decisonal, anticipación de consecuencias, valoración de posibilidades de ejecución), la atención a dicha meta, el diseño en la planificación, la secuenciación de actos (consecución de submetas) y la inhibición de respuestas competitivas apartadoras de la meta, con perseveración de las respuestas adecuadas, entre otras, parece indudable a la luz de los conocimientos actuales que estas funciones radican en el lóbulo frontal; sin embargo se necesita ser más concretos en este punto pues según (Arnedo, Bembibre & Treviño, 2013) las funciones relacionadas con lo que se ha denominado la volición humana han mostrado la participación de un circuito neuroanatómico que integra distintas estructuras, entre las que se encuentran los ganglios de la base, la zona presuplementaria motora (una región situada entre el lóbulo prefrontal y el área premotora, en la superficie dorsal), el lóbulo parietal y la corteza prefrontal. El circuito que implica a las cortezas parietal, presuplementaria y motora está especialmente involucrado, aunque no de forma exclusiva, en acciones motoras voluntarias guiadas por objetos (por ejemplo. agarrarlos), mientras el circuito profrontal-presuplementario-motor estaría más

relacionado con las acciones voluntarias generadas de manera interna por el propio individuo, la selección de las respuestas motoras para ejecutarlas y la inhibición de acciones alternativas. A través de la memoria prospectiva se podría, incluso, demorar la realización de una acción hasta evaluar si es la mejor opción o el mejor momento para ejecutarla.

Tomando esto en cuenta y recordando que el primer paso del acto volitivo implica la aparición de una representación proposicional o en imágenes de la meta u objetivo a alcanzar, así como una anticipación de sus consecuencias. Daremos comienzo a la descripción según Eguíluz (2005), de los trastornos de la voluntad:

Apatía. El término apatía significa falta de motivación, consiste en la pérdida de sensaciones, emociones, interés frente al contexto. La apatía a veces se identifica con otro concepto que es la abulia o pérdida de voluntad. Sin embargo, esta última abarca, también, cualquier otra alteración no motivacional que afecte a la acción voluntaria, resultando un concepto superior en orden al de apatía. La apatía conduce a la abulia y se relaciona con la indiferencia y la pasividad.

Son muchos los trastornos que conducen a la apatía: Desde la Esquizofrenia a la Depresión pasando por los trastornos orgánicos cerebrales (sobre todo los que afectan al Lóbulo Frontal: Demencias, Tumores, etc.), el Hipertiroidismo, los efectos secundarios de diversos psicofármacos, Síndromes de abstinencia a estimulantes o fumadores crónicos de marihuana, entre otros.

Anhedonia. La anhedonia representa la incapacidad para experimentar placer. Se incluye en este apartado porque puede derivar de una incapacidad más global para anticipar las consecuencias positivas o placenteras del objetivo o meta a alcanzar, y por ello, puede tener un papel desmotivador de la acción volitiva. Con frecuencia se asocia a la apatía y aparece en prácticamente los mismos trastornos que esta.

Según Dowd & Barch (2009) la anhedonia está presente a lo largo de la esquizofrenia, sin embargo argumentan que en la esquizofrenia la actividad emocional está casi intacta. Una posible explicación a esta discrepancia es que en la esquizofrenia las medidas clínicas de anhedonia no reflejan un déficit en el placer de consumación, sino un déficit en el placer anticipatorio o enfoque motivacional.

Motivación psicótica. Es aquella en la que la voluntad misma es la que se halla trastornada, produciéndose el fallo en el inicio del proceso volitivo (la motivación) dando como resultado una voluntad patológica. Se hace presente cuando todo el aparato cognitivo del enfermo se pone al servicio de una motivación delirante, conducta que podemos observar frecuentemente en la Esquizofrenia.

Impulsividad. Aunque la impulsividad forma parte de los denominados, rasgos de personalidad, puesto que todo ser humano llega a ser impulsivo en algún momento de su vida, hay ocasiones en la que los actos impulsivos rebasan lo permitido por el contexto, llegan a ser disfuncionales, desadaptativos, desproporcionados o inadecuados y no pueden ser controlados por el individuo es en ese momento cuando se consideran patológicos. Se puede definir a la impulsividad como “un bajo umbral para las respuestas activas ante estímulos externos o internos”, o bien como “una desinhibición motora que se manifiesta en forma de tendencia hacia ciertas estrategias comportamentales orientadas a la acción”. Un incremento en el nivel de impulsividad aparece en un gran número de trastornos psiquiátricos: de la personalidad, psicóticos, orgánicos o del desarrollo, un claro ejemplo es la esquizofrenia.

Ya desde la primera parte del siglo XX, Kraepelin había señalado las características abúlicas en el esquizofrénico, incluso diferenciando lo que él llamaba disgregación volitiva de la falta completa de voluntad (Kraepelin 1917 citado en Dergán, 2007).

Teniendo en cuenta esto, es evidente que pueden existir ciertas patologías que pudieran confundirse con las deficiencias volitivas en la esquizofrenia, una de ellas es el síndrome pseudo depresivo el cual se ha asociado tradicionalmente a lesiones en la corteza prefrontal dorsolateral. La falta de iniciativa, la inercia extrema y la expresión facial suelen confundirse con síntomas de una depresión o de una esquizofrenia con mayor sintomatología de tipo 2. Los rasgos completos del síndrome, igual que ocurre con el pseudopsicopático, suelen aparecer tras lesiones bilaterales, pero se presentan también signos aislados al daño unilateral de la región dorsolateral.

Tomando los aspectos expuestos con anterioridad y la experiencia de trabajo con pacientes esquizofrénicos, podemos concluir que el esquizofrénico en estudio vive en un mundo de desamparo total, en el que es un juguete de mecanismos involuntarios y hasta de automatismos motores contra o a pesar de su propia voluntad, que lo hacen pensar en forma

distorsionada y vivir profundamente angustiado, perplejo e inerte frente a sus propias vivencias en lo afectivo, ocurrencias en lo intelectual y conducta explícita en el mundo misterioso de su conciencia. Es de suma importancia advertir que el esquizofrénico estudiado, todavía no hace suya la enfermedad, todavía la siente extraña a su personalidad, o dicho de otra manera, todavía no ha llegado a un arreglo de convivencia con el padecimiento (Patiño, 1980). Es por esta razón que se sigue sometiendo a la misma, es decir su voluntad pasó a depender de la patología en sí, tal vez el reasignamiento de poderes en esta complicada relación sea un paso hacia adelante en la comprensión, diagnóstico y tratamiento de la Esquizofrenia.

4.1.2 - Trastornos de las funciones ejecutivas.

Las funciones ejecutivas hacen referencia a un nivel más molar del funcionamiento cognitivo, la función de guiar y organizar la actividad mental voluntaria. El uso de información contextual, la ejecución de programas conductuales, así como su planificación y la memoria de trabajo son algunos ejemplos de procesos que dependen de las funciones ejecutivas. Para su realización es necesario llevar a cabo una combinación de habilidades de recuperación de la memoria, conceptualización, flexibilidad cognitiva y operaciones contextuales, mismas que requieren la activación neurofisiológica de áreas corticales frontales, sustrato anatómico de las Funciones Ejecutivas (Pénades, 1999).

El concepto fue utilizado por primera vez en 1982 en un artículo de Muriel Lezak titulado "The Problem of Assessing Executive Functions", en neuropsicología se han definido como procesos que asocian ideas, movimientos y acciones orientadas hacia la resolución de problemas. Pero para Lezak representan la capacidad mental esencial para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y socialmente aceptada (Tirapu, 2009).

(Lezak, 1982 citada en Tirapu, 2009) Describe cuatro componentes esenciales en las funciones ejecutivas:

"Formulación de metas: Capacidad para generar y seleccionar estados deseables a futuro.

Planificación: Elección de elementos, acciones y secuencias necesarias para alcanzar una meta.

Desarrollo: Habilidad para mantener, detener, iniciar y cambiar entre varias acciones planificadas.

Ejecución: Capacidad para corregir y monitorear actividades”

La alteración de dichas funciones puede comprometer la modificación, inicio, control o interrupción de alguna acción o conducta, lo que derivará en una merma de la conducta espontánea y un aumento de la impulsividad y la perseveración (Goldberg, 2002).

En reiteradas ocasiones estos pacientes sin hacer un análisis de las tareas que deben resolver comienzan a dar soluciones de forma impulsiva las cuales son fragmentadas y, generalmente, desvinculadas de todo plan dirigido y orientado a un fin concreto (Cairo, 1987).

Goldberg (2002) Describe el papel que desempeñan los lóbulos frontales en el control ejecutivo, lo hace utilizando la metáfora “director de orquesta”. Según él, los lóbulos frontales son el principal sustrato anatómico de las funciones ejecutivas, y se encargarían de coordinar la información procedente del resto de las estructuras cerebrales con el propósito de dirigir las a un fin.

Los estudios que se encargan de las investigaciones de las funciones ejecutivas, están basados en pacientes con lesiones frontales y tratan de identificar las regiones cerebrales implicadas en la realización de tareas “ejecutivas” en pacientes sanos. La lesión del córtex prefrontal puede originar dificultades en la planeación, la resolución de problemas, el razonamiento abstracto, la formación de conceptos y el ordenamiento temporal de estímulos (Espert, 1998).

Distintos estudios alientan la idea de que la evaluación de las funciones ejecutivas depende exclusivamente del funcionamiento del córtex prefrontal por lo que los términos funciones ejecutivas y el término funciones del córtex prefrontal se han usado casi indistintamente (Tirapu, 2008).

El córtex prefrontal posee una red rica de conexiones neuronales y se asume que no es una región neuroanatómicamente homogénea por lo tanto en Neuropsicología clínica

como en Cognitiva la administración de tests apunta a que el constructo funciones ejecutivas engloba un amplio conjunto de habilidades cognitivas. Así algunos pacientes con lesiones cerebrales fracasan en un test pero pueden realizar sin ningún tipo de problema otros tests ejecutivos (Dérgan, 2007).

En la década de los 90 Cohen propone que el deterioro ejecutivo presente en pacientes con esquizofrenia, sería consecuencia directa de la incapacidad para presentar, mantener o actualizar la información del contexto. Esta dificultad para dejar de responder a una dimensión relevante ocasionaría un signo clínico “típico” de una lesión frontal: la perseverancia. Este trastorno en la conducta social descrito en la esquizofrenia tendría su origen en la incapacidad de mantener una representación interna del contexto y llevaría al paciente al uso de conductas no adecuadas. Debido a la rápida modificación del contexto social, poder interpretar y mantener dicha representación mientras dura esa situación y tener la capacidad de ajustarse rápidamente para guiar la conducta son aspectos indispensables para lograr la interacción social. Cohen menciona también que en la esquizofrenia se produciría una disminución de la actividad dopaminérgica lo que produciría una entrada de información al córtex prefrontal deficiente, así como, dificultades para mantener representaciones internas del contexto (Tirapu, 2008).

La similitud conductual entre pacientes con esquizofrenia crónica y pacientes con Síndrome del lóbulo frontal han servido para poder estudiar las Funciones Ejecutivas o prefrontales de la esquizofrenia. Algunas de las características que comparten ambos grupos son: pérdida del juicio social, falta de iniciativa, aplanamiento afectivo y anhedonia (Goldberg, 2002).

Sin embargo, los pacientes con lesiones del lóbulo frontal suelen carecer de síntomas positivos de esquizofrenia como son delirios, incoherencia y alucinaciones. (Fey en 1951, citado en Espert, 1998) demostró que los pacientes con esquizofrenia crónica realizaban mal la prueba de clasificación de cartas de Wisconsin.

Goldberg (2002) Evidenció que el déficit persistía en los pacientes a pesar de múltiples intentos para realizar correctamente la tarea.

Algunas investigaciones con técnicas de neuroimagen neural en pacientes esquizofrénicos en reposo han demostrado la existencia de una disminución del flujo

sanguíneo cerebral en regiones de la corteza prefrontal dorsolateral también denominada hipofrontalidad (Espert, 1998).

4.1.3 - Trastornos de la atención.

Los estudios sobre la atención han organizado formas complejas del comportamiento. Desde los experimentos de Wundt, adquirió importancia la atención y la distracción para llevar cabo experimentos sobre introspección. Pavlov presento también un concepto conocido como Reflejo de Orientación, para explicar como los organismos dirigen su actividad y se adaptan a cambios en el ambiente (Dérgan, 2007).

El concepto de Atención ha tenido un consenso más o menos tradicionalista en cuanto a su definición, pero controversial respecto a su nivel de organización taxonómico, existen por un lado quienes la consideran un proceso cognitivo, y por el otro, quienes la consideran una “actividad direccional” (Chapi, 2008).

(Tecce, 1972 citado en Dérgan, 2007), explica la Atención como un proceso psicológico caracterizado por la inclusión y selección de estímulos relevantes externos o internos, y la exclusión de estímulos no importantes para la puesta en marcha de un comportamiento.

Vigotsky en 1962 realizó un análisis más profundo de la Atención, y llego a afirmar que existen dos tipos: La Atención Voluntaria y la Involuntaria, la primera, estaría presente en el adulto humano y seria la encargada de la actividad consciente del individuo e involucraría áreas complejas del comportamiento, y la segunda, la Atención Involuntaria, estaría relacionada con la motivación fisiológica que lleva a la adaptación básica de la vida, este tipo de Atención seria la predominante en los antropoides inferiores (Dérgan, 2006).

En 1955 Hebb propuso un modelo neuropsicológico de la Atención, el modelo mejor conocido como “la U invertida”, aún se encuentra en vigor. La mayoría de los estudios realizados sobre neuropsicología de la esquizofrenia dentro del campo de la atención se basan sobre sus supuestos. La premisa propuesta es que un elevado nivel de excitación

difusa del tallo cerebral interferiría con la tarea de dirigir y seleccionar la atención hacia estímulos importantes (Dérgan, 2007).

La segunda línea de investigación corre a cargo de Hernández Peón, quien en 1969 concluyó que existen dos formas de activación en los procesos de atención, una denominada sensorial o difusa, la cual estaría en relación con la hipótesis propuestas por Hebb sobre la estimulación difusa en el tallo reticular frente a la presencia del estímulo. La segunda nombrada córtico fugal que responde de manera específica a conjuntos de estímulos y da las bases neurofisiológicas para estudiar la Atención Voluntaria (Dérgan, 2006).

Con tales razones podríamos sostener que en la esquizofrenia se producen dos distintos tipos de desórdenes de la atención. El más estudiado estaría en relación con la hipótesis de Hebb, sobre la U invertida y su origen en el sistema activador reticular ascendente. El segundo trastorno estaría relacionado con conjuntos de estímulos de tipo específico en el área prefrontal del córtex cerebral y explicaría más bien los trastorno voluntarios en la Atención del esquizofrénico (Dérgan, 2006).

Emil Kraepelin considero una característica neuropsicológica central los Déficits Atencionales en los pacientes con esquizofrenia, fue el primero en señalar la dificultad de mantener la atención y sus niveles de distracción en la esquizofrenia, posteriormente, Chapman en 1961 demostró de forma experimental la sobre-inclusión del pensamiento en el paciente con esquizofrenia (Dérgan, 2007).

El poco consenso que existe alrededor del constructo de la Atención en cuanto a su taxonomía, ha llevado a algunos autores a englobar a varios procesos cognitivos (Memoria a Corto Plazo, Atención Sostenida, Almacenamiento Sensorial y Atención Selectiva) solapados algunas veces. Por ello la naturaleza concreta del déficit atencional en los esquizofrénicos resulta aún difícil de establecer (Espert, 1998).

Durante los años sesentas del siglo pasado, David Shakow elaboró una teoría cognitiva basada en experimentos efectuados con tiempo de reacción; él llegó a afirmar que los esquizofrénicos fallaban en la capacidad para percibir y responder a situaciones objetivas debido a su baja receptividad a estímulos externos, su poca capacidad para inhibir estímulos irrelevantes y a su falta de ajuste al ambiente (Espert, 1998).

Por un lado están los pacientes a quienes les resulta muy complicado dejar de atender a estímulos irrelevantes presentes en una determinada situación (Hiperatención) y por otro, existen pacientes que son poco hábiles para seleccionar y atender estímulos (Hipoatención).

Existe un acuerdo más o menos regular en cuanto a que tanto como la Hipoatención como la Hiperatención estarían relacionadas con la actividad colinérgica cortical. Un gran número de paradigmas atencionales afirma que frecuentemente los esquizofrénicos cometen más errores en comparación con los controles en cuanto a: Recuerdo Serial Inmediato, Enmascaramiento Visual Retroactivo, Reacción Simple, Escucha Dicótica y Pruebas de Ejecución Continúa (Espert, 1998).

(Oltmans, 1982, citado en Espert, 1998) Las tareas relacionadas con el concepto de Recuerdo Serial Inmediato, consideran la repetición ordenada de una serie de dígitos o números. Los sujetos control suelen responder mejor que los pacientes diagnosticados con Esquizofrenia aún sin la presencia de distractores adicionales, indicando un deterioro de las Funciones de Atención Simple y Memoria a Corto Plazo.

(Sacuzzo, 1996 citado en Espert, 1998) En las tareas de Enmascaramiento Visual Retroactivo se presenta taquistoscópicamente un estímulo Diana, el cual va seguido por estímulos enmascarados que interfieren su identificación perceptiva. Estos estudios sugieren que los esquizofrénicos requieren un intervalo anormalmente largo entre el primer estímulo presentado y los estímulos enmascarados para identificar el estímulo correcto.

(Nuechterlein, 1984 citado en Espert, 1998) Las tareas que requieren de un tiempo de Reacción Simple también se ven mermadas por el Déficit Atencional. En estas tareas, por ejemplo, los pacientes deben apretar una tecla del ordenador lo más rápidamente posible cuando ven o escuchan un determinado estímulo, conforme los intervalos predecibles son más largos la ejecución de estos pacientes se ve aún más deteriorada.

(O'Leary, 1996 citado en Espert, 1998) En la Escucha Dicótica también se han detectado problemas en la atención sostenida de estos pacientes. Este tipo de tarea consiste en escuchar a través de auriculares estímulos verbales que llegan simultáneamente a cada uno de los oídos, por lo que tienen que atender selectivamente un mensaje e ignorar

el otro. Los pacientes suelen cometer más errores de omisión que los sujetos control, lo cual indica mayor susceptibilidad a la distracción en los pacientes con esquizofrenia.

(Buchanan, 1997 citado en Espert, 1998) Finalmente el paradigma atencional más empleado en los estudios de esquizofrenia es la Prueba de Ejecución Continúa. Este test requiere una vigilancia sostenida y consiste normalmente en la presentación continua de números o letras. El sujeto debe darse cuenta de la aparición de ciertos estímulos, mientras estos poco a poco se van degradando, hasta hacer su identificación muy difícil. Los pacientes suelen mostrar una peor ejecución en las distintas variedades de esta prueba.

Se sabe que los pacientes con esquizofrenia presentan desórdenes en la atención, según (Laurens, 2005 citado en Clark, 2012) los pacientes con esquizofrenia tienen deficiencias en la atención debido a que la corriente visual dorsal que sirve a áreas del lóbulo parietal posiblemente tenga un defecto y dicho defecto podría ser la base de las deficiencias de atención en esta población.

Se han descrito tres redes de la atención relacionadas con la corteza parietal:

Red por omisión: Esta red se activa durante los procesos de reposo y es la base de la divagación mental internamente dirigida, comprende pensamientos introspectivos y recuerda sucesos pasados que le permiten planear el futuro (Raichle, 2001 citado en Clark, 2012).

Red dorsal: Esta red se activa cuando estímulos externos importantes se presentan en forma ascendente o cuando se pide a un sujeto que dirija la atención voluntaria hacia una clave específica en forma descendente (Corbetta, 2000 citado en Clark, 2012).

Red ventral: Consiste en la unión temporoparietal derecha y la corteza frontal ventral derecha. Actúa para proporcionar señales de interrupción coincidente con el cambio en la atención hacia un objetivo nuevo, es la base de la reorientación a estímulos novedosos importantes seleccionados por el sistema dorsal (Corbetta, 2008 citado en Clark, 2012).

Se ha descubierto que el área V1 y el área BA9 en el lóbulo frontal tienen un grosor menor en los cerebros de pacientes con Esquizofrenia, la disminución en V1 no era estadísticamente significativa pero si estaba acompañada por un aumento del 10% en la

densidad neural. Se ha llegado a pensar que esta disminución en la corteza visual tiene relación con un deficiente rastreo ocular (Selemon, 1995, citado en Clark, 2012).

Se descubrió también que los pacientes que muestran una reducción en la materia gris en el lóbulo occipital manifiestan defectos visuales en términos de sensibilidad y discriminación al contraste (O' Donnell, 2006, citado en Clark, 2012).

Lamentablemente y pese a la gran cantidad de experimentos e información obtenida en ellos aún no se podría afirmar que los déficits atencionales pertenezcan únicamente a pacientes con esquizofrenia puesto que algunas personas, familiares de los pacientes e incluso personas normales presentan Déficit de tipo Atencional. Las estructuras neurales implicadas en el control atencional están distribuidas ampliamente, desde la corteza prefrontal, la corteza parietal inferior, la corteza singular anterior, el cuerpo estriado, el tálamo y la formación reticular, aún con el avance de la neuroimagen funcional, todavía se desconoce la contribución precisa de cada una de estas estructuras. Por ello, a pesar de que existe una amplia explicación de trastornos atencionales en la esquizofrenia, en ocasiones resulta poco útil proporcionar pistas neurofisiopatológicas de este trastorno (Espert, 1998).

Algunos autores como Goldberg y Dergan e incluso el mismo Kraepelin han sugerido que las anomalías atencionales pueden preceder al inicio de los síntomas de la esquizofrenia. Existe mucha evidencia de ello, sin embargo, hacen falta un mayor número de estudios propositivos e innovadores.

En cuanto a los estudios de las redes corticales y con las nuevas tecnologías, O'Leary (1996), realizó estudios con tomografías por emisión de positrones (PET) en los cuales detectó una menor activación del giro temporal superior derecho de los pacientes esquizofrénicos (Clark, 2012).

4.1.4 - Trastornos de la memoria.

Por muchos años los científicos han intentado establecer los parámetros neuropsicológicos de los procesos cognoscitivos dentro de un perfil neuropsicológico de la esquizofrenia, siendo la memoria quien parece tener un lugar resaltante en los estudios experimentales.

Este aspecto cognoscitivo, ya había sido de interés para el psiquiatra alemán Emil Kraepelin, quien basado en las investigaciones de Ebbinghaus aplicó métodos de estudio de la Memoria a pacientes con alteraciones psíquicas (Chapi, 2008).

Una parte significativa de las publicaciones que tratan acerca de los problemas de Memoria de los esquizofrénicos, se ha orientado hacia las anomalías estructurales o funcionales detectadas en el Lóbulo Temporal Medial (Espert, 1998).

Estudios orientados en la investigación del lóbulo temporal medial, consideran a la Memoria de Trabajo (working memory), por su vinculación con la corteza prefrontal, como el núcleo central de los Trastornos Cognitivos en la esquizofrenia (Chapi, 2008). Desde la publicación del primer artículo que demuestra un déficit en la memoria de trabajo durante la esquizofrenia (Park & Holzman 1992; citados en Lee & Park 2005) la investigación de la memoria de trabajo se convirtió en el centro de los déficits neurocognitivos en la esquizofrenia.

Según Ventura (2004) La working memory, es una forma de Memoria a Corto Plazo, considerada activa, tiene capacidad de procesamiento simultáneo de más de una sola modalidad de información, incluye la información de memorias autobiográficas, opera como un sistema de capacidad limitada en tiempo y cantidad de información procesada, mantiene la información en espera para ser utilizada por los sistemas de memoria a largo plazo, guía el comportamiento basándose en ideas o pensamientos, dando continuidad a experiencias pasadas o remotas y a las acciones presentes, (su opuesto a es la memoria a corto plazo, Pasiva). La working memory es esencial para la realización de actividades de la vida diaria (AVD) como: Jugar ajedrez, hacer cálculos matemáticos, tocar un piano, planificar o fantasear.

Dado que el abordaje neuropsicológico de la esquizofrenia considera a la working memory un núcleo de interés, consideramos aquí algunos experimentos que la han estudiado.

En este sentido, (Gold, 1992, citado en Espert, 1998) ha demostrado que una muestra significativa de pacientes esquizofrénicos, rindió significativamente peor en pruebas de memoria visual y verbal, al aplicárseles las pruebas *Weschler Memory Scale-Revised* en comparación con el (*WAIS*) de inteligencia para adultos. Un aproximado del 30% de los

participantes en el estudio obtuvo un índice general 15 puntos por debajo del CI general obtenido en el *WAIS*, con especial afectación de la memoria lógica y la reproducción visual demorada. Aplicando otras pruebas como *Rivermead*, (de supuesta mayor validez ecológica) se obtuvieron resultados similares.

Existe una notable evidencia de que la Esquizofrenia se caracteriza por un notable deterioro, tanto de la memoria verbal, visual y de trabajo, (Javitt, 1995, citado en Chapi, 2008). Sin embargo, no todos los pacientes con Esquizofrenia tienen problemas marcados de Memoria, algunos autores se han referido a este tipo de pacientes como “Síndrome Amnésico” o “Deterioro Selectivo”. Otros como (Schroder, 1996, citado en Espert, 1998) sugieren que los pacientes con peor rendimiento en Memoria de Trabajo podrían agruparse para estudios futuros en un subgrupo denominado “Síndrome Desorganizado” caracterizado por (alto nivel de trastornos del pensamiento, nerviosísimo, tensión y desorganización conceptual) y otro subgrupo denominado “Ideación Delirante”, caracterizado por (delirios y alucinaciones), los cuales serian indicador de una afectación en el reconocimiento y por tanto en la Memoria Semántica.

La memoria semántica, podría ser definida operacionalmente como la habilidad para recordar asociaciones condicionadas complejas, contiguas o contingentes, de sistemas verbales o no verbales, cuando dichos sistemas se utilizan para la ejecución de una tarea conductual en donde se requiere de rapidez y cierta sofisticación de la respuesta verbal (Dergán, 2007).

Las investigaciones iniciales en neuropsicología de la memoria sugerían que los Déficits Mnésicos en la esquizofrenia se debían al uso poco eficiente de las tareas de codificación. Trabajos posteriores con muestras más grandes y significativas concluyeron que dichos problemas abarcan no solo la codificación, sino también la recuperación y el reconocimiento (Espert, 1998).

Pero prácticamente todos los estudios estarán de acuerdo en que dichos problemas de memoria se relacionan con una disfunción de los sistemas neuronales situados en la Corteza Temporal-Medial (Chapi, 2008).

Este tipo de trabajos han relacionado a la memoria con la mayoría de las tareas cognitivas que implican un almacenamiento y procesamiento de la información.

Desde esta perspectiva de la Neuropsicología Cognitiva, la tipología de Crow, divide el curso de la esquizofrenia en dos grandes grupos de tipificación factorial llamados Tipo I (síntomas positivos, fase aguda) y Tipo II (síntomas negativos, fase crónica), en la fase I, la Memoria no sufre mayor daño clínico, sin embargo en la fase II, existen daños nemónicos evidentes. Dicha actividad conlleva a situar la deficiencia neurofisiológica de tipo témporo-hipocampico como la base neuroanatomica de los trastornos de la Memoria a Corto Plazo; mientras que los procesos discursivos estarían más bien asociados al área prefrontal cortical, suponiendo allí un déficit dopamínico (Crow, 1980, citado en Dergán, 2007).

Por su parte, algunos estudios de Neuroimagen Funcional sugieren que en pacientes con alucinaciones, los problemas de Memoria Verbal correlacionan con un incremento en el flujo sanguíneo de una región ubicada en el ganglio basal izquierdo con un patrón anormal y magnetoencefalográfico en el hemisferio izquierdo (Gur, 1994, citado en Espert, 1998).

Es así entonces, que se ha propuesto la hipótesis de que en la esquizofrenia, lo más relevante es la desorganización del procesamiento inmediato de la información, es decir la Memoria Semántica. Por esta razón, en la actualidad, se piensa que los pacientes con predominio de sintomatología tipo II muestran mayor impedimento en la organización semántica, mientras que en los pacientes que muestran predominio de sintomatología tipo I muestran mayor impedimento en la memoria más activa (práxica o de trabajo) (Dergán, 2007).

Pese a que existen estos estudios que sugieren la posible merma patológica en la Memoria Semántica del esquizofrénico, aún no se sabe si lo que está afectado es realmente este tipo de memoria o sí más bien se debe a un trastorno global cognoscitivo. El mecanismo de la memoria semántica no parece estar aislado del sistema de funcionamiento global cognoscitivo, operacionalmente, sí podría ser diferenciada factorialmente de otras áreas cognoscitivas, como es el proceso de generalización y síntesis (Dergán, 2007).

Sin embargo, la definición de la memoria de trabajo y la definición de la memoria semántica no han sido suficientes para detallar los mecanismos cognoscitivos más complejos que subyacen las bases neuropsicológicas de este desorden.

1.5.- Trastornos del lenguaje.

El lenguaje es un sistema de comunicación simbólico que se manifiesta a través de las lenguas, que son sistemas estructurados de signos que expresan ideas en los que la palabra es la representación. La expresión del lenguaje se realiza a través de la palabra y la escritura mediante los órganos efectores musculares de las extremidades superiores y del sistema bucofonatorio (Dérgan, 2007).

El lenguaje tiene 3 niveles de mayor a menor complejidad:

- a) Monemas. Son las unidades de la primera articulación o unidades más pequeñas dotadas de significado. Pueden tener un contenido semántico (lexemas) o bien una función gramatical (morfemas).
- b) Fonemas. Son las unidades de la segunda articulación y se definen como las unidades menores de sonido. Constituyen una lista cerrada que en el caso del idioma español está formada por 24 fonemas. De su combinación surgen los monemas.
- c) Rasgos pertinentes. Son los movimientos elementales del aparato bucofonatorio, que permiten la emisión de fonemas, de acuerdo con las convenciones fonéticas de cada lengua.

Aun más, el lenguaje no solo juega un rol en la comunicación, sino que al convertirse en elemento interno de la conciencia, está estrechamente relacionado al surgimiento del pensamiento categorial generando y verificando hipótesis y ocupando un lugar privilegiado en la regulación del comportamiento complejo (Portellano, 2005).

En el procesamiento del lenguaje intervienen numerosas áreas del sistema nervioso central, desde el tronco cerebral hasta la corteza, que actúan de modo integrado mediante diversos subsistemas funcionales que involucran más intensamente al hemisferio cerebral izquierdo, se pueden distinguir dos tipos de estructuras reguladoras del lenguaje: los componentes corticales y extracorticales.

Componentes corticales

El origen del lenguaje como actividad simbólica se localiza en la corteza cerebral, y especialmente en el córtex asociativo. Podemos distinguir dos áreas reguladoras del lenguaje situadas en el polo anterior y en el polo posterior del cerebro: el área expresiva y el área receptiva.

Área expresiva. Se sitúa en el polo anterior del cerebro, sobre el territorio ocupado por el lóbulo frontal y está encargada de la motivación lingüística y la articulación verbal de las palabras y de la escritura. Aquí se origina la iniciativa para el desarrollo de cualquier actividad lingüística de tipo expresivo y comprende las siguientes zonas:

- a) Área prefrontal: Especializada en los procesos motivacionales del lenguaje, generando las estrategias necesarias para iniciar la comunicación verbal o escrita.
- b) Área de Broca: Localizada en las áreas 44 y 45 del mapa de Brodmann, es el área responsable de la preparación de los programas motores necesarios para la adecuada expresión del lenguaje oral y escrito, coordinando la actividad de los músculos que intervienen en el habla y en la escritura.
- c) Corteza motora primaria: Responsable de iniciar los movimientos bucofonatorios para pronunciar las palabras y los que guían la escritura.

Área receptiva. Está situada en la zona posterior del córtex e incluye los lóbulos parietales, temporales y occipitales. Es la responsable de la regulación del lenguaje comprensivo.

- a) Lóbulo temporal. El lóbulo temporal izquierdo está especializado en los procesos de análisis y síntesis de los sonidos del habla y en él se encuentran las áreas de Heschl y de Wernicke. La función de la primera consiste en la recepción de las palabras que posteriormente serán codificadas en las áreas multimodales del lóbulo temporal. Y la segunda se encarga principalmente de dotar de significado el lenguaje oral y escrito realizando un análisis fonológico y semántico que permite transformar la información auditiva en unidades de significación o palabras.

- b) Lóbulo occipital. Permite la identificación visual de las imágenes lingüísticas. El área 17, corteza visual primaria procesa las sensaciones visuales que intervienen en los procesos de identificación de la lectura y la escritura. El córtex visual asociativo (áreas 18 y 19) realiza el análisis perceptivo de las palabras escritas o leídas.

- c) Lóbulo parietal. Es una zona de integración de los estímulos visuales y auditivos y dispone de dos áreas de gran importancia para el lenguaje: la Circunvalación Supramarginal (área 40) y la Circunvalación Angular (área 39). Ambas están situadas en la zona posterior del lóbulo parietal izquierdo y desempeñan conjuntamente una importante función de integración multimodal de la información sensorial, permitiendo la comprensión del lenguaje lectoescritor. La Circunvolución Angular es el centro de la lectura, responsable de coordinar las informaciones sensoriales para albergar modelos visuales de letras y palabras convirtiendo los estímulos visuales en formas auditivas adecuadas.

Componentes extracorticales

Junto a los componentes corticales es necesaria la puesta en juego de diferentes estructuras situadas en la sustancia blanca y gris del interior cerebral, el cerebelo y el tronco cerebral, permitiendo el proceso de elaboración del lenguaje oral y escrito de un modo fluido y preciso.

- a) Fascículo arqueado. Es un haz de fibras de sustancia blanca que interconecta las áreas de Broca y de Wernicke facilitando la sincronización del lenguaje comprensivo y expresivo.

- b) Tálamo. Interviene en la red asociativa que conecta entre sí las áreas del lenguaje comprensivo y expresivo a través de varios núcleos talámicos, que tienen una excepcional importancia en la regulación del lenguaje. Los núcleos geniculados son responsables del procesamiento inicial de los sonidos lingüísticos. Algunas lesiones talámicas pueden provocar manifestaciones afásicas.

- c) Ganglios basales. Estructuras como el núcleo lenticular y el putamen y el núcleo caudado intervienen en la regulación de la fluidez del lenguaje oral y en la coordinación de las secuencias motoras del lenguaje oral y escrito. Sus lesiones pueden producir diversas alteraciones lingüísticas como pérdida de fluidez o hipofonía.

- d) Cerebelo. Es responsable junto con los ganglios basales de coordinar la fluidez de los movimientos de articulación del lenguaje oral y de la escritura. Las lesiones cerebelosas producen disartrias, caracterizadas por el habla escandida.

- e) Tronco encefálico. Es una vía de paso que contiene las fibras motoras facilitadoras de la correcta transmisión de las eferencias motoras del lenguaje y también es responsable de dotar de suficiente nivel de alerta al organismo para permitir la activación lingüística gracias a los centros de la formación reticular que alberga.

Muchos de los síntomas principales de la esquizofrenia son expresados en términos de lenguaje o son anomalías directas de dicha función. Hasta la fecha, gran parte de la investigación sobre las anomalías del lenguaje en la esquizofrenia se han centrado en funciones normalmente mediadas por el hemisferio cerebral izquierdo. Por ejemplo, se sabe que los pacientes con esquizofrenia tienen dificultades para procesar apropiadamente aspectos semánticos del lenguaje, tienen un discurso “desorganizado” y demuestran reducida exactitud de comprensión de acuerdo a la sintaxis (Mitchell & Crow, 2005).

Dergán (2006) menciona que el primer trabajo experimental realizado con sujetos esquizofrénicos fue conducido por Chapman en 1966, quien concluye que los esquizofrénicos presentan disturbios en la producción lingüística. Posteriormente Chaika (1974; Citado en Covington (2005) analizó a un único paciente durante un tiempo argumentando que hablaba normalmente durante semanas y que las anomalías en el lenguaje coincidían con los episodios psicóticos. En un estudio validado experimentalmente, Pauch, Prescott y B-Wolfe en 1980 hallaron que los pacientes esquizofrénicos tienen dificultades en hallar las palabras correctas para formar una oración adecuada cuando se compara a sujetos normales. Estos también difirieron con sujetos afásicos en el estilo y modalidad de este trastorno. Este estudio es más bien de valor heurístico, ya que hace

pensar en las diferencias neuropsicológicas del esquizofrénico con las poblaciones tradicionalmente estudiadas por la neurología clínica.

Maher en 1966 empleó computadoras para realizar análisis de contenido de cartas y otros documentos provenientes de clínicas y hospitales, de las cuales se seleccionaron aquellas que, según un juez, eran “típicamente patológicas”; en este grupo se encontró una tendencia a emplear objetos por sujeto, menos calificativos por verbo, menos palabras diferentes y mayor variedad de vocablos negativos. Además se puso establecer que existía una relación entre cronicidad y patología del lenguaje. Los análisis de contenido también han mostrado que el lenguaje esquizofrénico es menos redundante (y por lo tanto más difícil de predecir sobre la base de muestras incompletas de discurso) que el de los normales, y que esta tendencia aumenta en relación directa con el tiempo de hospitalización (Pérez 2012).

Alteraciones del lenguaje en esquizofrenia

Fonética y fonología.

La aprosodia, con un aplanamiento en la entonación, es generalmente descrita como un síntoma negativo en la esquizofrenia. Además suele incluir más pausas y vacilaciones que lo normal, lo cual podría ser secundario a dificultades a nivel semántico o pragmático más que un déficit específico en la fonación. En cuanto a la calidad de la voz, Stein analizó la voz de los pacientes musicológicamente encontrando alteraciones en el tono, con aplanamiento en la mayoría de los pacientes esquizofrénicos, no así con pacientes maniacos o con otras psicosis reactivas. Desde su perspectiva este aplanamiento no reflejaba la ausencia de emociones, sino la incapacidad para expresar los afectos (Stein, 1993 citado en Accatino 2012).

Sintaxis. La sintaxis es un área de la gramática cuyo objetivo de estudio son las relaciones que mantienen dentro de la oración, las distintas unidades significativas, la función que cumplen en la estructura de la oración, y sus reglas de combinación. Se ha demostrado la disminución en la complejidad en pacientes con esquizofrenia, lo cual no es necesariamente secundario a una alteración en este elemento sino se explicaría por un déficit cognitivo global, con dificultades en la concentración o preferencia por expresar ideas más simples. Esta tendencia a la simplificación sería mayor en pacientes con mayor número de sintomatología negativa en los cuales tiene una evolución crónica con pobre respuesta a tratamiento (Thomas 1990, citado en Accatino 2012).

Semántica. El término semántica se refiere a los aspectos del significado, sentido o interpretación de signos lingüísticos como símbolos, palabras, expresiones o representaciones formales. Wrobel (1990, citado en Accatino 2012) ha sugerido que la esquizofrenia es un sería un trastorno esencialmente semiótico, con una alteración en la capacidad de reconocer y utilizar las relaciones entre signos (palabra-objeto, pensamiento-objeto, objeto-objeto), destacando que uno de los primeros síntomas de la enfermedad suele ser la sensación de que todo en el ambiente está tomando un significado distinto, lo cual posteriormente evolucionaría hacia ideas delirantes.

Pragmática. La pragmática es la relación entre el lenguaje y su contexto, siendo probablemente el nivel lingüístico más alterado en la esquizofrenia. Pese a su pronunciación y gramática pueden ser perfectamente normales, tienden a comentar cosas extrañas en momentos extraños. Un aspecto de la pragmática es la cohesión, que es la capacidad de enlazar una serie de enunciados a través de palabras y estructuras de frases explícitas, como pronombres, conjunciones, elipsis, repetición, etc. Las alteraciones en la cohesión son frecuentes en los pacientes con esquizofrenia, y han demostrado ser independientes de la presencia de alteraciones en el curso formal del pensamiento. Tienden a un reducido uso de léxico de cohesión, utilizan frecuentemente referencias no verbales, como apuntar al objeto; tienden a no utilizar referencias indirectas o suposiciones, como si desconfiaran que el oyente pudiera entenderlos (Rochester y Matin 1979; citados en Accatino 2012). El lenguaje en esquizofrenia a momentos parece incoherente, con una ausencia general de estructura y alteraciones en la planificación del discurso.

Léxico. La dificultad para encontrar palabras se puede observar en múltiples trastornos mentales, desde lesiones cerebrales hasta la simple fatiga pueden provocar dificultades en este aspecto. En esquizofrenia es frecuente la aproximación de palabras, utilizando palabras que solo se aproximan al significado buscado. Un ejemplo de esto sería nombrar como “reflector” a un espejo, o “zapatos para manos” a un guante (Mackenna 1994, Andreasen 1979; citados en Accatino 2012). Otra alteración frecuente en pacientes con esquizofrenia en esta línea es la presencia de neologismos, generando nuevas palabras para describir tanto aspectos comunes o de su propia vivencia de la realidad.

¿Afasia en esquizofrenia?

Es importante poder diferenciar el déficit del lenguaje que se puede observar en la esquizofrenia, de las afasias que pueden ocurrir secundarias al daño cerebral como las secundarias a accidentes cerebrovasculares o a lesiones cerebrales traumáticas. Ya que como mencionan (Moreno, 1997) la afasia no es trastorno del proceso básico del pensamiento, por ejemplo: El trastorno del pensamiento que ocurre en la esquizofrenia no es una afasia. Estos pacientes preservan mecanismos de lenguaje intactos y los utilizan para reproducir todo el proceso distorsionado del pensamiento que es la base de la enfermedad. La afasia se puede producir por cualquier enfermedad que afecte a las áreas de los hemisferios cerebrales relacionadas con el lenguaje. La mayoría de los casos están producidas por accidentes cerebrovasculares, traumatismos craneoencefálicos, tumores cerebrales o demencias degenerativas, tales como la enfermedad del Alzheimer.

Se reconoce también otro tipo de Afasia que podría ser confundida con trastornos de lenguaje en la esquizofrenia, y es la Afasia Progresiva Primaria, la (PPA) es un síndrome clínico diagnosticado cuando se cumplan tres criterios fundamentales. En primer lugar, debe haber un deterioro del lenguaje (es decir, Afasia) que interfiere con el uso o la comprensión de las palabras. En segundo lugar, el neurólogo debe determinar que la enfermedad es neurodegenerativa, y por lo tanto progresiva. En tercer lugar, la afasia debe presentarse con relativo aislamiento, sin déficits equivalentes de comportamiento (lo cual no ocurre en la esquizofrenia) o de la memoria episódica, y puede o no interferir con la comprensión de palabras (Mesulam, 2013).

Finalmente retomamos la hipótesis de Dergán quien plantea que dos fenómenos patofisiológicos distintos pueden darse en el lenguaje expresivo del esquizofrénico. El primero, sería un trastorno momentáneo de los centros de lenguaje expresivo, que tienen como ya lo mencionamos anteriormente, su asiento en el área pre-frontal izquierda. Esta estructura, debido a un desbalance causado por descargas excitatorias difusas provenientes del sistema límbico, disminuiría su capacidad de control y regulación lingüística, produciéndose alguno de los fenómenos anteriormente descritos, como inclusión y ensalada de palabras, etc. Este fenómeno se observa en la fase aguda de la esquizofrenia, siendo reversible de la intervención fármaco-terápica y corresponde a la esquizofrenia Tipo I de Crow.

El segundo fenómeno se produciría debido a un trastorno perenne en el área frontal del córtex que continuamente produciría una merma en la puesta en marcha del mecanismo interno del lenguaje; es decir, en la elaboración del programa lingüístico dirigido

adecuadamente con una alta concatenación gramatical y lógica; con un propósito y un sistema de entorno y retroacción. Esta deficiencia se debería observar en pacientes esquizofrénicos crónicos del Tipo II y que no estén siendo tratados con drogas neurolépticas. Estos trastornos lingüísticos no sólo comprenderían al trastorno selectivo de la palabra, sino también a la espontaneidad y propósito del lenguaje para llegar a una meta adecuada.

4.1.6 - Trastornos del pensamiento.

Existe aún hoy en día discusión científica respecto a si el pensamiento va más allá de la actividad sensorial y sí puede o no localizarse en el cerebro humano. Su oposición de los asociacionistas, por ejemplo, los de la Escuela de Wurzburg que iniciaron la investigación científica del pensamiento, concluyeron que la actividad pensante involucra una serie de funciones nemónicas, verbales y visuales que en su interacción constituyen la actividad pensante o cognoscitiva. Pese a que su enfoque es de tipo idealista tiene el mérito de haber considerado al pensamiento como una unidad independiente (Dérgan, 2007).

Vygotsky tiene el mérito científico de haber hipotetizado el pensamiento como un acto psicológico, afirmando que contiene dos elementos primordiales: Análisis y Síntesis. Los cuales tienen su asiento en la estructura lógica del lenguaje y que su desarrollo se lleva a cabo en la infancia cuando la experiencia del niño se internaliza (Dérgan, 2006).

Los psicólogos modernos han diferenciado dos tipos de Pensamiento. Al primero se le ha denominado Constructivo y convierte los elementos de la impresión en elementos de construcción, al parecer las zonas parieto-occipitales del hemisferio izquierdo tiene que ver con esta actividad. Al segundo, se le conoce como Pensamiento Lógico Verbal y su principal función es la resolución de problemas abstractos para su conversión en esquemas lógicos, implica distintas áreas del córtex, por ejemplo las operaciones de síntesis se llevan a cabo en las áreas posteriores y la programación y puesta en acción de hipótesis, estaría más bien ligada al córtex prefrontal (Dérgan, 2007).

El Pensamiento Lógico Verbal es el que mayores disturbios presenta en sujetos con esquizofrenia, ya que el esquizofrénico sufre una pérdida de la abstracción (Goldberg, 2002).

Por otro lado, (Chapman, 1966 citado en Dérgan, 2007) propone que existe en la esquizofrenia una desorganización jerárquica de los sistemas cognoscitivos por lo que el paciente esquizofrénico es incapaz de discriminar clases, objetos, asociaciones y elaborar definiciones, los conceptos y el significado de las palabras caerían en una fase de sobre inclusión y desajuste creando un caos al establecer un límite entre lo real y lo no real. Es común observar en los pacientes con esquizofrenia un decremento en la selección y regulación del pensamiento más que en la actividad sensorial que acompaña un acto, por lo que Chapman también observó que el esquizofrénico no presenta dificultades para iniciar el acto pensante, sino más bien en la selección del programa, que a través del lenguaje interno, categoriza, hipotetiza, selecciona y verifica la solución a un problema dado. (Cheika, 1974 citado en Dérgan, 2007) menciona que este conjunto de funciones es ejecutado por el córtex frontal por lo que se cree que definitivamente esta área del cerebro presenta algunos disturbios psicológicos en la esquizofrenia.

Se cree que por lo menos dos modalidades pato-fisiológicas distintas guardan con concomitancia con la definición operacional de esquizofrenia Tipo 1 y Tipo 2. La primera tiene que ver con una sobre activación del sistema límbico, la cual provocaría un desbalance neuroquímico en el córtex cerebral, principalmente en el área mediobasal del córtex prefrontal el cual sería momentáneo debido a la merma en la regulación frontal de mecanismos corticales posteriores encargados de la actividad compleja del pensamiento (Esquizofrenia Tipo 1- Aguda). La segunda modalidad estaría relacionada a un trastorno perenne del pensamiento, el cual estaría relacionado con la selección, verificación y control de un programa conductual. Su asiento patofisiológico sería el córtex prefrontal que caracteriza a la (Esquizofrenia Tipo 2- Crónica) (Dérgan,2007).

En el futuro sería interesante elaborar experimentos que resuelvan estos dilemas hipotéticos para dar paso a un conocimiento nuevo producto del Método Heurístico.

4.1.7 - Trastornos práxicos.

Bleuler menciona durante 1911 la presencia en grupos de pacientes esquizofrénicos de trastornos del movimiento, como manierismos extraños, ecopraxias, movimientos espontáneos, y secuenciaciones motoras, las cual ya habían sido apuntadas por Kraepelin en 1904 (Chapi, 2008).

Karl Ludwing Kahlbaum en 1973 clasifico la catatonía como un trastorno específico del funcionamiento motor, el cual se presenta en fases progresivas de la esquizofrenia y comúnmente es un indicador de inicio de la demencia. La catatonía ocurre aparentemente de forma independiente de variables como la medicación y otras variables demográficas. Es un signo neurológico fuertemente asociado con síntomas negativos, además frecuentemente es utilizado en estudios para la elaboración de pronósticos (Weinberger, 2011).

Años más tarde las (Rucklos, 1982, citado en Chapi, 2008) halló que junto con la torpeza y la dificultad en los movimientos espontáneos se hallan importantes alteraciones en la coordinación y las secuencias motoras.

La apraxia es la incapacidad para realizar actos motores aprendidos ejecutados con destreza pese a la preservación de los sistemas motor y sensorial, la apraxia ideacional se asocia con lesiones en lóbulo parietal izquierdo o en combinación con lesiones temporales y frontales. Conocer la ubicación exacta es una herramienta muy útil para entender la apraxia y la rehabilitación del paciente (Clark, 2012).

En esta misma dirección experimental (Navarro, 2004 citado en Chapi) estudio las praxias de personas diagnosticadas con esquizofrenia, y las comparo con las praxias llevadas a cabo con sujetos control, sugiriendo una posible disfunción corticoestriatal.

Los resultados obtenidos no indicaron un claro patrón praxico, aunque la ejecución parece ser peor en tareas motoras frontales como la secuencia motora bucofacial y la coordinación manual recíproca, esto entre personas con predominancia de signos negativos, detectándose también un uso del cuerpo como si se tratara de un objeto.

Con frecuencia, los estudios sobre praxias en la esquizofrenia, sugieren funciones motoras anormales, tanto en los movimientos voluntarios como en los involuntarios independientes de los efectos de los medicamentos neurolepticos. Los pacientes tienden a ser más lentos en iniciar los movimientos y en la ejecución de tareas grafomotoras se han podido observar conductas motoras perseverativas. Existe también una notable evidencia electrofisiológica que supone un procesamiento voluntario retardado en los pacientes con Esquizofrenia (Orellana, 2006).

Los trastornos motores han sido especialmente estudiados desde hace poco más de ochenta años, muchos de los temas relacionados con el dominio motor están situados primariamente en la etapa de preparación de la ejecución y supervisión de la respuesta motora (Orellana, 2006).

A la esquizofrenia se le asocia con un pobre estado funcional, a menudo incluso antes del diagnóstico formal. Son legión de este padecimiento la falta de habilidades relacionadas con el cuidado personal, la interacción social, el trabajo y las actividades recreativas. Se estima que aproximadamente de un 70% a un 80% de las personas con esquizofrenia no tiene empleo (Marcopolus, 2012).

El DSM IV es un criterio para el diagnóstico diferencial e incluye las siguientes características para los trastornos praxicos: inmovilidad motriz o catalepsia (puede incluir la flexibilidad cérica o estados de estupor), excesiva actividad motora (sin motivación externa aparente), negativismo extremo o mutismo, posturas inapropiadas, movimientos estereotipados o bizarros y manierismos y finalmente ecolalia o ecopraxia (Weinberger, 2011).

(Kumari 2006, citado en Clark, 2012) menciona que la activación reducida del lóbulo parietal inferior derecho en los pacientes con esquizofrenia se asocio con violencia, se especuló que su participación combinada con la corteza frontal refleja un control ejecutivo deteriorado.

A pesar de estos hallazgos, el déficit motor no se ha relacionado con el déficit cognitivo, pues aunque parece haber un déficit neuropsicológico generalizado, esta patología debería considerarse a nivel funcional, como una patología de combinación múltiple con déficits específicos sin un perfil definido (Chapi, 2008).

4.2 - El análisis neuropsicológico.

4.2.1 - Análisis neuropsicológico de las alucinaciones.

Cuando escuchamos hablar de esquizofrenia, uno de los principales síntomas que nos vienen a la mente son las Alucinaciones, por ello ha sido una de las áreas de mayor

interés científico y uno de los principales objetos de estudio de la Neuropsicología de la Esquizofrenia. La neuropsicología intenta explicar la relación existente entre la distorsión-estructura. Desde una perspectiva cognoscitiva, las alucinaciones se pueden explicar como el deslinde de un programa verbal, un lenguaje interno que encondifica y decodifica información almacenada utilizando estrategias lógicas, intuitivas y deductivas en los programas verbales.

Las Alucinaciones Psicóticas difieren de otro tipo de Alucinaciones Circunstanciales o de Trastornos Perceptuales inducidos por efecto de las drogas, ya que, en las Alucinaciones de Tipo Psicótico la principal atribución hecha por el paciente es a entes sobrenaturales o entidades no físicas que de alguna manera controlan el curso de dichas distorsiones. Por otro lado, en otro tipo de Alucinaciones Circunstanciales el sujeto puede identificar conscientemente el foco que origina estas.

Según Clark (2012) Existen cuatro categorías generales de las alucinaciones: Elementales, Complejas e Ilusiones y Distorsiones.

- Elementales: Este tipo de alucinaciones comprenden puntos en movimiento o estáticos formas geométricas simples o segmentos lineales.
- Complejas: Las complejas incluyen escenas rostros y objetos.
- Ilusiones y distorsiones: Las ilusiones y distorsiones son alteraciones de la forma en que percibimos el mundo externo, el color, el tamaño o el movimiento.

Se ha llegado a proponer que las áreas primarias e incluso las estructuras precorticales reflejan actividad cuando se trata de Alucinaciones Elementales, y que las Alucinaciones Complejas reflejan actividad tanto en la corriente visual ventral; mientras que las distorsiones presentan actividad en la corriente visual dorsal (Santhouse, 2000 citado en Clark, 2012).

Los postulados científicos (algunos ya demostrados) sugieren que la lateralización hemisférica izquierda regula los estímulos verbales incluyendo el sonido y las estructuras gramaticales, de tal forma que la palabra interna presuponga el sonido aún sin su emisión motriz. Por otra parte, el hemisferio derecho comúnmente es relacionado con la regulación

del tono emocional, de allí que en la esquizofrenia probablemente debido a la actividad dopaminérgica se lleve a cabo un proceso disfuncional de la capacidad inhibitoria interna, dando como resultado una disociación inter- hemisférica. Esta a su vez origina la desincronización funcional dando como resultado un proceso patológico de auto-diálogo en la voz interna del paciente, la cual es confundida con otros sonidos almacenados en las Memorias Semánticas. Un ejemplo de lo anterior: si alguien con capacidad inhibitoria interna adecuada lleva a cabo un diálogo con otras personas podrá obtener conclusiones inmediatas, ya sea anulando la acción del entorno o solucionando la divergencia a nivel consciente, mientras que esta operación cognoscitiva en el esquizofrénico pierde contacto con la referencia del entorno (disfunción en los procesos inhibitorios internos) por lo tanto las voces de los otros aumentarían proporcionalmente el tono emocional y psicofísico originando así un procesos alucinatorio comúnmente observado en brotes psicóticos así como en la Esquizofrenia (Dérigan, 2007).

(Torrey, 2007 citado en Clark, 2012) Informó sobre una simetría reducida del lóbulo parietal inferior izquierdo en comparación con el derecho, este menor tamaño de la corteza temporoparietal izquierda que incluye al giro supramarginal izquierdo, se correlaciona con la gravedad de las alucinaciones auditivas en los pacientes con Esquizofrenia.

La relación existente entre la consciencia y su entorno a través de la internalización del lenguaje fue estudiada en 1962 por el psicólogo soviético Lev Vygotsky. Kohlberg, Wager y Hjertholn de la escuela sociocultural representada por Vygotskiy, dedicaron también gran parte de su esfuerzo al estudio científico del fenómeno lingüístico como resultado explicaron de forma sofisticada la relación entre el cerebro y la sociedad. Está podría ser una evidencia sobre la relación entre lenguaje interno y las alucinaciones (Dérigan, 2006).

Esta evidencia originó otros estudios como los de Baddeley y Lewis, quienes en 1991 investigaron de forma experimental un fenómeno al que llamaron supresión articulada. Estos investigadores pedía a los sujetos que mientras leían un párrafo utilizarán una frase sin sentido, por ejemplo “el torpedo es sato”. La supresión articulada afecta la formación de categorías nemónicas a corto plazo y contribuye a la capacidad recordatoria en este caso adquirida a través de la lectura, (si se impide el repaso articulatorio la amplitud de memoria disminuye).

Otras premisa propone que cuando un sujeto normal lee en silencio escucha voces que marcan pautas de lo que esta leyendo, dichas voces son diferenciadas del entorno, este circuito de entorno estaría más bien sobreactivado en el paciente esquizofrénico, originando las alucinaciones de tipo auditivo. A pesar de esto, existen estudios contradictorios que han hallado que los sujetos normales y los sujetos esquizofrénicos no difieren en la retención de palabras después de leer en silencio un determinado párrafo. Es muy probable que estos experimentos nos hable de dos mecanismos que aunque parecen similares podrían tener bases psicofisiológicas diferentes (Dérigan, 2007).

4.2.2 - Análisis neuropsicológico del delirio.

Delirio viene del latín *delirare*: salirse del surco, no arar derecho (*De*: fuera y *lirare*: arar, *lira*: surco). Remo Bodei plantea que el delirio implica exceso y esterilidad, salir de la colectividad. En inglés se usa *delusion*, del latín *deludo*: creencia u opinión falsa sostenida en relación a cosas objetivas. En alemán *Whan*, originalmente expectativa, más adelante opinión vana, o ilusión. Legalmente, lo contrario a una verdad probada, lo opuesto a un juicio racional. Un término relacionado es *paranoia*: del griego *pará* que expresa la idea de ajeno, externo o próximo a la vez (como: parásito o paralelo) y *nous*: mente (Olivos, 2009).

De acuerdo con (Bell, 2006 citado en Ibañez 2011), los modelos teóricos que han surgido en los últimos años para explicar los delirios pueden ser agrupados en tres líneas principales: Primero, los modelos de *creencia positiva* están basados en el estudio de la psicopatología como una forma de inferir cómo tienen lugar los procesos normales. Estos modelos tienen su origen en la neuropsiquiatría cognitiva y se han centrado en estudiar los delirios monotemáticos relacionados con daños cerebrales. El segundo grupo de modelos, denominado modelos de *creencia negativa*, intentan explicar únicamente los procesos patológicos implicados en los delirios, sin vínculo alguno con los procesos normales. Estos modelos se han centrado tradicionalmente en las psicosis funcionales o idiopáticas. Por último, existe un conjunto de modelos que se incluirían en el grupo de las *aproximaciones de continuo* que, inspiradas por metodologías epidemiológicas, buscan predictores y correlatos de los delirios. Dado que estos últimos modelos no se refieren a los procesos de formación de los delirios, son compatibles tanto con los modelos de creencia positiva como con los de creencia negativa. De acuerdo a estos modelos, los delirios no son cualitativamente

diferentes de las creencias normales, sino que representan un extremo en la distribución de fenómenos mentales anómalos en la población.

En el DSM-IV el delirio ya no tiene una importancia sustantiva, independiente; ni siquiera figura en el índice como tal. Aparece en el capítulo sobre esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En la esquizofrenia el término psicótico se refiere a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico. En el trastorno delirante y en el trastorno psicótico compartido, psicótico es equivalente a delirante.

En el DSM-IV existe la asunción tácita de que el reconocimiento del síntoma es independiente del contexto y se basa exclusivamente en los rasgos intrínsecos del fenómeno. Sin embargo, para la definición la idea delirante parecería que se debe recurrir a los criterios externos: “Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no es tan aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto (p.ej. no es un artículo de fé religiosa). Cuando una creencia errónea implica un juicio de valor, solo se considera idea delirante cuando el juicio es tan extremo que desafía toda credibilidad. La convicción delirante se produce a lo largo de un continuum y a veces puede inferirse del comportamiento del sujeto” (Olivos, 2009).

En las décadas de los 70 y 80 del siglo pasado se propusieron muchos modelos para explicar los trastornos delirantes de origen “orgánico”. Se sugirió entonces que los factores neurofisiológicos podrían estar en la base de dado que los delirios ocurren en muchos trastornos y condiciones que producen daño a nivel cerebral (p. ej. TCE o abuso de drogas).

A continuación se citan las descripciones que realiza Ibañez (2011) sobre las correlaciones entre problemas cerebrales y síntomas delirantes las cuales podrían sugerir que una función cerebral dañada puede jugar un papel importante en la patogénesis de los trastornos delirantes. Las lesiones en el sistema límbico y las estructuras subcorticales se han asociado tradicionalmente con los delirios, predominantemente con el hemisferio izquierdo (Davison & Bagley, 1969; citados en Ibañez 2011). Sin embargo no todos los pacientes con daño en esas regiones terminan por desarrollar delirios, por lo tanto deben existir otro tipo de factores predisponentes. Paralelamente se ha venido discutiendo la

posibilidad de que existan asociaciones entre daños en el hemisferio derecho y creencias delirantes. Al día de hoy puede sugerirse que la región asociada con el progreso cognitivo de evaluación de creencias está localizada en el lóbulo frontal derecho, y en línea con esto, se podría predecir que los pacientes con este tipo de delirios podrían tener un daño en dicha parte del cerebro.

Es menester mencionar la propuesta de algunas investigaciones, la cual menciona que debe existir una relación inversa entre daño neuropsicológico y complejidad de los delirios, lo que significaría que una función cognitiva intacta sería necesaria para que se pudieran llevar a cabo creencias delirantes elaboradas. En otras palabras, se cree que el daño neuropsicológico en el delirio no debe ser tan fuerte, ya que si así lo fuera, el individuo no sería capaz de elaborar delirios tan complejos.

El fenómeno de distorsión de Capgras

Los síndromes de falsa identificación incluyen cuatro subtipos básicos: el Síndrome de Capgras, el Síndrome de Frégoli, el Síndrome de Intermetamorfosis y el síndrome de los dobles subjetivos. Dichos síndromes pueden producirse en el entorno de diversos estados nosológicos como la esquizofrenia (sobre todo en el subtipo paranoide), los trastornos del estado de ánimo y los trastornos mentales orgánicos. También se han descrito casos asociados a diversas enfermedades somáticas, que siempre deben descartarse. El síndrome de Capgras es el más frecuente de los 4, presentándose en más del 4% de los pacientes con psicosis (Gallego, 2011).

El síndrome de Capgras, descrito por primera vez en 1923 por Capgras y Reboul-Lachaux bajo la denominación de `l'illusion des sosies` (ilusión de dobles), es un cuadro delirante consistente en la creencia de que una persona, generalmente cercana y afectivamente significativa para el paciente, ha sido sustituida por un doble a quien considera un impostor. Constituye un delirio restringido por lo general, a una persona concreta, aunque puede llegar a involucrar a varias. El delirio puede referirse también a animales, objetos, o lugares significativos para el sujeto, o afectar al reconocimiento de sí mismo. Su duración es variable y puede tratarse de un fenómeno transitorio o cronificarse, y se ha informado de algún caso de aparición intermitente (Madoz, 2010).

El fenómeno de Capgras puede presentarse tanto en adultos como en niños que se encuentren en un ambiente psiquiátrico, aunque tiene mayor presencia en el primer grupo. Ya que puede estar asociado a varios padecimientos mentales, en especial la esquizofrenia (Luca et al (2013).

Se ha postulado que el síndrome de Capgras es la vía final común de expresión de diferentes patologías base, de modo que el daño cerebral subyacente difiere en cada caso, y es la afectación de la vía común la que permite la expresión del síndrome de Capgras (Berson R. 1986).

El síndrome de Capgras, junto a otro trastorno, la prosopagnosia, son los que nos han permitido profundizar en el modelo neuroanatómico del reconocimiento facial. La prosopagnosia es una entidad caracterizada por la alteración en el reconocimiento de los rostros, pero pudiendo identificar a las personas mediante su voz o sus vestimentas, sin que el sujeto se plantee la posibilidad de enfrentar a un impostor. Este defecto se asocia a anomalías del hemisferio derecho. En este sentido, el síndrome de Capgras podría ser “la imagen especular” de la prosopagnosia.

En el reconocimiento de un rostro suceden varias etapas: primero, reconocerlo como objeto, luego sentirlo como familiar; otra etapa podría ser el acceso a la información biográfica y semántica evocada por ese rostro, el llamado “nodo de identidad personal”. Sin embargo el procesamiento de toda esta información parece ser en paralelo y no sucesivo. Existiría una vía occípito-temporal ventral para reconocer el rostro como tal, y otra occípito-límbica, más dorsal, desde la corteza de asociación visual a la corteza parietal-inferior y a la circunvolución cingulada para la sensación de familiaridad. Así en la prosopagnosia se alteraría la vía ventral del reconocimiento facial explícito y, sin embargo la vía dorsal encargada del procesamiento emocional asociado al reconocimiento facial, estaría conservada. Esto da como resultado que en la prosopagnosia no se reconozcan los rostros pero sí se conserve la respuesta emocional asociada a rostros familiares. En el síndrome de Capgras se produciría el defecto contrario: la ruta ventral permanece intacta, sin alterarse la percepción, pero la afectación a la vía dorsal hace que aparezcan las respuestas emocionales inapropiadas. Por ello, en el síndrome de Capgras se reconoce el rostro pero no se tiene la vivencia emocional de familiaridad, concluyendo que se trata de un impostor. Algunos autores, basándose en las modernas técnicas de imagen, sugieren la existencia en

el síndrome de Capgras de anomalías en el hemisferio derecho o bilaterales, destacando la afectación frontal, parietal y temporal (Gallego, 2011).

El estudio de casos clínicos con síndrome de Capgras informan de una disfunción del hemisferio derecho, de igual forma se halló daño cerebral mediante TAC, EEG, y signos neurológicos propios de disfunción parietal: apraxia digital, agnosia visual, fallos en la localización cutánea, discriminación entredós puntos, estereognosia y apraxia constructiva. Un perfil neuropsicológico similar es descrito en sendos estudios: lenguaje preservado, mayor disfunción en capacidades mediadas por el hemisferio derecho respecto al izquierdo, alteraciones visoespaciales y visoconstructivas, y en memoria no verbal, así como disfunción ejecutiva. Las principales alteraciones derivadas de la disfunción del hemisferio derecho se traducen en fallos de las capacidades visoperceptivas y visoespaciales: pérdida de la orientación espacial, la memoria visoespacial, la organización perceptiva o conceptual y de la "Gestalt". En la exploración neuropsicológica esto se evidencia en déficits para la copia de diseños, en realizar construcciones, emparejar o discriminar patrones, así como el recuerdo o el reconocimiento de caras (Hillers, 2011).

Otras funciones afectadas por la disfunción del hemisferio derecho se refieren a la memoria: hay déficits en el recuerdo y en el reconocimiento de patrones visuales, táctiles y auditivos; se producen fallos en el aprendizaje de secuencias manuales y, en general, se detecta un déficit de memoria relativo a percepciones o aprendizajes que no pueden expresarse verbalmente. Por último hay que destacar el papel del hemisferio derecho en el procesamiento emocional no verbal para el manejo de estímulos multidimensionales que transmiten el tono emocional, como las expresiones faciales y las cualidades de la voz. Su afectación produce dificultades para discernir las características emocionales de los estímulos, ya sean visuales o auditivos, con la correspondiente disminución de su respuesta emocional. Sobre el papel de los lóbulos frontales, parece claramente establecido su función de monitorización en general y en los juicios de tipo "sensación de conocer", en particular, procesos relacionados con el reconocimiento. La capacidad para realizar juicios basados en la sensación de familiaridad decae con la edad, lo que se traduce en un rendimiento deficitario en tareas ejecutivas. Por último, el daño de estructuras cerebrales parietales, concretamente de la corteza de asociación posterior derecha, produce orientación espacial defectuosa, alteraciones oculomotoras, así como apraxia del vestir, heminegligencia izquierda y déficits en la capacidad visoconstructiva: copia deficiente, dibujos defectuosos, etc (Hillers, 2011).

La exploración neuropsicológica del síndrome de Capgras en ancianos debe evaluar dos grandes bloques de capacidad cognitivas: aquellas que se espera estén alteradas y que explican el delirio; y aquellas otras que permiten diferenciar a sujetos con procesos demenciales de quienes presentan un envejecimiento normal (ausencia de deterioro cognitivo más allá del síndrome de Capgras) por una parte las capacidades cognitivas que generalmente se encuentran alteradas en el síndrome de Capgras son:

Batería de pruebas neuropsicológicas para la exploración clínica del síndrome de Capgras (Hillers, 2011)

Funciones Cognitivas	Tareas Neuropsicológicas
<i>Capacidad intelectual premórbida</i>	<i>Vocabulario WAIS</i>
<i>Lenguaje</i>	<i>FAS (test de fluidez verbal) fonológico y semántico</i>
	<i>Test denominación visuo-verbal Barcelona</i>
<i>Memoria verbal</i>	<i>Tests verbales de WMS-III</i>
<i>Capacidad visoespacial/visoconstructiva</i>	<i>Cubos del WAIS</i>
<i>Memoria no verbal/reconocimiento de objetos</i>	<i>Figura compleja Rey reproducción</i>
<i>Reconocimiento facial</i>	<i>Test de reconocimiento facial de WMS-III</i>
	<i>Tareas de reconocimiento de caras (familiares y no familiares)</i>
<i>Funciones ejecutivas (BADS)</i>	<i>Test multitarea. Seis elementos</i>

El síndrome de Capgras obliga a plantearse un diagnóstico diferencial entre diversas entidades, en especial demencias, y proceso de envejecimiento normal. La exploración neuropsicológica es una herramienta válida y conveniente para aclarar la etiología del delirio y del proceso subyacente. La valoración neuropsicológica determina las alteraciones cognitivas y conductuales y colabora en la evaluación del curso diagnóstico y el tratamiento. Las pruebas neuropsicológicas deben interpretarse junto con otros datos clínicos, de neuroimagen y de laboratorio. Los resultados de la valoración neuropsicológica deben considerarse en el contexto de ciertos factores como la edad del paciente, el nivel educativo

y socioeconómico y el entorno cultural, ya que estas variables pueden afectar la ejecución y las conclusiones inferidas de la evaluación.

4.3 - Aspectos éticos neuropsicológicos.

La complejidad asociada con la prestación de servicios profesionales, así como los derechos de los pacientes en tratamiento, la responsabilidad de asegurar la protección de los ciudadanos, la tensión creciente ante los posibles abusos en la psicoterapia, aspectos surgidos dentro del contexto social e histórico y el aumento de la difusión respecto a las prácticas médicas incorrectas, hacen necesario abordar los aspectos éticos del cuidado de la salud mental, tanto el realizado en la Neuropsicología como el realizado en la Psicología.

La profesión del Neuropsicólogo Clínico demanda una gran cantidad de conocimientos y una amplia gama de actividades, además requiere de contacto con grupos diversos de personas, tanto consumidores como proveedores de servicios neuropsicológicos (Bush, 2002).

A medida que el conocimiento en Neuropsicología sigue madurando, su amplitud y diversidad traducidas en riqueza práctica, se encuentran a menudo con desacuerdos, conflictos e incertidumbres relacionadas con la práctica óptima. Por lo que suele ser de demasiada utilidad contar con el apoyo de colegas con quienes poder realizar consultas informales y tener un código de ética que sirva de guía general para la práctica psicológica responsable, la cual en el menor de los casos, y en teoría debería de ocuparse de ser competente, objetiva y preocupada por los intereses de sus clientes, la sociedad y la profesión (Bush, 2002).

Como bien se ha mencionado en el presente trabajo, la denominada “década del cerebro” (última década del siglo XX), dejó entre muchas otras aportaciones al mundo de las neurociencias, a los denominados neurologismos (neuroeducación, neuroderecho, neuropsicoanálisis, etc.) entre los cuales destaca la *neuroética*.

El neologismo *neuroética* aparece por vez primera en la bibliografía en 1973, bajo la pluma de la neuropsiquiatra de origen alemán, establecida en Estados Unidos, Anneliese A.

Pontius, quien publicó antes de 2002 tres trabajos más donde habla del término. No son más de cinco los lugares donde aparece el término „neuroética“ antes del año 2002 y fuera de los trabajos de Pontius. Por otra parte, Ronald E. Cranford propone en 1989 la figura del neuroeticista, aquel neurólogo que colaborara en la resolución de problemas éticos que involucraran casos neurológicos presentados a los comités de ética. Se ha generalizado que el nacimiento de la neuroética se ubica en el año 2002 gracias a que tiene lugar una reunión organizada por la Fundación Dana, cuyo eje fue la neuroética (Álvarez, 2013; IIs & Bird, 2006).

En 2006, se constituye la “Neuroethics Society” como un grupo de estudiosos, científicos, clínicos que, junto a otros profesionales, comparten un interés por las repercusiones sociales, legales, éticas y políticas de los avances de la Neurociencia. Cabe destacar la reciente fundación de dos centros de investigación dirigidos a la Neuroética: el “National Core for Neuroethics” creado por la Universidad de British Columbia en Vancouver (Canadá) en 2007 con la misión de analizar y estudiar las implicaciones éticas, legales, políticas y sociales de la investigación neurocientífica y el otro es “The Wellcome Oxford Centre for Neuroethics”, constituido por la “University of Oxford” (Reino Unido) en 2009, cuyo objetivo es el estudio de “los efectos que la Neurociencia y las neurotecnologías tendrán en diversos aspectos de la vida humana” (Canabal, 2013).

La Neuroética por ser una disciplina relativamente nueva y por su naturaleza explicada brevemente, posee diversas definiciones, sin embargo la dada por Canabal (2013) nos parece la más correcta ya que argumenta que es una disciplina que estudia las implicaciones políticas, éticas, legales y sociales de la neurociencia y sus avances en investigación. Estos avances han proporcionado en los últimos años nuevas perspectivas del “yo” y la relación del individuo con la sociedad, no solo han tenido implicaciones en aspectos clínicos sociales, filosóficos, sino en la misma naturaleza y forma de entender al individuo y su comportamiento, con su enfermar, con sus funciones cognitivas y emocionales. Los enigmas en la comprensión de la mente humana y los nuevos tratamientos de las enfermedades mentales con terapias que modifican la biología cerebral, obligan a la neuroética a situarse en el centro de un escenario multidisciplinar.

Son participes de esta rama de la ciencia planteamientos y puntos de vista filosóficos, sociológicos, psiquiátricos, psicólogos, políticos, biológicos cada uno de ellos con un punto de vista complementario y necesarios para abarcar este apasionante tema de la relación entre mente, cerebro, comportamiento humano.

Es así como según (Cortina, 2010) la “Neuroética” se convierte en un término que mediante la concordancia de dos ramas, modula la relación entre neurociencia y ética.

- 1) La ética de la neurociencia trata de desarrollar un marco ético para regular la conducta en la investigación neurocientífica y en la aplicación del conocimiento neurocientífico a los seres humanos. Se ocupa de los protocolos de investigación, los descubrimientos incidentales, la aplicación de nuestro conocimiento de la mente y el cerebro a los individuos, porque podemos alterar los trazos de la personalidad, reforzar las capacidades cognitivas, la memoria, e incluso algún día —se dice— podremos insertar creencias.
- 2) La neurociencia de la ética, por su parte, se refiere al impacto del conocimiento neurocientífico en nuestra comprensión de la ética misma, se ocupa de las bases neuronales de la agencia moral. Según sus defensores, la neurociencia de la ética promete iluminar elementos centrales de esa agencia, tales como la libertad de la voluntad o la sustancia de la moralidad misma.

La neuroética se ha dividido en empírica y teórica. La neuroética empírica se centraría en los datos neurocientíficos relacionados con conceptos éticos, datos fundados en la experiencia, es decir, en el método científico como está concebido para las ciencias naturales. La neuroética teórica se centraría en los aspectos metodológicos y conceptuales que permiten vincular hechos neurocientíficos con conceptos éticos en las dimensiones descriptiva y normativa (Álvarez, 2013).

Parte importante de la neuroética recae en la actitud de muchos “profesionales”. Sería ingenuo pensar que el solo hecho de haber obtenido el grado que acredita para tener a su cargo el cuidado de un paciente, determina o garantiza la capacidad profesional e intelectual para evaluar, conceptualizar y tratar la salud mental de quien solicita sus servicios; o qué además se es capaz emocionalmente de manejar las situaciones clínicas que surgen a lo largo de un tratamiento.

La autoevaluación de la habilidad emocional resulta complicada cuando se enfrenta uno a la realidad clínica. Un ejemplo de esto, es el caso de un psicólogo deprimido que trata a un paciente que padece una perturbación anímica grave, porque hay casos donde quizá el profesional de la salud tenga la formación y experiencia pero no la capacidad emocional (Halgin, 2004).

Al principio de la terapia se debe analizar las metas del tratamiento, los derechos del cliente, los riesgos que implica, la responsabilidad del profesional, las técnicas, aspectos financieros y el alcance de la confidencialidad. Cuando se alcanzan estos objetivos entonces se puede hablar de un asunto pocas veces considerado “el consentimiento informado”. En teoría esto debería hacerse por escrito, aunque en la práctica pocas veces realmente ocurre (Koocher, 1998 citado en Halgin, 2004).

La psicoterapia maneja límites, riesgos y beneficios imprecisos, por lo que la mayoría de las personas realmente no esta realizando una decisión informada, como es el caso de lo que sucede en la esquizofrenia en donde existe cierto riesgo cuando se toma la elección de llevar a cabo un tratamiento como puede ser la medicación o la terapia electroconvulsiva. El profesionista de la salud debe hacer cualquier esfuerzo necesario para asegurarse de que esta protegiendo los derechos del cliente.

Antes de proveer servicios profesionales a un consumidor, el Neuropsicólogo es el responsable de definir la relación y el compromiso profesional con la persona (Bush, 2002).

Si bien existe una considerable superposición entre las preocupaciones éticas de los Psicólogos Clínicos y las de áreas de especialidad practica como la Neuropsicología, por su diferencia de énfasis, a menudo surgen distintos problemas específicos, por lo tanto se considera de gran utilidad que basen los principios de su práctica profesional en un código de ética (Bush, 2002).

Se considera que el contenido de la terapia es legalmente una comunicación privilegiada, por lo que no se debe revelar información alguna ante un tribunal sobre la información del paciente sin su autorización expresa. La comunicación privilegiada difiere de la noción del derecho a conocer evidencias, como sucede por ejemplo ante un tribunal. Ante el tribunal, existen excepciones: como cuando un acusado se vale de la incapacidad mental como defensa en un juicio criminal, o en ciertos casos en que está en juego la custodia de

un menor, cuando esta en riesgo la vida de alguien, algunos casos de abuso infantil, un daño grave físico o emocional o agresiones a personas mayores de sesenta años (Halgin, 2004). Cualquiera que sea el impacto en la terapia, debe hacerse después de una evaluación cuidadosa de los riesgos y beneficios (Borum, 2001 citado en Halgin, 2004).

Sí existe riesgo inherente a dichas situaciones, o no, esta decisión debe ser tomada por el profesional de la salud, y debe basarse en normas de comportamiento personales y profesionales, así como en un protocolo de evaluación cuidadosamente diseñado y consultado con otros profesionales de la salud (Halgin, 2004).

La forma más extrema de violación de la relación terapéutica es la intimidad sexual, sin embargo, el involucramiento con el paciente puede caer en zonas poco definidas, pero siempre se exhortará al profesional de la salud a mantener su neutralidad y su distancia. Ciertos tipos de relaciones con los pacientes, se consideran usualmente inapropiados, por lo que se sugiere evitar el desarrollo de relaciones dobles como es el caso de que el terapeuta establezca negocios con los clientes o tenga alguna otra relación cercana con los pacientes (Halgin, 2004).

El negocio que proporciona la relación terapéutica se caracteriza por presiones intensas en el control de costos, por lo que el riesgo, por ejemplo de la recaudación de honorarios debe ser menor que el riesgo de la salud del profesional en juego (Halgin, 2004).

Existen funciones especiales en las que se llega a ver involucrado el profesional de la salud como por ejemplo ser testigo experto ante un tribunal. Esta función plantea muchos retos puesto que se debe presentar información especializada que comúnmente es desconocida por quienes se encuentran fuera de la profesión de la salud mental. En tal caso se debe considerar información pertinente al sesgo formativo del auditorio. En este contexto debe serse lo más precavido posible y serio de acuerdo a las exigencias en curso (Koocher, 1998, citado en Halgin, 2004).

Las leyes están diseñadas “para proteger en todo momento a los individuos mentalmente enfermos de que se lastimen a ellos mismos o a otras personas”. Por lo que el confinamiento u hospitalización involuntaria es el recurso que impone el Estado para hacer valer su ley ante quienes son incapaces de protegerse o capaces de dañar a alguien más. A este recurso apelativo se le conoce como “patria potestad”. Se ha luchado contra aspectos

relacionados contra el confinamiento involuntario durante más de dos décadas, sin embargo, la situación se vuelve más compleja cuando se considera a individuos de alto riesgo, como lo son los pacientes de grave abuso de sustancias, trastorno bipolar e incluso pacientes con esquizofrenia, en los que existen muchas más posibilidades para el confinamiento involuntario (Halgin, 2004).

En general los pacientes que sufren de esquizofrenia o trastorno bipolar responden bien al tratamiento de un centro psiquiátrico por lo que su internamiento se autoriza para que tomen los medicamentos preescritos y tengan citas medicas continuas a fin de impedir su deterioro psicológico y físico. En las últimas décadas se ha promulgado la divulgación de legislaciones que prohíban el confinamiento, fomentándose con esto la atención externa disminuyendo los arrestos y la cantidad de personas a las que se les ordena recibir tratamiento dentro de una institución (Milne, 2005 citado en Halgin, 2004).

Los pacientes también han luchado para que se les administren alternativas menos restrictivas. Las exitosas demandas de casos muy sonados como es el caso de Donald Oson en los Estados Unidos, en 1975, juntos con otros casos menos sonados, han sentado las bases para que ocurran importantes cambios en los sistemas de salud mental, esto no solo ocurre en los Estados Unidos sino que ocurre también a nivel mundial. Por lo que la sociedad debe verse obligada a reconocer que la presencia de una enfermedad mental no es suficiente para confinar a un paciente a una institución mental (Halgin, 2004).

Las alteraciones cognitivas no deben ser consideradas como una simple manifestación residual de una enfermedad mental o como un simple síntoma secundario a la medicación (Servat, 2005).

La posibilidad de remediar una enfermedad mental sigue siendo aún hoy en día un tema controvertido. Por ello se debería disponer de recursos de rehabilitación Neuropsicológica en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia (Penadés, 1999).

El último de los aspectos éticos que hemos considerado en esta revisión histórica y heurística de la Esquizofrenia vista desde la Neuropsicología es el aspecto de la formación profesional del psicólogo que imparte una atención Neuropsicológica. El cual requiere necesariamente de una formación de posgrado que le ayude a comprender los conceptos

teóricos y metodológicos necesarios para el planteamiento de nuevas investigaciones dentro del contexto de la salud mental y el desarrollo científico de la nación (Villa, 2008).

V.- Discusión.

Esta disciplina naciente a partir de la neurología y con objetivos y contenidos distintos a los de la misma y los impuestos por el modelo médico, abordó primero las afasias, apraxias y agnosias, y posteriormente las amnesias, demencias y la rehabilitación cognitiva. Es por eso que en la actualidad no existen trabajos tan desarrollados que tengan que ver con los padecimientos mentales, pues no se ha podido dar un sustento empírico fuerte a las premisas establecidas por los neuropsicólogos respecto a las patologías mentales.

La Neuropsicología al ser una disciplina relativamente nueva, solo ha podido dar cuenta con sustento empírico a los déficits ya mencionados. Y solo recientemente, aproximadamente de 1970 a la fecha, se encuentran trabajos relacionados con la rehabilitación de los déficits cognitivos. Dichos déficits regularmente desencadenados por algún accidente cerebral o alguna infección conocida, pero sólo hasta ahora comenzamos a interesarnos por la rehabilitación que se lleva a cabo producto de la pérdida por alguna patología psiquiátrica.

Hemos visto que el trabajo de Broca fue pionero para poder dar sustento a los hallazgos empíricos de la Neuropsicología, sin dicho trabajo solo estábamos ante una aproximación teórica, los posteriores descubrimientos de Wernicke y Lashley ampliaron el espectro de estudio de esta disciplina, lo cual permitió explicar mejor los déficits observados, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Creemos que con el paso del tiempo muchos trabajos volcaran su atención hacia nuevos campos de aplicación de la neuropsicología, y en general de las neurociencias, ya sea conductuales o no conductuales, como en el caso de esta revisión histórica, la cual es una aproximación teórica al estudio de una patología mental (la esquizofrenia).

A pesar de que la Neuropsicología presenta muchos estudios previos de procesos relacionados con la cognición, es hasta hace muy poco que está intentando acercarse al estudio de algunas deficiencias cognitivas específicas en los trastornos psiquiátricos, pues el contexto nacional no lo ha propiciado en parte por los altos costos que implica la rehabilitación y evaluación de los pacientes.

El siglo XXI trajo consigo un afán por el avance tecnológico. Si bien en el siglo pasado avanzamos rápidamente en ciencias como la biología y más antiguamente en las matemáticas y la física, ahora es considerado por algunos científicos como Luria, Goldberg, Dergan, Benedet, entre otros, que el siglo XXI es de las ciencias del cerebro. Un creciente interés por desentrañar los misterios de este órgano ha hecho posible la invención de tecnologías capaces de observarlo directamente y en tiempo real, cosa que en el siglo pasado quizá resultaba difícil de imaginar. En las neurociencias se abrió paso a la posibilidad de observar las características estructurales y funcionales más a fondo. Tecnologías como la Resonancia Magnética (MRI), la Tomografía por Emisión de Positrones (PET), la Resonancia Magnética Espectroscópica (MRS) el Electroencefalograma (EEG) y más recientemente la Tomografía Cerebral por Computación Activa de Microondas (EMIT) son algunas de las ingeniosas y sofisticadas invenciones creadas para dicho propósito. En este contexto de progreso ferviente, México inicio su camino en los años cincuenta con las investigaciones en neurofisiología de Raúl Hernández Peón sobre los mecanismos de la atención.

A pesar de esto quedan muchos retos por alcanzar y es por ello que nuestra investigación documental de tesis de licenciatura está interesada en contribuir al avance de la investigación en neurociencias, específicamente en el área de Neuropsicología y como parte de nuestra formación como Psicólogos.

Durante nuestro proceso de formación encontramos algunas limitantes académicas, puesto que muchas de las temáticas que nos interesan no están incluidas dentro del plan de estudios de nuestra facultad, sin embargo nuestro creciente interés por la investigación en esta área de conocimiento no nos ha llevado a revisar con creciente curiosidad fuentes que despejan gradualmente nuestras dudas acerca del tema.

Son bastantes los textos científicos que versan sobre Neuropsicología Clínica y/o Experimental, además de la historia de esta disciplina, pero más reducidos son los textos que se interesan por las Psicopatologías desde esta perspectiva. Inicialmente la Neuropsicología describió síndromes deficitarios como son las Afasias, Agnosias y Apraxias, esto por el hecho de iniciar sus estudios con los lesionados por la guerra, posteriormente se encargó de la Evaluación y el Diagnóstico de las funciones deterioradas o pérdidas, tradición que hasta nuestros días sigue vigente, pero que actualmente y gracias a propuestas

innovadoras de valor heurístico se ha hecho posible especular acerca de su posible inmersión en ámbitos como la prevención y la rehabilitación de la pérdida de las funciones superiores manifestada en Síndromes Psiquiátricos como la Esquizofrenia o en Psicopatologías como el Trastorno por Déficit de Atención (AHD) o el Síndrome de Tourette y ya no solo en los Daños Cerebrales provocados por alguna lesión orgánica o un déficit en el desarrollo.

Lo interesante y relevante de nuestra investigación es que hemos profundizado en la visión de distintos campos de conocimiento como son la Psiquiatría, la Psicología, la Neurología y por su puesto la Neuropsicología, para analizar su concepción de la esquizofrenia y de la denominada "locura", para integrar las distintas visiones en un heurístico que esperamos sea de utilidad como una propuesta para futuras investigaciones acerca del tema y para si es posible desarrollarlo en nuestros estudios posteriores a la licenciatura.

VI.- Conclusiones.

A la luz de todo lo expuesto podemos sacar las siguientes conclusiones sobre la Neuropsicología aplicada al estudio de la Esquizofrenia:

Existen al menos tres abordajes para explicar la compleja naturaleza de los trastornos de espectro esquizofrénico, los primeros se basan en los modelos genéticos, los cuales plantean la posibilidad de anomalías en los genes de las personas que padecen este trastorno, en segundo lugar tenemos los modelos que explican el trastorno con base a modelos Psicológicos y que tienen que ver con factores internos propios del individuo, como experiencias traumáticas o conflictos emocionales. Por último los modelos sociales, ya que son estos los que en última instancia determinan el nivel y tipo psicopatológico con el que será asociado el individuo, y en los cuales se aborda la problemática de entornos desfavorables para su desarrollo de y su desfavorable adaptación al medio externo.

En nuestro país el Neuropsicólogo suele actuar inserto en los servicios de Neurología, sin embargo no es tan usual encontrar su participación dentro de los servicios referentes a la salud mental, debido a los altos costos que implica la prestación de sus servicios profesionales, por lo que necesario generar consciencia de la importancia interdisciplinar, para así reducir los costos de dichos tratamientos. Ya que el trabajo de rehabilitación multidisciplinar, se orienta, directa o indirectamente a la mejora de muchos procesos cognitivos y emocionales que la Neuropsicología ha identificado en la Esquizofrenia.

De todos los trastornos psicopatológicos, la Esquizofrenia es el que más atención ha recibido por parte de la Neuropsicología. A pesar de que se han constatado múltiples alteraciones anatomopatológicas, neuroquímicas, y funcionales en pacientes psicóticos, los datos disponibles sugieren que no es posible establecer un perfil neuropsicológico que sea patognomónico de la Esquizofrenia (Flashman y Green, 2004; Citados en Arnedo, Bembibre & Triviño 2013). Esto se debe principalmente a la naturaleza multifactorial de la Esquizofrenia, que es un síndrome multivariado con factores homogéneos y heterogéneos que actúan simultáneamente, ya que pueden incluir y excluir a un sistema dependiendo del plano psicológico o fisiológico comprometido.

La mayoría de los pacientes con Esquizofrenia presenta alteraciones neuropsicológicas específicas, los déficits cognitivos, los cuales se hacen presentes en aquellas tareas que requieren de mayor cantidad de recursos cognitivos y menor grado de automatización. Actualmente existe evidencia de que algunos déficits cognitivos son modificables mediante la manipulación de variables neuropsicológicas. En el ámbito clínico se consideran especialmente útiles los programas que se centran en déficits específicos de la esquizofrenia, y que además están centrados en la implementación de programas útiles para el paciente dentro de un contexto psicosocial. La mejora de las funciones cognitivas puede contribuir a la reducción del estigma que recae sobre estos pacientes, mejorando también así su consciencia de enfermedad y reduciendo las disfunciones sociales. Todo lo anterior sugiere que la rehabilitación neuropsicológica debería ser un recurso disponible en los programas globales de tratamiento de la esquizofrenia.

Otro aspecto importante que no ha recibido la atención que merece, es el punto del tratamiento farmacológico en los estudios realizados en pacientes con esquizofrenia, ya que a partir de la prescripción de la farmacología y de la aparición de nuevas recidivas de la enfermedad, se añadirían más alteraciones al cerebro, y los déficits cognitivos y emocionales tienden a incrementarse para llegar a la cronificación.

La Neuropsicología es una disciplina emergente que se encuentra en constante desarrollo apoyada por las nuevas técnicas producto del avance la tecnología.

El Neuropsicólogo clínico debe ser un experto en el manejo de pruebas y protocolos de exploración, la elección del material de evaluación, debe atenerse a los estándares de fiabilidad y validez. Además el Neuropsicólogo debe conocer el sustrato anatómico en cada una de las funciones que evalúa, lo cual no es para nada sencillo si se toma en cuenta que aún existen términos diferentes que en ocasiones nombran a una misma función o región anatómica.

Las problemáticas relacionadas con la salud mental se incrementan en todo el mundo, aunado a esto la Psiquiatría vive uno de sus mayores periodos de estancamiento y crisis de identidad en cuanto a la delimitación de su objeto de trabajo, desfavorecidas por la globalización neoliberal las instituciones mentales requieren de urgentes reformas institucionales en favor de su población demandante de atención de calidad, a cual está creciendo con un auge pocas veces visto con anterioridad (Desviat, 2011).

Estimaciones de la organización mundial de la salud nos alertan sobre la magnitud epidemiológica de los trastornos de la salud mental, ya que el 25% de la población mundial sufre en algún momento de su vida al menos un trastorno mental, las problemáticas de salud mental constituyen cinco de las diez causas de discapacidad en todo el mundo, los trastornos con mayor peso son: la depresión, la esquizofrenia, el abuso de sustancias, y la demencia, cuyas tasas son mayores a las del cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

La esquizofrenia no es una enfermedad exclusivamente social, sin embargo los factores sociales y culturales influyen poderosamente en su evolución y en sus posibilidades de recuperación.

La situación actual se mueve entre el modelo liberal de medicina norteamericano que ha convertido la psiquiatría comunitaria en un programa para pobres, acosado por las tendencias privatizadoras que limitan las prestaciones sociales y el movimiento colectivo y participativo dentro del ámbito de la salud mental. El modelo médico es hospital céntrico y usualmente los servicios públicos presentan mayores deficiencias que los servicios privados, ni la farmacoterapia ni los servicios privados son la respuesta correcta para garantizar la salud mental (Desviat, 2011).

La salud mental no debe llegar a ser solo un privilegio del poder del dinero.

El avance del conocimiento y de la técnica neuropsicológicos, psicoterapéuticos, psicofarmacológicos, psicosociales y rehabilitadores debería de estar hoy en día al alcance de países tanto a países pobres como ricos, pues es una deuda que el estado tiene con su gente. Lo público no es un regalo de los ricos a la mayoría, sino que debería ser un bien del que nadie debería ser excluido.

Los profesionales tenemos un compromiso con el modelo comunitario. Sin embargo hace falta una currícula más extensa de profesionistas relacionados con la salud mental, se necesitan más colaboraciones entre las universidades y las instituciones públicas y privadas implicadas en la salud mental.

Por último valdría la pena hacernos la siguiente pregunta: ¿Puede la esquizofrenia clasificarse como una sola patología o es un conjunto de ellas? Si la esquizofrenia resultara

ser lo primero, existiría un conjunto de características distintivas y exclusivas que la hicieran completamente diferente a cualquier otra patología mental. Sin embargo, la forma de inicio, evolución, respuesta a los diferentes tipos de tratamiento (psicoterapéutico, farmacológico, etc.) en este trastorno resultan tener variaciones abrumadoras de un caso a otro. Es decir algunos pacientes desarrollan delirios, pero no alucinaciones; un gran grupo comienza su enfermedad a principios de la edad adulta mientras que otros comienzan a finales de la misma; algunos responden muy bien al tratamiento con neurolepticos, otros no; hay datos que sugieren que los varones esquizofrénicos tienen mayor número de alteraciones anatómicas; algunos pueden sufrir manifestaciones catatónicas, paranoides o hebefrénicas en varias ocasiones en el curso de su enfermedad, otros no. Las evidencias actuales indican que es muy difícil, casi imposible, hallar un perfil neuropsicológico compartido por todos los pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia y que más que enfrentarnos a una única y general patología, estamos situados frente a un subgrupo de síndromes que deberían ser estudiados desde una perspectiva neuropsicológica separada, claro está, con la ayuda de las demás disciplinas inmersas en el campo de la salud mental.

Es por esto, que intentando cumplir con el objetivo marcado y con la ayuda del método heurístico hemos logrado a lo largo de la realización del presente trabajo, conjuntar las principales opiniones científicas que en la actualidad existen.

Referencias Bibliográficas

Accatino S. (2012) Alteraciones del Lenguaje en Esquizofrenia. Recuperado el 2 de Noviembre de 2014 de: http://www.memoriza.com/documentos/revista/2012/eqz2012_9_1-8.pdf

Álvarez, J. (2013) Neuroética como neurociencia de la ética. Recuperado el 10 de Noviembre de 2014 de: <http://www.neurologia.com/sec/resumen.php?id=2013246>

Álvarez, P., Sierra, P., Livianos, L. & Rojo, L. (2001) Esquizofrenia Paranoide y Trastorno Delirante con Trastornos Sensoriales: dos Entidades con Limites Imprecisos. Recuperado el 15 de Octubre de 2014 de: <http://www.abpbrasil.org.br/medicos/publicacoes/revista/arquivos/03Artigo%20Original%20-%2020Esquizofrenia.pdf>

American Psychiatric Association (2014). Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM V. Estados Unidos: Asociación Americana de Psiquiatria.

American Psychiatric Association (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales IV . Barcelona: Masson

American Psychiatric Association (2010) Manual de publicaciones de la American Psychological. México: Manual Moderno

Anderson, C., Reiss, D. & Hogarty, G. (1986) Esquizofrenia y Familia Guía Práctica de Psicoeducación. Argentina: Amorrortu.

Ardila A. Ostrosky, F. (2012) Guía Para el Diagnóstico Neuropsicológico. Recuperado el 14 de Agosto de 2014 de: http://www.ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv_guia_para_el_diagnostico_neuropsicologico.pdf

Ardila, A. & Rosselli, M. (2007) Neuropsicología Clínica. México: El Manual Moderno.

Arnedo, M., Bembibre, J. & Triviño, M. (2013) Neuropsicología A través de casos clínicos. España: Panamericana.

Bagnati, P. (2004). Disfunción Cognitiva en el Trastorno Bipolar: Más allá del Síntoma Psiquiátrico. Recuperado el 25 de Diciembre de 2014 de: http://www.revneuropsi.com.ar/pdf/Disf_Cogn_Bagnati.pdf

Barbizet J., Duizabo. (1978) Manual de neuropsicología. España: Toray-Masson.

Bausela, E. (2009). Neuropsicología y Esquizofrenia. Recuperado de 25 de Diciembre de 2014 de: <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179317756001.pdf>

Benedet, M. (1986). Evaluación Neuropsicológica. España: Desclée Brouwer.

Benedet, M. (2002). Neuropsicología cognitiva. Aplicaciones a la clínica y a la investigación. Fundamento teórico y metodológico de la neuropsicología cognitiva. Recuperado el 17 de Octubre de 2013 de: <http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/neuropsicologia.pdf>

Benton, A. (1971) Introducción a la Neuropsicología. España: Fontanella.

Berson R., (1986) Capgras Syndrome. Recuperado el 12 de Diciembre de 2014 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2448348/>

Bleuler, E. (1993) Demencia Precoz. Argentina: Lumen.

Bray T., & Agius Mark (2009) Softs neurological signs and schizophrenia-a looking glass into core patology?. Recuperado el 20 de Diciembre de 2014 de: http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol21_no3/dnb_vol21_no3_327.pdf

Bush, S. (2002). Ethical Issues in Clinical Neuropsychology. Netherlands: Swets & Zeitlinger.

Cairo, E. (1987) Estudio Neuropsicológico de los pacientes esquizofrénicos. Recuperado el 15 de Junio de 2014 de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v4n3/06.pdf>

Canabal, A. (2013) Origen y desarrollo de la Neuroética: 2002-2012. Recuperado el 27 de Noviembre de 2014 de: http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/rbyd28_art-canabal.pdf

Casanova, M. (2009) La esquizofrenia como condición neurológica debida a un fallo en la lateralización del cerebro: observaciones macro y microscópicas. Recuperado el 23 de Septiembre de 2014 de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4903/bc030136.pdf>

Castro Galván, R. (2007). Breve historia de la locura en psicología. (Tesina) Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.

Chapi, J. (2008) Papel de la Neuropsicología en el estudio y abordaje de la Esquizofrenia. Recuperado el 28 de Septiembre de 2014 de: <http://es.slideshare.net/jorgelchm>

Clark D., Boutros, N. & Mendez, M. (2012) 2ª. Ed. El Cerebro y la Conducta, Neuroanatomía Para Psicólogos. México: El Manual Moderno.

Cortina, A. (2010) Neuroética: ¿Las bases cerebrales de una ética universal con relevancia política?. Recuperado el 23 de Noviembre de 2014 de: <http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/viewArticle/687>

Covington M., Congzhou H., Brown C., Naci L., McClain J., Fjordbak B., Semple J. & Brown J. (2005) Schizophrenia and the structure of language: This linguist's view Recuperado el 20 de Diciembre de 2014 de: <http://ai1.ai.uga.edu/caspr/litreviewSR-published.pdf>

Dergán, J. (2006) Neuropsicología de la Esquizofrenia. Bogotá: Ecoe Ediciones.

Dergán, J. (2007) Neuropsicología de la Esquizofrenia. Bogotá: Ecoe Ediciones.

Desviat, M. (2011) Panorama Internacional de la Reforma Psiquiátrica. Recuperado el 29 de Diciembre de 2014 de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300010

Dowd D. & Barch D. (2009) Anhedonia and Emotional Experience in Schizophrenia: Neural and Behavioral Indicator. Recuperado el 27 de Diciembre de 2014 de: <http://ccpweb.wustl.edu/pdfs/dowdbp.pdf>

Eguíluz, I. & Segarra, R. (Eds.) (2005). Introducción a la psicopatología. Barcelona: Ars Médica.

Ellis, A., Young A. (1992). Neuropsicología cognitiva humana. España: Masson.

Espert, R., Navarro, J., Gadea, M. (1998) Neuropsicología de la Esquizofrenia. Recuperado el 18 de Octubre de 2014 de: http://www.researchgate.net/profile/Raul_Espert/publication/235225462_Neuropsicologia_de_la_esquizofrenia/links/02e7e52ce90785fbb000000.

Foucault, M. (1968). Historia de la locura en la época clásica I. Recuperado el 12 de Octubre de 2013 de: <http://investigacion.politicas.unam.mx/teoriasociologicaparatodos/pdf/Contempor%20nea/Foucault%20Historia%20de%20la%20locura%20en%20la%20epoca%20clasica.pdf>

Galaberna, F. Bueno, A. & Morra, C. (2011). Perfil Neurocognitivo en la Esquizofrenia. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Octubre 2011, Vol.11, Nº2, pp. 103-113. Recuperado el 15 de Octubre de 2013 de: http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol11_num2_11.pdf

Gallego L., Vázquez S., Peláez J., López J. (2011) Aspectos neuropsicológicos, clínicos y sociales de dos casos de síndrome de Capgras. Recuperado el 15 de Octubre de 2013 de: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/13/74/ESP/13-74-ESP-408-414-374713.pdf>

García Valencia, C. I. (2007). Abordaje psicoanalítico de la psicosis y su tratamiento. (Tesis) Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Goldberg, E. (2002). El Cerebro Ejecutivo, Lóbulos Frontales y Mente Civilizada. Barcelona: Editorial Crítica.

Goldstein, L. (2002) Clinical Neuropsychology A Practical Guide to Assessment and Management for Clinicians. Inglaterra: John Wiley & Sons, Ltd.

Gómez, A. (2010) La Práctica Basada en Evidencia en el Ámbito de la Fisioterapia. Recuperado el 7 de Febrero de 2015 de: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/146/146v32n02a13147862pdf001.pdf>

Gonzalez, M. Lorés J., Pascual A. (2006) Evaluación Heurística. Recuperado el 7 de Febrero de 2015 de: <http://aipo.es/libro/pdf/15-Evaluacion-Heuristica.pdf>

Guimón, J. (2005) Los Límites del Concepto de Espectro en la Esquizofrenia. Recuperado el 7 de Febrero de 2015 de: <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0403/esp0403.pdf>

Gurd, J., Kischka, U., & Marshall, J. (2010) 2ª. Ed. The Handbook of Clinical Neuropsychology. New York: Oxford University Press.

Halgin, R. & Withbourne, K. (2004) 4ª Ed. Psicología de la Anormalidad. Perspectivas Clínicas Sobre Desordenes Psicológicos. México: Mac Graw-Hill.

Hillers R., Madoz A. & Tirapu J. (2011) Propuesta de una batería neuropsicológica para la exploración del síndrome de Capgras. Recuperado el 15 de Febrero de 2014 de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X11001600>

Ibañez, I. (2011). Neuropsicología del fenotipo paranoide. Recuperado el 15 de Febrero de 2014 de: <http://digibug.ugr.es/handle/10481/19068#.VIEqPjGG9UU>

Ills J., Bird J. (2006) Neuroethics: a modern context for ethics in neuroscience. Recuperado el 13 de Diciembre de 2014 de: <http://neuroethics.stanford.edu/documents/TINSarticle.pdf>

Jackson, D. (2001) Etiología de la Esquizofrenia. Argentina: Amorrortu.

Jung, C. (1990) El contenido de las Psicosis. Psicogénesis de las Enfermedades Mentales. España: Paidós.

Kraepelin, E, (2008) La Demencia Precoz. Buenos Aires: Polemos.

Lafargue G., Franck N. (2008) Effort awareness and sense of volition inschizophrenia. Recuperado el 2 de Enero de 2015 de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1053810008000810>

Lee J. & Park S., (2005) Working memory impairments in schizophrenia: A meta-analysis. Recuperado el 4 de Diciembre de 2014 de: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2005-15138-012>

Lieberman J., Stroup T., McEvoy J., Swartz M., Rosenheck R., Perkins D., Richard S., Keefe P., Davis S., Davis C., Lebowitz B., Severe J. & Hsiao J. (2005) Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. Recuperado el 3 de Enero de 2015 de: <http://www.nejm.org/doi/citedby/10.1056/NEJMoa051688#t=citedby>

Llevaria, G., Prats E., Vicens-Villanova J. & Obiols J. (2003) Preferencia Manual en el Espectro Esquizofrénico. Recuperado el 15 de Enero de 2015 de: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3959>

Luca M., Bordone A., Luca A., Patti A., Sortino G., Calandra C. (2013) Clinical features and imaging findings in a case_of Capgras syndrome. Recuperado el 12 de Diciembre de 2014 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3742348/>

Luria, A. (1979). Mirando Hacia Atrás. España: Ediciones Norma.

Madoz A. & Hillers R. (2010) Delirio de Capgras: una revisión de las teorías etiológicas. Recuperado el 15 de Diciembre de 2014 de: <http://www.neurologia.com/pdf/web/5007/bd070420.pdf>

Marcopulos, B. & Matthew, K. (2012) Clinical Neuropsychological Foundations of Schizophrenia. New York: Taylor & Francis LLC.

Mesulam, M. (2000) 2ª. Ed. Principles of Behavioral and Cognitive Neurology. New York: Oxford University Press.

Mesulam, M. (2013) Primary Progressive Aphasia. A Dementia of the Language Network. Recuperado el 27 de Diciembre de 2014 de: <http://www.demneuropsy.com.br/imageBank/PDF/v7n1a02.pdf>

Mitchell R. & Crow T. (2005) Right hemisphere language functions and schizophrenia: the forgotten hemisphere?. Recuperado el 20 de Diciembre de 2014 de: <http://brain.oxfordjournals.org/content/128/5/963>

Moreno C. M. & Moreno C. M. J. (1997) Afasia: Revisión. Recuperado el 3 de Noviembre de 2014 de: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-logopedia-foniatria-audiologia-309/afasia-revision-13152997-originales-1997>

Mueser, K., Jeste, D. (2008) Clinical Handbook of Schizophrenia. New York: The Guilford Press.

Olivos P. (2009) La mente delirante. Psicopatología del delirio. Recuperado el 16 de Diciembre de 2014 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272009000100008&script=sci_arttext

Orellana, G., Slachevsky, A. (2006) Trastornos Neurocognitivos en la Esquizofrenia. Recuperado el 26 de Diciembre de 2014 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179317886005>

Ostrosky, F. & Matute E. (2009). Historia de la Neuropsicología en México. Recuperado el 10 de Diciembre de 2013 de: <http://feggylab.mex.tl/imagesnew/7/0/4/8/6/Historia%20de%20la%20neuropsicologia.pdf>

Pardo, V. (2005) Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. Recuperado el 08 de Octubre de 2013 de: http://www.spu.org.uy/revista/jun2005/04_edm_02.pdf

Parkin, A. (1999). Exploraciones en neuropsicología cognitiva. España: Editorial medica Panamericana.

Patiño J. L. (1980) *Psiquiatría clínica*. México: Salvat Mexicana de Ediciones S.A. de C.V.

Penadés, R., Boget, T., Salamero, M., Catarineu, S. & Bernardo, M. (1999) *Alteraciones neuropsicológicas en la esquizofrenia y su modificación*. Recuperado el 12 de Diciembre de 2014 de:
http://www.imedicinas.com/pfw_files/cma/ArticulosR/ActasEspanolasPsiquiatria/2000/08/111080000590069.pdf

Pérez G. (2012) *Pensamiento y Lenguaje en la Esquizofrenia: Revisión de un problema complejo y confuso*. Recuperado el 6 de Noviembre de 2014 de:
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/35642>

Portellano, J. (2005) *Introducción a la Neuropsicología*. España: Mac Graw-Hill.

Prado, A. & Mercado, A. (1995) *El examen neuropsicológico, manual para el psicólogo clínico*. México: Plaza y Valdés Editores.

Rains, D. (2004) *Principios de Neuropsicología Humana*. México: Mac Graw-Hill.

Sadock, B. & Sadock, V. (2008) *Kaplan & Sadock Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. EUA: Lippincott Williams & Wilkins.

Schoenbach, V. (2000) *El fenómeno de la Enfermedad*. Recuperado el 7 de Febrero de 2015 de: <http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/FenomenoDeLaEnfermedad.pdf>

Selma, H. (2008) *Neuropsicología de la Esquizofrenia*. Recuperado el 28 de Agosto de 2014 de:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S071841232008000200002&script=sci_arttext

Servat, M., Lehmann, Y., Harari, K., Gajardo, L., & Eva, P. (2005) *Evaluación neuropsicológica en esquizofrenia*. Recuperado el 20 de Diciembre de 2014 de:
<http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v43n3/art05.pdf>

Stevens, K. & Mendez, D. (2007) Nuevas Herramientas para la Psicología Clínica: Las Terapias Basadas en la Evidencia. Recuperado el 7 de Febrero de 2015 de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0718-41232007000300009&script=sci_arttext

Szasz, T., (1990) Esquizofrenia: El símbolo sagrado de la esquizofrenia. México: Premiá Editora

Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D., Bustillo, J., Gur, R., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M., Schultz, S., Tsuang, M., Van Os, J. & Carpenter, W. (2013) Definition and Description of Schizophrenia in the DSM-5. Recuperado el 1 de Enero del 2015 de: http://ccpweb.wustl.edu/pdfs/2013_defdes.pdf

Tirapu, J. Garcia, A., Luna P., Verdejo, A. & Rios, M. (2009) Corteza Prefrontal, Funciones Ejecutivas y Regulación de la Conducta. Recuperado el 1 de Noviembre de 2014 de: http://www.viguera.com/es/index.php?controller=attachment&id_attachment=14.

Tirapu, J., Garcia A., Luna P., Roig, T., & Pelegrin C. (2008). Modelos de Funciones y Control Ejecutivo. Recuperado el 3 de Noviembre de 2014 de: <http://www.incosame.com.mx/uploads/material/119-311-51c9d100b52f6.pdf>

Unturbe, J. (2006). Efecto Matching en Esquizofrenia: una aproximación Neuropsicológica a la irracionalidad en la Toma de Decisiones bajo Incertidumbre. Recuperado el 29 de Septiembre de 2013 de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42783/1/JUS_TESIS.pdf

Valencia, M. (2012) Alternativas Terapéuticas para la Esquizofrenia. México: Herder.

Vallejo, J. (2006) Psiquiatría para no expertos, conozca los problemas más frecuentes. Barcelona: Ars Medica.

Vallejo, J. (2011). Introducción a la Psicología y la Psiquiatría. España: Elsevier Masson.

Ventura, R. (2004) Abordaje Neuropsicológico de la Esquizofrenia. Recuperado el 1 de Octubre de 2014 de:

<http://www.hhv.gob.pe/revista/2004/3%20ABORDAJE%20NEUROPSICOLOGICO%20DE%20OLA%20ESQUIZOFRENIA.pdf>

Verche, E. (2008) La Neuropsicología Forense, Estado del Arte. Recuperado el 3 de Octubre de 2014 de: <http://psicologia.ull.es/archivos/revista/milioVerche.pdf>

Villa, M. (2007) Definición y breve historia de la Neuropsicología. Recuperado el 26 de Diciembre de 2014 de: http://www.villaneuropsicologia.com/uploads/1/4/4/5/14457670/definicion_e_historia_de_la_neuropsicologia.pdf

Villa, M. (2008). ¿Qué es y qué no es la Neuropsicología?. Recuperado el 26 de Diciembre de 2014 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2008/rmn083j.pdf>

Weinberger, D. & Harrison P. (2011) 3ª. Ed. Schizophrenia. United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Zamora Brito, E. (2009). La psicosis y la producción artística en el caso de Vincent Willem Van Gogh. Una aproximación desde el psicoanálisis. (Tesis) Universidad Salesiana.